

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA CON NIVEL DE MASTER



**POLITICAS E INTERVENCIONES DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES
POR LA SALUD GLOBAL¹**

Parte I: Antecedentes históricos

AUTOR/ES: Firás Fansa Fernández
DNI: 05455292Z
TUTOR: Luis Montiel Llorente
Departamento: Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia

Curso Académico 2017/2018
Convocatoria de junio

A la atención del Coordinador del Máster en Medicina

¹ Este trabajo se enmarca en las actividades de investigación de la Cátedra Extraordinaria Farmamundi-UCM derecho a la Salud y Acceso a Medicamentos.

ADVERTENCIA

Los trabajos en Humanidades Médicas inevitablemente superan los límites de extensión concedidos al Trabajo Fin de Grado y Máster de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, dado que la idea es que se ajusten a las normas de publicación de las revistas especializadas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	RESUMEN.....	3
2.	ABSTRACT	4
3.	INTRODUCCIÓN	5
3.1.	La globalización y sus consecuencias sobre la salud	5
3.2.	¿Qué es la salud global?.....	8
4.	OBJETIVOS	10
5.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
6.	DISCUSIÓN: ANÁLISIS HISTÓRICO.....	13
6.1.	Los orígenes: la Fundación Rockefeller (FR)	13
6.1.1.	La herencia colonialista	14
6.1.2.	Ideología y objetivos	18
6.1.3.	Los proyectos iniciales	19
6.1.4.	Aportaciones y disolución de la IHD	22
6.2.	El periodo de entreguerras y la LNHO	24
6.3.	La OMS: un protagonismo intermitente.....	26
6.3.1.	OMS: una fundación prometedora y complicada	26
6.3.2.	OMS: la Guerra Fría y el retorno al reduccionismo científicista	30
6.3.3.	OMS: el renacer del espíritu de la LNHO y la atención primaria	38
6.3.4.	La recesión de los 70 y los <i>Structural Adjustment Programs</i> : consecuencias sanitarias en el Tercer Mundo	41
6.3.5.	OMS: gobernanza menguante y fin de siglo	45
7.	CONCLUSIONES.....	48
8.	BIBLIOGRAFÍA	53
9.	FIGURAS.....	61
10.	AGRADECIMIENTOS.....	64

1. RESUMEN

El propósito de este trabajo es hacer un recorrido histórico por los organismos internacionales que participan en las intervenciones de salud global y analizar si sus políticas concuerdan con un planteamiento sanitario de calidad. Además de la abundante documentación existente en PubMed, dos libros sobre salud global de reputados expertos en la materia han servido de guía cronológica.

La salud global tiene sus raíces en las prácticas médicas colonialistas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, desarrolladas por intereses comerciales y temores epidemiológicos. La Fundación Rockefeller se serviría de estos orígenes para crear un modelo biomédico vertical de control de las enfermedades tropicales, las cuales amenazaban el desarrollo económico de las colonias. Asimismo, crearían las primeras redes internacionales y escuelas de salud pública en todos los continentes para propagar este enfoque a través de los profesionales que formaban.

Este planteamiento dominaría la escena internacional hasta día de hoy, alternando en ocasiones con un planteamiento más integral de los factores socioeconómicos con la LNHO y la OMS. A pesar de que ello implica un mejor resultado en términos de salud y equidad, ha sido rechazado a lo largo de la historia por los poderes dominantes debido a la amenaza que supone para el statu quo.

Tras nuestro análisis crítico, se puede concluir que las estrategias en salud global han estado mayoritariamente conducidas por los intereses políticos y económicos de las potencias occidentales. El establecimiento de la salud como el motor económico para futuros mercados ha favorecido las intervenciones caracterizadas por su estrechez de miras y el desdén respecto a las necesidades socioeconómicas esenciales para garantizar la salud como un derecho.

Palabras Clave: Salud Global, Salud Pública, Desarrollo Económico, Fundación Rockefeller, OMS, Organizaciones.

2. ABSTRACT

The purpose of this work is to make a historical overview of the international organizations that participate in health interventions worldwide and analyze if their policies are in accordance with a quality health approach.

In addition to the ample documentation in PubMed, two books on global health by renowned experts in the field have served as a chronological guide.

Global health has its roots in the colonialist medical techniques of the late nineteenth and early twentieth century, developed by commercial interests and epidemiological fears. The Rockefeller Foundation used these origins to create a vertical biomedical model to control tropical diseases that were a menace to the economic development of the colonies. Also, they created the first international networks and schools of public health in all continents to spread this approach through the professionals that were trained.

This approach would dominate the international scene to this day, sometimes alternating with a more comprehensive approach to socio-economic factors with LNHO and WHO. Although this implies a better result in terms of health and equity, it has been rejected throughout history by the dominant powers because of the threat it poses to the status quo.

After our critical analysis, it can be concluded that the strategies in global health have been mostly driven by the political and economic interests of the Western powers. The establishment of health as the economic engine for future markets has favored interventions characterized by their narrow approach and disregardness of essential socioeconomic needs to guarantee health as a right.

Key Words: Global Health, Public Health, Economic Development, Rockefeller Foundation, WHO, Organizations.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. La globalización y sus consecuencias sobre la salud

El concepto de globalización, producto del desarrollo y la proliferación de los medios de comunicación y transporte, ha supuesto una auténtica revolución en las relaciones intercontinentales a nivel tecnológico, económico, cultural, político y social. Debido a que es un fenómeno complejo y multifacético, se ha atribuido a la globalización un amplio listado de poderes y efectos. Sus defensores afirman que es a la vez 'natural' y un resultado inevitable del progreso tecnológico, capaz de crear convergencias económicas y políticas positivas. Las principales fuerzas impulsoras son las instituciones del capitalismo global, especialmente las corporaciones transnacionales a través de organismos como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, pero también necesita la mano firme de los estados para crear un contexto adecuado que favorezca su implantación¹.

Los efectos que genera también son debatidos por los críticos, pues el crecimiento y aumento del nivel de vida que presuponen, no se distribuyen de manera equitativa entre la población de un mismo país o entre diferentes países, ampliando la brecha entre ricos y pobres, en una espiral de desempleo y desigualdad². De hecho, mientras que la economía mundial se cuadruplicaba entre 1981 y 2005, la reducción de la pobreza ha sido limitada y desigual, y mayoritariamente atribuida al crecimiento económico en China. Mientras tanto, el número de personas cuya subsistencia dependía de un par de dólares al día aumentaba en India y la región subsahariana³.

En general, este tipo de crecimiento es un medio ineficaz de reducir la pobreza, pues los beneficios derivados no suelen alcanzar los estratos más pobres de la población, requiriéndose para ello políticas y legislaciones centradas en la equidad⁴. Existen diversas consecuencias que nos incumben en materia de salud, ya que la liberalización y desregulación que implica la globalización conduce a una pérdida de poder estatal para actuar a favor de los intereses de su población. El ejemplo más reciente es la consecución de acuerdos como el Acuerdo Integral de Economía y Comercio (CETA, por sus siglas en inglés) entre Canadá y la UE o el Tratado Transatlántico de Comercio e Inversiones (TTIP, por sus siglas en inglés) entre EE.UU. y la UE. La opacidad en las negociaciones de este último ha levantado muchas críticas, destacando el mayoritario

papel de los lobbies de las corporaciones frente a organizaciones civiles en una proporción 10 a 1, entre los que la industria farmacéutica juega un papel muy importante⁵. Este tratado de libre comercio, que se lleva negociando desde 2013, eleva en materia de justicia a las corporaciones un escalón por encima de los gobiernos nacionales, anteponiendo la defensa de sus inversiones en tribunales domésticos poco transparentes a las políticas públicas estatales que buscan garantizar los derechos de sus ciudadanos⁶.

La salud es una de las columnas del bienestar social que podría verse afectada por este convenio a gran escala, anteponiendo los beneficios de la industria al derecho de acceso a la salud y a una aplicación equitativa de esta. Los riesgos que se han identificado en convenios similares al TTIP son los siguientes; límites a la regulación de publicidad, disponibilidad y comercialización de alcohol y tabaco, restricciones a las etiquetas de alimentos relacionadas con la salud y aumento de los costos de los medicamentos⁷. Es evidente, pues, la contradicción latente que existe entre la pérdida de soberanía derivada de la debilitada jurisdicción de las naciones y la consecución de sus objetivos, pues la implementación de materias obligatorias como los derechos humanos requiere de Estados efectivos capaces de generar derechos socioeconómicos tales como la salud⁸.

La otra cara de la globalización llevamos años viviéndola, aunque no todos parezcan convencidos de ello, y tiene una conexión muy significativa con la salud global, al igual que los aspectos económicos de los que hablábamos. Esta no es otra que las consecuencias de la sociedad de consumo, a saber, la deforestación, la contaminación, el problema de la gestión de residuos y, en definitiva, todas las actividades humanas causantes del cambio climático⁹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el impacto sobre la salud dependerá de las condiciones sanitarias subyacentes, que a su vez dependen de condiciones socioeconómicas. Entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250.000 defunciones adicionales cada año, agrupadas como causas en enfermedades contagiosas, enfermedades no contagiosas y accidentes¹⁰.

En cambio, es difícil encontrar estos fundamentos cuando se analizan las grandes crisis de salud pública global. No obstante, cada vez encontramos más investigaciones que ponen el foco y profundizan en las raíces de estas crisis. Por ejemplo, en la epidemia

mundial de Ébola de 2014 que afectó principalmente a Liberia, Guinea y Sierra Leona, diversas hipótesis inciden sobre la complejidad de los motivos que desencadenaron la crisis. Estas relacionan los factores socioeconómicos de los tres países, empobrecidos y con frágiles sistemas de salud, con la masiva deforestación por parte de multinacionales para la plantación de aceite de palma¹¹, cuyas concesiones fueron otorgadas de manera fraudulenta sin tener en cuenta a las comunidades locales¹². El círculo vicioso creado empujó a la población local a adentrarse en los bosques, exponiéndose más fácilmente a la enfermedad y produciéndose notables cambios en los patrones de animales huéspedes del virus¹³.

Sin duda alguna, las situaciones mencionadas ejemplifican esta nueva dimensión del desarrollo que ha provocado el cambio de muchos paradigmas que habían perdurado inmutables durante cientos de años. De esta manera, la salud está en el punto de mira por su carácter estrechamente ligado al crecimiento y al modelo económico en el que vivimos. Esta percepción es enfatizada repetidamente por los organismos internacionales, desde multinacionales hasta directivos de la OMS, de cara a invertir en sistemas de salud pública para evitar que las comunidades queden relegadas a condiciones de pobreza. Aun así, la evidencia conocida expone una mayor importancia en la relación entre determinantes sociales y económicos de pobreza con mala salud que a la inversa¹⁴.

A esto se le suma el rol incapacitante de las enfermedades que impiden a las personas alcanzar sus propias metas, por lo que el enfoque de la salud como un derecho humano imprescindible no puede verse sustituido por el marco económico y de productividad que nos rodea. Incluso en países donde el crecimiento económico es mínimo, inversiones inteligentes y equitativas en políticas sociales pueden mejorar la salud y el bienestar¹⁴.

Salud y crecimiento económico no tienen por qué ir siempre de la mano; los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio tienen consecuencias a menudo sobre los derechos humanos, a pesar de que estos raramente son mencionados. Un caso muy relevante es el acuerdo de la OMC sobre aspectos relacionados con el Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC), aprobado en 2001, el cual contiene el requisito de que las naciones deben cumplir las leyes que protegen el copyright, sobre

todo en sectores como la industria farmacéutica¹⁵. Sin embargo, son conocidos los casos de gobiernos que no disponen de los recursos financieros necesarios para pagar los medicamentos patentados, llegando esta incapacidad de hacer frente a los precios de las farmacéuticas incluso a países industrializados (como sucedió en el caso de la hepatitis C en España)¹⁶.

Algo que lleva siendo durante mucho tiempo una realidad en los países en vías de desarrollo, donde la débil infraestructura sanitaria obliga a los pacientes a pagar de su propio bolsillo, constituyendo las patentes una barrera para el acceso a los medicamentos y convirtiendo la decisión en una cuestión de vida o muerte¹⁷.

Como podemos ver, la influencia del rápido flujo de bienes, servicios, capitales y personas de un lugar a otro del mundo está confiriendo a las estrategias de salud un rango de acción inédito hasta el momento.

3.2. ¿Qué es la salud global?²

La salud internacional moderna tiene su origen en la primera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1851, siendo considerada como el comienzo de un progresivo avance en la vigilancia internacional y la notificación de enfermedades infecciosas en nombre de la seguridad epidémica¹⁸. La serie de conferencias subsecuentes que tuvieron lugar estuvieron centradas en la prevención de la expansión epidémica de algunas enfermedades (principalmente entre colonias occidentales) mediante cuarentenas y sistemas de comunicación, y no en la intervención directa sobre los países que las sufrían, por lo que pasaremos por encima de sus actuaciones. Este organismo es el precedente de otros muchos que lo siguieron, como la Oficina Sanitaria Panamericana (PASB, por sus siglas en inglés) en 1902, la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP, por sus siglas en francés) en 1907, la

² Entre la literatura existente, muchos autores insisten en diferenciar la salud internacional de la salud global, en un intento de desligar este último concepto del inevitable vínculo que guardaba la salud internacional con la medicina colonial. El propósito actual de mejora de la salud a nivel global y de reducir las desigualdades, en sintonía con las corrientes actuales de pensamiento en las que dominan los derechos humanos y la solidaridad, lo han propiciado. Sin embargo, otros tantos autores consideran tan similares en forma y fondo ambas denominaciones que rechazan hacer esta diferenciación. Dado que el nivel de análisis que requieren a su vez es aún más profundo, permaneceremos del lado de estos últimos y utilizaremos indistintamente ambos términos. Otro término acuñado recientemente para relacionar ecología y salud es el de salud planetaria.

Organización de la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO, por sus siglas en inglés) en 1923 y la OMS en 1948.

Existen múltiples definiciones de salud global, en función de donde ponga el foco cada una, ya sea en ciertas enfermedades, poblaciones de interés, áreas geográficas o con una meta concreta, como la equidad. La salud global abarca todas estas dimensiones, pero cada una de ellas aisladamente ofrece solo una perspectiva parcial. Entre las características concretas que presenta, se puede definir con dos elementos esenciales: su nivel de análisis, que involucra a la población mundial, y las relaciones de interdependencia que unen los distintos entes de organización social que conforman la población global (p. ej. Estados, organizaciones privadas, grupos étnicos y movimientos de la sociedad civil)¹⁹.

A nivel mundial, el concepto primordial para comprender la salud es la transferencia internacional de riesgos para la salud, es decir, la forma en que el movimiento de personas, productos, recursos y estilos de vida a través de las fronteras puede contribuir a la propagación de enfermedades²⁰. Estas amenazas para el bienestar de las personas están bien definidas y constituirán un reto en las próximas décadas; enfermedades transmisibles, malnutrición y problemas reproductivos, enfermedades no transmisibles cada vez más prevalentes en países en desarrollo y las consecuencias de la propia globalización.

El abanico de retos y problemas intrínsecos que abarca la salud global requiere asimismo de una infraestructura amplia, eficaz, con una financiación segura y capacidad de decisión rápida, una gobernanza adecuada y basada en la equidad. Este sistema debe gestionar las crisis con solvencia, transparencia y coordinando las respuestas de la multitud de actores que participan en materia de salud global. Si bien las crisis económicas, sociales y ecológicas mundiales se han intensificado en los últimos años, la capacidad de los Estados y las organizaciones multilaterales para enfrentar estas crisis parece haber disminuido. A continuación comenzaremos a diseccionar el origen y evolución de este sistema internacional de salud.

4. OBJETIVOS

La intención de este trabajo es analizar los organismos que sostienen el concepto de salud global y los responsables encargados de velar por el cuidado, transparencia y gobernanza de esta, de forma que las acciones e intervenciones concuerden con los más altos estándares de salud. Una mirada histórica y crítica a su evolución desde el siglo pasado, momento en el que nace y se hace posible esta concepción de salud con la Fundación Rockefeller, pasando por la creación de la OMS, su auge y desvalorización, y acabando con la situación presente, donde conviven una miríada de organismos internacionales dominados por la Fundación Bill y Melinda Gates, nos permitirá esclarecer varios puntos importantes y definir el rumbo y contexto de la salud global. Queremos subrayar los objetivos y valores históricos definidos en la lucha por la consecución mundial de sistemas sanitarios resilientes y equitativos, especialmente en los países en desarrollo pero también en el entorno de los países más industrializados. ¿Son estos valores el estandarte de las nuevas estrategias?

5. MATERIAL Y MÉTODOS

La amplitud de factores que analiza este TFGM hace difícil hablar de fuentes de información concretas, pues sus peculiaridades han hecho necesario abordar publicaciones de carácter económico, social, político e histórico, además de los aspectos propiamente médicos.

Las motivaciones de este trabajo surgen de la ausencia de información en el grado sobre los determinantes que afectan a la salud más allá de los puramente biomédicos en un contexto macrosanitario. La cátedra Farmamundi de Acceso a los Medicamentos, dirigida por el tutor de este trabajo, también ofrece un recipiente al que poder volcar los conocimientos adquiridos en la realización de este TFGM. Esta investigación continuará con el análisis de la situación actual en la parte II, prevista para 2019, y en el marco de otras actividades³.

La lectura de una síntesis histórica de la materia publicada por Anne-Emanuelle Birn, profesora titular en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Toronto y reputada experta en salud global, facilitó numerosas referencias científicas con las que poder iniciar la investigación e indagar con mayor profundidad en cada uno de los periodos que se trabajan. Subsecuentemente, la cadena de artículos fue conduciendo a la información necesaria para iniciar la redacción del trabajo. Tanto en PubMed como en revistas médicas de alto impacto (NEJM, Lancet, BMJ) abundan datos al respecto.

Una vez comenzada la tarea, dos libros han servido de guía cronológica, algo vital a la hora de conducir la investigación, que a su vez aportaban una cantidad ingente de referencias, ejemplos, testimonios, etc. Se trata de *Textbook of Global Health* de Birn, Holtz y Pillay y *A History of Global Health* de Packard. Randall M. Packard es otro referente en la materia, profesor titular en la Universidad John Hopkins de Salud Pública, y ambos libros han sido largamente recomendados por otros entendidos en salud pública e historia de la medicina.

³ El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación de la Cátedra Espacial Farmamundi-UCM "Derecho a la Salud y Acceso a Medicamentos", y está destinado a formar parte de una jornada internacional de investigación organizada por dicha cátedra en 2019 cuyo tema será "Ventajas e inconvenientes de la financiación privada de los organismos internacionales de salud, en particular la OMS".

Por último, dada la importancia de algunos organismos como la Fundación Rockefeller, la Liga de las Naciones o la OMS, parte de la documentación ha sido consultada directamente de sus archivos históricos.

6. DISCUSIÓN: ANÁLISIS HISTÓRICO

6.1. Los orígenes: la Fundación Rockefeller (FR)

Puede parecer excesivo atribuir a un único organismo la distinción de ser “la génesis” de la salud global, pero seguramente nos quedaríamos cortos de hacerlo de otra manera. La magnitud y alcance de las acciones desarrolladas por la Fundación sobrepasan muchas veces la imaginación de los académicos que la investigan, pues siempre sorprende descubrir nuevas acciones desarrolladas en los sitios más recónditos del globo. Como dice Steven Palmer, profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de Windsor, en una charla para la Universidad Miguel Hernández de Elche: “Hablar de la Fundación Rockefeller en relación con su influencia en la salud global es como hablar de la necesidad del oxígeno para respirar”²¹.

Las raíces de la filantropía moderna y sus lazos inseparables con el desarrollo de la salud global se remontan al comienzo del siglo XX, cuando los empresarios John D. Rockefeller y Andrew Carnegie establecieron las primeras grandes fundaciones estadounidenses de cara a obtener prestigio e influencia en su país y a nivel mundial. De esta manera, asimismo, protegían parte de sus ingresos de los impuestos, pues en EE.UU. las entidades filantrópicas están exentas de pagar la mayoría de los impuestos, y las contribuciones a las mismas se benefician a su vez de deducciones fiscales²².

Según su propia web, “la misión de la Fundación Rockefeller, sin cambios desde su fundación en 1913, es promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo. Junto con los socios y los beneficiarios, la Fundación Rockefeller se esfuerza por catalizar y difundir las innovaciones transformadoras, creando asociaciones inverosímiles que abarcan diversos sectores y toman riesgos que otros no pueden”²³. La grandilocuencia de este enunciado no es para menos, pues todos los académicos coinciden en otorgar a la fundación un rol preeminente en la formación de instituciones, ideologías y prácticas de salud internacional (así como en medicina, educación, ciencias sociales y agricultura), gracias a los enormes ingresos derivados de la industria petrolera de John D. Rockefeller. Estos beneficios serían criticados por sus contemporáneos debido a las prácticas monopolísticas agresivas que caracterizaban a Rockefeller. Las acciones filantrópicas que se llevaron a cabo fueron consideradas por muchos de sus contemporáneos como

una manera cínica de contrarrestar el descontento de la clase trabajadora, el creciente radicalismo político y los reclamos sobre el papel del estado en la lucha por las protecciones sociales. De la misma manera, se veía como un medio para reducir las amenazas a los intereses comerciales y al capitalismo en el tumultuoso final del siglo XIX y principios del XX²⁴.

Su compañía, la Standard Oil, alumbraba prácticamente todos los hogares de EE.UU. en este tiempo, llegando a ser John D. Rockefeller acusado de aplastar la competencia, sobornar a hombres para espiar a compañías competidoras, hacer acuerdos secretos y obligar a sus rivales a unirse a la Standard Oil Company bajo la amenaza de forzarles a dejar el negocio²⁵. Estas prácticas serían finalmente penadas en 1911 por el gobierno estadounidense gracias a la Sherman Antitrust Act^{4,26}, disolviéndose la compañía en una treintena de empresas. A pesar de ello, Rockefeller seguiría manteniendo la mayoría de las acciones de estas últimas.

6.1.1. La herencia colonialista

Al igual que es necesario hablar de la FR como semilla de la que brotó la salud global, nada de ello sería posible sin las prácticas de la medicina colonialista a finales del siglo XIX y principios del XX, que a su vez fueron el germen que difundió los estándares y las estrategias biomédicas de salud pública para las futuras décadas.

Potencias como el Imperio británico crearon las primeras escuelas de salud pública, obra que siguió realizando concienzudamente la FR en sus primeras décadas a lo largo y ancho del mundo, y consiguieron reducir de forma efectiva la mortalidad de algunas enfermedades que se cebaban con la población blanca o la mano de obra indígena, para beneficio tanto de las poblaciones locales como de los intereses comerciales imperialistas²⁷. Estos logros se alinearon con una serie de prácticas imperialistas, tanto por parte de los imperios británico y francés como por la creciente expansión estadounidense, durante todo el siglo XX: influencia política en los gobiernos para mantener un aperturismo a las entradas de capital extranjero, generar desarrollo industrial en aquellos países que fuera necesario para facilitar las inversiones capitalistas

⁴ La Ley Sherman Antitrust, publicada en 1890, fue la primera medida tomada por el gobierno federalista de los EE.UU. para limitar los monopolios, siendo el caso de la Standard Oil uno de los más llamativos que pasaron por el Tribunal Supremo.

del mercado y el desarrollismo tecnológico necesario para introducir bienes de producción occidental en el mercado local²⁸. Muchas de las políticas sanitarias encontraron el ambiente idóneo para su puesta en marcha en las colonias, lo que permitió generar el conocimiento y evolucionar los métodos científicos lo suficiente para construir la base teórica y práctica de la salud internacional. Una posición que sería reemplazada por la FR, la cual más tarde pasaría el relevo a los actuales mecanismos e infraestructuras de salud global.

En esta sección juega un rol central el Departamento de Salud Pública de EE.UU., bajo sus diversas formas y denominaciones, encargado de administrar la higiene y la salud de las colonias que el país mantenía bajo su control, especialmente en las Américas y Filipinas.

Una enfermedad, la fiebre amarilla, y un nombre propio, William Crawford Gorgas, constituyen nuestro punto de partida. El coronel Gorgas, inmunizado tras haber sobrevivido a la fiebre amarilla en diversas campañas militares en Texas, Florida y otros estados, fue la principal autoridad designada para lidiar con esta enfermedad, y pronto se convertiría en una referencia mundial para su manejo a nivel biopolítico.

El país elegido por EE.UU. para desarrollar sus medidas de salud pública contra la fiebre amarilla fue Cuba, considerado durante largo tiempo una fuente de recurrentes epidemias que asolaban América del Sur^{29(p19)}. Gorgas, naturalmente, fue designado para llevar a cabo la tarea, comenzando con las medidas tradicionales que empleaba en el ejército; cuarentena y medidas de desinfección e higiene. Las malas condiciones sanitarias de La Habana, una gran ciudad portuaria, en seguida llamaron la atención del equipo de Gorgas; la pobreza combinada con una mala ventilación y ausencia de recogida de basuras y sistemas de alcantarillado para aguas residuales, entre otros factores, hacían de la urbe un foco de múltiples enfermedades. A pesar de conseguir reducir la mortalidad mediante la limpieza y desinfección de calles y casas, la fiebre amarilla seguía presente.

El próximo blanco sería proporcionado por el incipiente conocimiento de su transmisión a través del mosquito *Aedes aegyptei*. Carlos Finlay, médico cubano, fue el primero en proponer esta asociación en 1881³⁰, aunque no fue hasta los experimentos

científicos entre personas infectadas y voluntarios sanos, llevados a cabo en Cuba a principios del siglo XX por la comisión estadounidense de la fiebre amarilla, cuando se confirmó³¹. Gracias a estos resultados, Gorgas pudo afinar y centrar su estrategia en torno a la erradicación del vector. Con su legión de sanitarios llevaría a cabo la eliminación de las fuentes de alimentación del mosquito, a pesar de la oposición de la población local por la fumigación y contaminación de hogares encaminada a combatir una enfermedad a la que la mayoría de ellos estaban inmunizados. Como en otros lugares, previos y posteriores, la clave del éxito fue la autoridad militar que garantizaba el cumplimiento de las normativas³².

La drástica reducción de los casos de fiebre amarilla en La Habana en menos de un año propulsaron tanto a Gorgas como a la medicina tropical y su enfoque centrado en la erradicación del vector a través de las medidas sanitarias, de declaración de casos, de cuarentena y de depuración de pozos y otras zonas de cría.

El militar sería enviado inmediatamente a Panamá para acometer “la mayor operación sanitaria a la que tuvimos que enfrentarnos”, según sus propias palabras. La construcción del canal de Panamá, una rápida conexión entre los océanos Pacífico y Atlántico, era un reto mayúsculo por la proliferación de enfermedades tropicales que menguaban la mano de obra blanca a un ritmo imparable. Los franceses, que retomaron la antigua intención de abrir este paso para el transporte y el comercio, habían abandonado las obras a finales del siglo XIX, perdiendo alrededor de un tercio de los hombres^{33(p149)}. La comisión encargada de la construcción del canal, liderada por Gorgas, aplicó las mismas técnicas de La Habana dirigidas contra el mosquito a una escala mucho mayor, consiguiendo de esta manera lo que nadie había conseguido antes, mantener bajo control la fiebre amarilla y la malaria en la zona.

Guayaquil, Federación Malaya, Filipinas... El éxito de las campañas de Gorgas se extendió rápidamente a otros puntos de interés comercial estadounidenses, ya fueran colonias o no, y a la vez fue exportado a muchas posesiones británicas gracias a congresos internacionales de medicina tropical. Las singularidades de estas campañas han transmitido ciertos valores y mecanismos de actuación que se mantienen vigentes hoy en día, maquillados en ocasiones, pues constituyeron el modelo a seguir para el siglo XX.

Operaciones impuestas desde estructuras de poder dependientes de gobiernos autoritarios, sin coordinación local, relacionadas con intereses comerciales, dirigidas principalmente hacia el bienestar de la población occidental y centrada en una sola enfermedad en lugar de desarrollar servicios sanitarios más integrales^{29(pp22-25)}. Esto último facilita el control temporal de la enfermedad, pero rechaza la posibilidad de erradicar una enfermedad que suele reaparecer en zonas densamente pobladas y con condiciones sociosanitarias deplorables, como ocurre en la actualidad³⁴.

Sin embargo, Gorgas sí pensó, y puso en práctica un enfoque múltiple de salud pública y en la base social y económica de las enfermedades, recomendando en ocasiones mejorar viviendas, alimentación y construir sistemas de agua canalizada y tratamiento de residuos para acabar con enfermedades de alta mortalidad como la neumonía³⁵. La coyuntura política y científica de la época, no obstante, no permitió que estos últimos planteamientos tuvieran el éxito de la iniciativa puramente biomédica.

Otro punto reseñable y característico de este periodo que es necesario conocer es la construcción de un discurso cultural cargado de connotaciones raciales de cara a avalar las intervenciones sanitarias fundamentadas en el poder militar y económico colonialista. Los estereotipos funcionan como formas de tratar o comprender el "objeto" en cuestión, el "otro" racial, sin involucrar realmente al otro en la plenitud de la experiencia y diversidad³⁶. Esta forma de comprensión de los nativos en la forma de abordar la salud pública configura una vía unidireccional e ilusoria, siendo los atributos que se les confiere más bien un reflejo contrapuesto de lo que las potencias occidentales pretendían ser. La justificación de llevar "los beneficios de la civilización" a países "subdesarrollados" era común en prácticamente todas las formas de imperialismo.

Edward Said critica esta visión monolítica en su estudio magistral sobre el orientalismo⁵: "por un lado están los occidentales y por otro los arabo-orientales; los primeros son racionales, pacíficos, liberales, lógicos, capaces de mantener valores reales y no son desconfiados por naturaleza; los segundos no tienen ninguna de estas

⁵ Orientalismo es un término polisémico, usado tanto para designar a los estudios orientales, como para designar a la representación de determinados aspectos de las culturas orientales en Occidente por parte de escritores, diseñadores y artistas occidentales, que terminaron por convertirse en tópicos estereotipados.

características”^{37(p80)}. Era lógico en su argumentario, pues, que las potencias occidentales dispusieran de su territorio y recursos para controlarlos férreamente en beneficio de la población local y del mercado capitalista. Unos debían dominar y los otros, ser dominados, aislados en su ignorancia.

Los calificativos despectivos contra la población local se repetían en casi la totalidad de las colonias, no importando dónde o quién los profiriese, demostrando así lo arraigada que estaba esta corriente de pensamiento. No solo se referían a campesinos o trabajadores, los científicos y representantes de salud pública locales también fueron repetidamente ignorados en sus descubrimientos y contribuciones a la ciencia²⁹. Aun así, esta serie de iniciativas sanitarias ya habían encontrado la llave que más tarde consolidó la FR: esta medicina era una fuerza casi irresistible en la colonización de los países no industrializados²⁸.

En la carrera comercial desarrollada por los imperios desde principios del siglo XIX, EE.UU. destacó por encima del resto en su efectividad a la hora de garantizar que las enfermedades tropicales y la salud internacional, preocupación que resquebrajaba muchas empresas imperialistas, no desbaratasen sus planes expansionistas^{38(p20)}. Esta herencia es la que principalmente va a recoger la FR, cuya directiva reclutó a muchas de las autoridades médicas coloniales que trabajaron en Panamá y Filipinas para ponerlas al mando de sus campañas contra la anquilostomiasis y la fiebre amarilla, consolidando de esta manera el rumbo tecnológico y centrado en una enfermedad de la salud internacional.

6.1.2. Ideología y objetivos

Es inconcebible pensar hoy en día en la salud pública global sin el papel que jugó la FR, siendo la antesala de muchas estrategias que se elaboran actualmente. Otra de las bases que sentó fue el desarrollo del concepto de filantropía científicista, enunciada por primera vez en 1889 por el magnate del acero Andrew Carnegie en “El evangelio de la riqueza”. En este ensayo haría un llamamiento a los ricos para que utilizaran sus fortunas en beneficio de la sociedad, apoyando las inversiones sociales sistemáticas en lugar de las formas fortuitas de caridad³⁹. Existe un paralelismo evidente, a pesar de los más de 100 años de diferencia entre ambos, con el libro de Matthew Bishop y Michael

Green publicado en 2008 “Filantropocapitalismo: Cómo los ricos pueden salvar el mundo”, en el que defienden que una red de donantes ricos y motivados puede proponerse cambiar el mundo. Este propósito, favorecido por el frágil gasto social de los gobiernos y cuyos fondos provienen de los beneficios acumulados a través de la explotación de los trabajadores y los recursos naturales, como veíamos con Rockefeller, dispara la desigualdad y la injusticia.

La red institucional, formativa e intervencionista que desarrolló la fundación procede de la popularidad de sus campañas iniciales en Estados Unidos, cuya metodología pronto fue exportada al resto del mundo. La Comisión Sanitaria creada en 1909 y focalizada en la erradicación del anquilostoma en los estados sureños pronto derivó en la Junta de Salud Internacional, en 1916, y finalmente en la División de Salud Internacional en 1927 (IHD por sus siglas en inglés).

Su directiva sería la encargada de escoger nuevos objetivos en los que emplear el dinero de la Organización, preferiblemente aquellas enfermedades que cumplieran los criterios de ser "de importancia mundial, con escaso avance al respecto y que pudieran prevenirse a un costo razonable"⁴⁰, lo cual constituía toda una declaración de intenciones hacia una solución biomédica, tecnológica y cortoplacista. No creían en las operaciones a largo plazo, sino solo en demostraciones que luego podrían ser asumidas por otro organismo más permanente, una vez que los resultados fueran obvios. El rechazo a planteamientos diferentes para sus programas, incluso cuando se encontraban en diferentes áreas geográficas o sistemas culturales y políticos, era manifiesto⁴¹.

6.1.3. Los proyectos iniciales

El primer gran problema de salud pública que se decidió abordar, aunque fuese una causa poco relevante de muerte, fue la anquilostomiasis. En concreto, la anemia debida al sangrado producido por el parásito y agravado por la malnutrición, y a la que se atribuía un papel central en la deficiente industrialización y crecimiento económico del sur estadounidense^{42,43}, al cual pretendían incorporar a la potente economía nortea que dominaba el imperio Rockefeller. Antes de que se abordase en EE.UU., fueron científicos locales de diversos países los que empezaron a estudiar el ciclo del

parásito y su etiopatogenia en lugares como Italia, Brasil o Colombia^{44,45}. Debido a que la enfermedad reducía la fuerza y la productividad de los trabajadores en minas y cultivos de arroz, café o té (característicos de zonas húmedas y cálidas donde proliferaba el parásito), esta tenía un efecto directo sobre las ganancias.

Sin embargo, la intervención no se basaría únicamente en la distribución del fármaco antihelmíntico (timol) y la promoción de medidas higiénicas como el uso de zapatos o letrinas. También tenía la finalidad de despertar el interés público en la higiene y el saneamiento en los que se basaba su erradicación y en la medicina científica, que había revelado la causa y la cura de la enfermedad. De esta manera, la enfermedad presentaba un potencial didáctico que favoreció un largo periplo en la defensa de la “cultura de la salud pública” a nivel de todos los continentes, sobre todo en Latinoamérica, China, India y el sureste asiático.

Para Rose, primer director de la IHD, esta campaña conseguiría tender un puente entre el conocimiento existente y la aplicación de ese conocimiento al bienestar público⁴¹. La seguridad de éxito con la que apoyaban este enfoque puramente científicista, no se correspondió con el cumplimiento de todos sus objetivos. Aunque la enfermedad no fue erradicada, se redujo su incidencia y se estableció la infraestructura básica de la red inicial de agencias de salud pública a nivel mundial.

En algunas zonas del mundo, como en Madras, India, el desarrollo de escuelas de salud pública fue lo único que obtuvieron con la inversión de la IHD⁶. Los mismos patrones de higiene y prevención aplicados en los estados sureños fueron trasladados al sureste de India sin tener en cuenta la idiosincrasia local ni coordinar la intervención. En este caso, no obstante, el objetivo claro fue la expansión de escuelas de salud pública, dejando al margen, dada su política difusa, la erradicación de la enfermedad, cuyos ratios de infección se mantuvieron estables a pesar de todos los esfuerzos⁴⁶.

En México, la promesa de neutralidad científica se desmorona ante el objetivo del programa de anquilostomiasis: persuadir a los funcionarios gubernamentales, la

⁶ Habitualmente la IHD no invertía una gran cantidad de dinero en sus intervenciones, sino que su estrategia normalizada era requerir de los países receptores un importante esfuerzo en recursos económicos y humanos, garantizando de esta forma su compromiso para la consecución y seguimiento de las directrices dadas por la fundación.

comunidad médica y la población del valor de invertir en salud pública como un medio para mejorar las condiciones sociales, fomentar un modelo médico de salud y enfermedad, aumentar la productividad económica y promover buenas relaciones entre EE.UU. y México⁴⁷. Por un lado, las rentables explotaciones agrícolas y petroleras de Veracruz, y por otro, apoyar al presidente proestadounidense Obregón, fueron el destino de los esfuerzos realizados por la Fundación para enfrentar el creciente sentimiento antiestadounidense de la población mexicana⁴⁸.

Otra enfermedad seleccionada en este país sería la fiebre amarilla, a pesar de que no era ni mucho menos el principal problema de salud, haciendo oídos sordos a las reclamaciones de los representantes locales de salud pública de actuar contra la oncocercosis y la tuberculosis. Estas enfermedades requerían inversiones sociales a largo plazo en alojamiento y nutrición para las que el enfoque centrado en instrumentos técnicos de la FR no lucía de manera tan eficiente como con los antihelmínticos en la anquilostomiasis o los insecticidas para la fiebre amarilla^{38(p28)}.

La experiencia adquirida en los estados sureños se trasladó también a otros países sudamericanos. En Brasil, donde llegó la FR en 1915, se produjo una cooperación estatal y con otras agencias para la realización del método intensivo de tratamiento de la anquilostomiasis por Lewis Hackett así como ensayos para establecer pautas para el control de la malaria en áreas tropicales. Estos mostraron la necesidad de reforzar a largo plazo los servicios de salud horizontales y verticales y la dependencia para el éxito de la adaptación a los movimiento políticos y económicos coyunturales⁴⁹. El fracaso de estas dos experiencias en términos de control de enfermedades ayudó a fortalecer el movimiento, predominante en las próximas dos décadas, de campañas verticales con menor dependencia de las dinámicas sociales y políticas locales, como en el caso de la campaña de erradicación de *Anopheles gambiae* de Frederick Soper (1938-1942)⁵⁰.

En Perú, veteranos de Panamá como Gorgas y Hanson encabezaron los trabajos antimosquito para luchar contra la fiebre amarilla y la malaria. En primer lugar en 1921 y después a partir de 1940, colaboraron con el gobierno peruano en la limpieza de fuentes de agua susceptibles de alojar mosquitos y en la distribución de DDT, a la vez que trataban de reformar las instituciones sanitarias de acuerdo con el modelo norteamericano⁵¹.

Las millonarias inversiones en la lucha contra las repercusiones comerciales de la fiebre amarilla darían su fruto con la única vacuna viral ganadora de un premio Nobel en 1951, otorgado a Max Theiler, de la FR⁵².

6.1.4. Aportaciones y disolución de la IHD

Las contradicciones entre las que se mueve la FR durante estas décadas son constantes: véase en la significativa mejoría en la vida de algunas personas mediante sus intervenciones y gestación de la medicina preventiva frente a los intereses comerciales y expansionistas estadounidenses, lo que situaba la ética de sus intervenciones humanitarias en un marco ciertamente enfangado.

Ciertamente, es comprensible, pues los cambiantes patrones económicos, sociales y políticos de la época no habrían sostenido durante mucho tiempo las intervenciones de la IHD si esta se hubiese mantenido inamoviblemente en los mismos principios, aunque su carácter cortoplacista, eficiente, técnico y sin evaluar las condiciones socioeconómicas ni el seguimiento a posteriori apenas varió. Ello fue facilitado en parte por el naciente campo de la parasitología y el avance en las técnicas de diagnóstico de principios del siglo XX. Sin embargo, las políticas de sus programas dependían fundamentalmente de los directivos encargados de ponerlos en práctica. Por ello, encontramos desde incursiones en el campo de los determinantes sociales de la salud con algunos de sus dirigentes más izquierdistas hasta posiciones discriminatorias contra la población local como las que empleaban Heiser o Russell.

La evidencia existente sobre la importancia del vínculo entre pobreza y anquilostomiasis, por ejemplo, era aplastante⁵³. Sin embargo, mientras que en el sur de EE.UU. la enfermedad desapareció por el propio peso de una adecuada vivienda, el tratado de aguas residuales y el acceso a medicamentos, otros países retuvieron el parásito largo tiempo. Aquellos con una riqueza insuficiente para abordar estas reformas de gran calado contemplaron impotentes el reiterado fracaso de las misiones cortoplacistas de los organismos internacionales⁵⁴. Esto era debido a la elevada tasa de reinfección secundaria a un entorno propicio a adquirir la infección. Sin embargo, los esfuerzos han seguido focalizados en estrategias de desparasitación periódica a lo largo del tiempo en lugar de invertir en luchar contra la pobreza (vivienda, escuela,

agricultura, canalizaciones) para poder generar salud, y no a la inversa. Esta orientación perpetúa la dependencia tecnológica de los países en vías de desarrollo, garantizando paralelamente los beneficios económicos de las industrias occidentales, en lugar de facilitar la construcción de una infraestructura educativa y sanitaria básica para sus sociedades.

Después de la anquilostomiasis se convirtieron en objetivo la fiebre amarilla y luego la malaria y si bien el IHD no resolvió ninguna enfermedad, no hay duda de que el trabajo condujo a avances significativos en saneamiento, higiene y salud pública. En algunos casos, sus campañas de erradicación se solaparían con otros factores de crecimiento económico, propiciando una mejora en la educación e incrementando los ratios de asistencia a clase y alfabetismo en algunos países de América del Sur⁵⁵.

Una contribución vital a la hora de perpetuar su labor en el tiempo sería la fundación y dotación de recursos de las primeras Escuelas de Salud Pública en los Estados Unidos, que acogía a alumnos tanto nacionales como internacionales, así como en otros países. De esta manera se garantizaba que hubiera una oferta de trabajadores bien capacitados para llevar a cabo los proyectos inspirados en la doctrina y enfoque original de la fundación.

Durante la Segunda Guerra Mundial, tanto este organismo como la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones, de la que hablaremos brevemente a continuación, tuvieron que paralizar todas sus actividades. Al finalizar esta, la FR se desmanteló a raíz de las nuevas organizaciones que surgieron y llevarían el protagonismo en años posteriores. En 1951, año de su disolución, la sección sanitaria de la FR había empleado el equivalente a miles de millones de dólares en su intento de erradicar la anquilostomiasis, la malaria y la fiebre amarilla (así como otros programas más limitados para controlar la rabia, la gripe, la esquistosomiasis, el pian, la malnutrición y algunos otros problemas) en casi 100 países y colonias²⁴. Por otro lado, fundó 25 escuelas de salud pública en EE.UU., Europa, Asia y Latinoamérica y formó cerca de 2500 profesionales⁵⁶, en aras de mantener una presencia a largo plazo en la toma de decisiones sanitarias.

A nivel internacional, la ideología de control de enfermedades de la FR – programación vertical, inversión parcial para comprometer al receptor, enfoque biológico-técnico, adaptación a las condiciones locales, intervenciones basadas en la eficiencia²⁴- sería infundida en la agenda y las prácticas de la OMS. Multitud de profesionales de la salud pública formados y empleados por la FR se enrolarían en las filas de la Organización. Tanto el director de posguerra de la Organización Panamericana de la OMS como el segundo director general de la OMS, fueron hombres provenientes de la FR⁵⁷. Mucho más allá de esto, las décadas de trabajo en la escena internacional habían colocado en primer lugar el paradigma biotecnológico de la FR, siendo tal la magnitud de su incidencia que habría de institucionalizarse sólidamente en la OMS⁵⁸.

La base necesaria de sistematización de conocimientos, burocracia y legitimidad de estas prácticas para los futuros organismos de salud internacional estaba definitivamente instaurada.

6.2. El periodo de entreguerras y la LNHO

El lapso de tiempo en el que Europa preservó la paz, entre 1918 y 1939, supuso por primera vez un avance en la defensa de la medicina social, promovida por Rudolf Virchow a finales del siglo XIX y cuyo testigo recogería activamente el polaco Ludwik Rajchman. Como directivo de la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO)⁷, Rajchman se encargó de extender su visión de necesidad de reforma social en materia de salud para la consecución del bienestar de las poblaciones⁵⁹.

En la China de los años 30 encontraría el caldo de cultivo ideal para poner en práctica su ideología, en colaboración con la FR. Las recomendaciones de Rajchman incluían una reforma agraria que impidiese la concentración de tierras en manos de unos pocos terratenientes, mejores condiciones de trabajo y reducción de los impuestos que ahogaban a los campesinos en la pobreza y la construcción de centros de ocio⁶⁰. De esta manera, los programas y prioridades de la LNHO reflejaban cada vez más la premisa de que los principales determinantes de la salud residían en el orden social, político y económico⁶¹.

⁷ La Liga de las Naciones fue una entidad creada para establecer las bases para la paz y la reorganización de las relaciones internacionales una vez finalizada la Primera Guerra Mundial, en el Tratado de Versalles.

Fue por ello que, especialmente en los años 30, motivadas por el deseo de construir una paz duradera y sostenible, las potencias europeas trataron de diseñar estrategias más dirigidas a la forma de abordar los determinantes sociales de la salud: vivienda, nutrición, comercio y desarrollo. Estas se solaparían en el tiempo, tanto dentro de la LNHO como en organismos internacionales, con las intervenciones centradas en la erradicación de enfermedades mediante el uso de avances tecnológicos. Estas dos perspectivas diametralmente opuestas llegaron a coordinarse y presentar un equilibrio entre ambas en algunas intervenciones.

Uno de los principales escollos a los que tuvo que hacer frente la LNHO fue la reticencia de potencias colonialistas como EE.UU.⁸ o Inglaterra a aceptar las directrices de cualquier organismo internacional que tuviese capacidad de influencia en materia de salud sobre regiones con las que mantenían estrechos vínculos comerciales. Estos países preferían organizaciones más manejables, como la PASB, prácticamente dependiente del Departamento de Salud Pública de EE.UU., o el OIHP, las cuales concentraban sus esfuerzos principalmente en la recopilación de datos epidemiológicos⁶². Además, entre las tres existían tensiones por la inevitable duplicación del trabajo.

A pesar de las dificultades diplomáticas en relación con las competencias que la LNHO podía asumir y de la Crisis del 29, que sumió en una crisis económica mundial la década de los 30, el cambio de dirección en las políticas tradicionales de salud global sentó un precedente⁹. El interrogante era si esta mayor consideración de los factores socioeconómicos iba a perdurar tras el fin de la Segunda Guerra Mundial. Este giro en el enfoque, de las enfermedades a las personas, se plasmó en diversos comités, como el de tráfico de mujeres, cobertura de salud, vivienda o nutrición.

El contexto político polarizado que auguraba el final de la guerra haría difícil sostener ideales socialistas como los de Andrija Stampar, un referente sanitario de la LNHO a nivel mundial cuyos valores de una sociedad justa, equitativa y solidaria aplicó a la medicina. El espectro del bolchevismo haría brotar una oposición encarnizada a

⁸ De hecho, nunca llegó a ser miembro de la LNHO, a pesar de participar en algunas de sus actividades.

⁹ Fue considerada como la agencia de salud internacional con el mandato más amplio, la visión más clara y la legitimidad más universalmente reconocida hasta entonces, a pesar de ausencias tan llamativas como la de EE.UU.

estos principios, sobre todo por parte del bloque político más aislacionista estadounidense, traduciéndose en las críticas a algunos programas de ayuda humanitaria a los países de Europa del Este^{10,63}.

6.3. La OMS: un protagonismo intermitente

El fin de la contienda militar puso en el horizonte el objetivo de establecer un nuevo orden económico mundial. Organismos como el Banco Mundial (inicialmente denominado Banco Internacional por la Reconstrucción y el Desarrollo) o el Fondo Monetario Internacional se crearon en este periodo con el objetivo de asegurar el libre comercio, la estabilidad financiera de los Estados miembros, promover la reconstrucción de Europa y el crecimiento económico de los países en desarrollo^{29(p92)}. También participarían financieramente en la elaboración de programas sanitarios, así como la *Food and Agriculture Organization (FAO)*, *United Nations Development Program (UNDP)* o UNICEF, fundadas en esta época. Tras la creación de las Naciones Unidas en 1945, se estableció como prioridad la creación de un organismo internacional sanitario encaminado a disminuir la carga de enfermedad de las poblaciones a nivel mundial, lo que repercutiría en la prosperidad de esta nueva era. La Organización Mundial de la Salud se constituyó en 1946 con el objetivo de “lograr el mayor nivel de salud posible por parte de los pueblos”^{11,64} y entraría en vigor a partir de 1948, en su primera conferencia (ver Anexo 1).

6.3.1. OMS: una fundación prometedora y complicada

Diversos factores coincidieron en el tiempo para facilitar finalmente la fundación de un organismo independiente, autónomo y comprometido con las necesidades humanas, algo que se venía intentando sin éxito en las últimas décadas, como hemos visto.

¹⁰ Serían llevados a cabo por la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), agencia encargada durante la guerra de la ayuda humanitaria a los refugiados y víctimas de la contienda, de la que, junto a la LNHO, saldrían muchos futuros funcionarios de la OMS.

¹¹ Esta consideración incluía las pretensiones de Gran Bretaña y Francia de aliviar las condiciones de los trabajadores de sus colonias, imprimiendo el “compromiso ético y social” de moda. En los años posteriores a la constitución de la OMS se independizarían finalmente docenas de colonias en África, Oriente Medio y Asia. Esta descolonización constituiría una elección calculada y un proceso continuado de dominancia económica e influencia política sobre antiguas colonias.

Por un lado, a nivel político se aprovechó el periodo entre 1944 y 1947 en el que las relaciones diplomáticas que mantenían EE.UU. e Inglaterra con la Unión Soviética eran amistosas. De la misma manera, en este momento los políticos estadounidenses internacionalistas prevalecieron sobre la mayoría aislacionista del Congreso, remarcando la importancia de participar en organismos multilaterales para asegurar su intervención en la toma de decisiones⁶⁵.

A nivel de personalidades médicas, concurrieron en la elaboración de la Constitución algunos de los mayores representantes de la medicina social y otros que se veían atraídos por su perspectiva. Algunos de ellos fueron Paz Soldán (director del Instituto de Medicina Social en su país), Sand (creador de una cátedra de Medicina Social en su país), Chisholm (primer presidente de la OMS y defensor de las ideas de Stampar) o Parran (Surgeon General de los EE.UU.¹² y promotor de la seguridad social universal). La medicina social crecía como respuesta a la estrecha visión reduccionista de la bacteriología en la que los pacientes son atomizados en unidades patológicas. Reclamaba un holismo que incluyese los factores sociales como determinantes de enfermedad tan importantes como lo son los factores biomédicos⁶⁶.

Por último, a nivel económico urgía situar en el panorama internacional organizaciones que promovieran la recuperación del comercio y las industrias devastadas por la guerra, un papel en el que la OMS justificaba y prolongaba el imperialismo, según algunos autores^{38(p46)}. Declaraciones como la del secretario de estado del Presidente Truman lo ejemplifican perfectamente: “Se requiere poca imaginación para visualizar el notable incremento en la producción de comida y materias primas, el estímulo al comercio mundial y sobre todo la mejora de las condiciones de vida, que resultaría de la conquista de las enfermedades tropicales”⁶⁷.

La OMS cumplió con el papel de evitar tensiones entre agencias de salud, absorbiendo a la OIHP, la UNRRA y la LNHO, así como buena parte de su personal e ideas en el caso de esta última. Además, lograría mayor legitimidad que sus predecesores gracias a la creciente adhesión de miembros conforme la descolonización progresaba y

¹² Jefe operativo del U.S. *Public Health Service Commissioned Corps* y, por lo tanto, el principal portavoz en asuntos de salud pública en el gobierno federal de los Estados Unidos.

a su estructura democrática en la toma de decisiones¹³, corroboradas a través de su Asamblea Mundial de la Salud anual (WHA, por sus siglas en inglés)⁶⁸.

Gracias a la marcada iniciativa social de sus fundadores, la Organización cumplió con las expectativas de un tratamiento más completo de las causas de sufrimiento de las personas en sus primeros proyectos. El Informe Bhore, un documento que recogía propuestas para la reorganización del sistema sanitario en India tras la independencia, recalca la importancia de integrar salud y desarrollo abordando el desempleo, salarios adecuados y una mejora de la infraestructura rural⁶⁹. Roemer, a cargo de la Sección de Salud Laboral y Social, promovería la creación de programas de salud rural¹⁴ en los que se combinaban prevención y curación, así como se enfatizaba en una mejor nutrición, educación para la salud, higiene y construcción de letrinas. A su vez, Sand, Stampar y Sigerist, destacados defensores de la medicina social, subrayaban dos factores imprescindibles en la educación médica: el desarrollo de conocimiento científico y técnico y la importancia de las condiciones económicas, sociales y laborales sobre la salud.

Esta corriente alternativa que defendía un marco más amplio de entendimiento de la salud, impulsada por la LNHO y recogida en sus inicios por la OMS, pronto sería desestabilizada con el comienzo de la Guerra Fría. Como resultado, tanto la ONU como otros organismos multilaterales se convirtieron en terreno de disputa de los EE.UU. y la Unión Soviética.

Las estrategias sanitarias globales pronto retomaron un carácter erradicador y focalizado en la enfermedad, con estrategias verticales cortoplacistas y de rápida acción.

¹³ A pesar de su estructura democrática, cabe recordar que las resoluciones de Naciones Unidas, bajo el paraguas de la cual se encontraba la OMS, se presentan a un Consejo de Seguridad. Este está compuesto por quince miembros, cinco de ellos permanentes con derecho a veto (China, Rusia, Francia, Reino Unido y EE.UU.)¹²⁷, lo cual representa una gobernanza elitista y autoritaria. Los diez miembros restantes son temporales y van rotando por periodos de dos años, durante los que, curiosamente, se ven más favorecidos por el FMI¹²⁸. Asimismo, los representantes de la mayoría de los países miembros de la OMS necesitan de la aprobación de sus parlamentos para ratificar sus decisiones.

¹⁴ Estos programas se basaban en su experiencia en las necesidades de los servicios de salud en zonas rurales de EE.UU., lo que le granjeó enemistades con la derecha política, que lo acusaba de ser pro-soviético, y le obligaría a abandonar el país para trabajar en la OMS. Años después, se le retiraría el pasaporte estadounidense. Este mecanismo intimidatorio alejaría a muchos médicos con tendencias socialistas de las instituciones de salud pública de los EE.UU.

Como veremos a continuación, este diseño de las intervenciones tuvo varias motivaciones coyunturales determinantes.

En primer lugar, existía un temor fundamentado de la extensión de epidemias en la Europa de la posguerra, dada la grave afectación socioeconómica de las poblaciones afectadas por el conflicto. En segundo lugar, los avances médicos que se desarrollaron durante la Segunda Guerra Mundial, impulsados por la industria de la guerra, estaban encaminados en su mayoría hacia este tipo de brotes infecciosos. La creación de herramientas técnicas con las que abordar estas enfermedades determinaría el estrecho rango de acción de las estrategias sanitarias.

Se difundió el uso del DDT, un insecticida antimalárico de gran éxito¹⁵, la estreptomicina para la tuberculosis, vacunas contra la neumonía neumocócica, la gripe o la peste, la industrialización de la penicilina, máquinas de rayos X portátiles...^{29(p108)}. La aplicación de tecnologías biomédicas coincidía en el tiempo con una época de gran fe en que los avances científicos iban a ser capaces de transformar el mundo, siendo los discursos políticos occidentales de marcado carácter desarrollista hacia los países en vías de desarrollo. La intención civilizadora de la época colonialista, a punto de cerrar su etapa con los procesos de emancipación en Asia, África y algunas zonas del Caribe, se transformó en una necesidad de industrializar a aquellos países del sur global, por su bien y por el bien del mercado internacional.

Por último, en este momento de apogeo científico dominado por soluciones tecnocráticas, el escepticismo hacia la adopción de medidas sociales cercanas a la medicina estatizada soviética, en el contexto de Guerra Fría, fue un factor de vital importancia desde el punto de vista occidental¹⁶. El empleo de herramientas que permitían un control rápido y efectivo de las enfermedades era un arma de guerra más en la lucha contra el comunismo, dado el gran apoyo popular que generaba en los aliados de EE.UU.⁷⁰.

¹⁵ El DDT, o dicloro difenil tricloroetano, pronto se convirtió en la “bala mágica” de organizaciones como la UNRRA, la FR, el Departamento estadounidense de Salud Pública o la Liga de las Naciones. Se utilizó ampliamente en los alrededores de Roma, Cerdeña y Chipre, así como en otros países¹²⁹. Sin embargo, en muchas ocasiones no se tenían en cuenta a la hora de razonar el éxito otros determinantes que acompañaban al uso del DDT en sus campañas, como el empleo de quinina o los programas previos.

¹⁶ EE.UU seguía dominando en términos de financiación la esfera global en materia de salud, por lo que sus políticas anticomunistas determinarían de forma considerable el dónde, el cuándo y el cómo de las intervenciones sanitarias que se llevarían a cabo.

6.3.2. OMS: la Guerra Fría y el retorno al reduccionismo científicista

En la década de los 50, los bloques capitalista y comunista luchaban indirectamente por hacer valer sus influencias a través de distintos programas sanitarios (creación de hospitales y clínicas), de cara a forjar alianzas con los países en vías de desarrollo, como en el caso de la India⁷¹. Los soviéticos aceptaron reducir su intención de exportar la revolución mundial mientras se respetasen sus áreas de influencia, lo que permitió a los Estados Unidos, utilizando sus recursos económicos, establecer cierta hegemonía en los organismos multilaterales⁶⁵. Esto se vería facilitado por la salida de la URSS y otros países comunistas de la ONU en 1949, y por ende de la OMS, los cuales no volverían a entrar hasta 1956, una vez convencidos de la utilidad de la OMS.

Paralelamente, la influencia y actividad de la OMS crecía rápidamente, multiplicándose tanto su personal como su presupuesto. La financiación se dividiría en contribuciones fijas ajustadas a la riqueza del país de cada miembro, junto con otras contribuciones voluntarias, las cuales, en forma de donaciones o subvenciones, provienen de fuentes públicas (Estados) o privadas (multinacionales, fundaciones filantrópicas, farmacéuticas...)⁷². La no obligatoriedad de las cuotas fijas y el modelo de contribuciones voluntarias, que sortean los mecanismos de transparencia y toma de decisiones democrática para en su lugar asignar los fondos a un proyecto específico, han puesto en tela de juicio y en riesgo la autoridad de la OMS en numerosas ocasiones⁷³.

Otra medida importante sería la descentralización de su estructura burocrática en oficinas nacionales y regionales, además de los cuarteles generales, ubicados en Ginebra, Suiza. Trasladar el poder de una única autoridad a oficinas cercanas en el terreno ha facilitado un mejor acercamiento a los problemas locales, pero a su vez ha comprometido en ocasiones la capacidad de acción de estrategias internacionales⁷⁴. La reiterada negativa de EE.UU. a aceptar la soberanía de la OMS se manifestaría en su apoyo a la descentralización, reservándose cierta autoridad sobre la PASB, futura *Pan American Health Organization* (PAHO), lo que le ayudaría a conservar cierto grado de autonomía frente a la OMS⁷⁵.

Con la intención de demostrar su validez, eficiencia y legitimidad, la OMS dio comienzo tanto a procesos de burocratización (programas a corto y largo plazo,

instaurando regulaciones y clasificaciones de enfermedades, organizando reuniones de expertos) como a asociaciones con otros organismos multilaterales. Los convenios buscaban unificar e institucionalizar prácticas, desorganizadas previamente, como medidas de cuarentena, nutrición, salud materna e infantil, higiene, enfermedades infecciosas...

El distanciamiento de los principios originales de la OMS se haría patente con la llegada a la presidencia y el largo mandato de Marcolino Candau (1953-1973). Durante el periodo inicial, Chisholm había tratado de mantener una visión integral de salud y desarrollo, al tiempo que luchaba por suavizar las tensiones geopolíticas de los miembros con el inicio de la Guerra Fría, algo que empezaría a cambiar con Candau¹⁷. La disponibilidad de numerosas técnicas para combatir las enfermedades que devastaban a la población mundial y el contexto de la época ya mencionado hacían ideal el momento para llevar a cabo los programas centrados en la enfermedad acuñados por la FR.

En 1955, la WHA aprobó por mayoría el plan de erradicación global de la malaria presentado por Candau⁷⁶, aunque no por ello estuvo exento de controversia. Hasta este momento y desde el descubrimiento del vector, el manejo de la enfermedad se centraba en medidas antimosquito y el uso de quinina. En los lugares donde además se tomaron en cuenta factores sociales y ecológicos, la eliminación de la enfermedad tuvo un éxito considerable, como en Tennessee⁷⁷. Sin embargo, sería la aparición del DDT, un pesticida reconvertido en insecticida de extendido uso en las décadas previas que aseguraba evitar la transmisión aun cuando la fumigación se detuviese⁷⁸, lo que determinaría la decisión de intentar acabar con la enfermedad.

A pesar del gran esfuerzo económico y logístico que supondría, los defensores de la erradicación destacaban los beneficios en materia de desarrollo económico y de servicios sanitarios que supondría esta campaña. Además, la OMS se encontraba en una delicada posición debido a la presión social y política a la que tendría que enfrentarse si

¹⁷ Candau, médico brasileño que había trabajado para Soper en el control de la malaria en Brasil, estaba asociado, en primer lugar, con los programas de control de enfermedades "verticales" de la Fundación Rockefeller y luego con su adopción por la PASB cuando Soper se trasladó a esa agencia como director. Era un fiel defensor de los programas erradicadores y su impulso se consideró crucial.

rechazaba liderar unas medidas que ya se estaban llevando a cabo en diversas zonas del mundo, como en Brasil.

Confiados en el poder del DDT y los antipalúdicos, otras inversiones en reformas sociales como vivienda, alcantarillado adecuado, desarrollo rural, educación médica y medidas higiénicas no se consideraron necesarias, a pesar de que habían formado parte del éxito de campañas anteriores⁷⁹. La mayor desventaja que presentaba esta campaña, de la que eran conscientes Candau y otros defensores de esta, era la creciente resistencia que estaba desarrollando el vector al DDT⁸⁰, aunque ello no hacía más que acentuar el deseo de una rápida puesta en marcha de la campaña.

Otro tipo de resistencia que se buscaba eludir era aquella que ofrecían algunos gobiernos tras años de control de la enfermedad, satisfechos con la reducción de la incidencia. Se temía que la falta de voluntad política disminuyese los esfuerzos contra la malaria en un momento crucial⁸¹. Sumado a esto, los críticos dudaban de la viabilidad de la erradicación en vastas áreas que tenían comunicaciones deficientes y entornos adversos y que carecían de sistemas de salud pública⁸². También hicieron hincapié en la baja evidencia disponible sobre los posibles resultados de una campaña sin precedentes, tanto en términos de coste como del riesgo para la población que perdería la inmunidad natural si retornaba la transmisión⁷⁶.

Por último, no se tuvo en consideración, o se fue muy optimista, el aspecto de la distribución de recursos por parte de los países afectados cuando estuviesen a cargo del programa de erradicación. Muchos de ellos no tenían los recursos necesarios o carecían de la habilidad técnica para llevarlo a cabo, lo que acabaría hundiendo sus sistemas sanitarios o provocando la reaparición de la enfermedad, tras importantes avances, cuando la financiación global de la campaña se resentía⁸³. En otros casos, significaba una menor disponibilidad de fondos para otros proyectos importantes de salud pública, al estar todos concentrados en una enfermedad⁸⁴.

Animados por la cuantiosa contribución a la campaña por parte de EE.UU., quien veía la erradicación como un medio de desarrollo económico¹⁸ y de lucha contra el

¹⁸ Recordamos que los estadounidenses, ya fuese a través de la FR o del propio estado, habían promovido intensamente programas contra la malaria en Latinoamérica a través de la PASB o de los acuerdos de la FR, con los mismos métodos empleados ahora por la OMS.

comunismo^{38(p58)}, numerosos Estados, organizaciones multilaterales y entidades privadas se lanzaron a la financiación del proyecto. La industria de los pesticidas (Montrose, Monsanto, Hercules) y la farmacéutica (Merck) también tenían mucho que ganar con una escalada del uso de insecticidas y antimaláricos, respectivamente, debido a la baja demanda de estos tras el fin de la guerra. Sus trabajadores presionaron a funcionarios de salud pública, como Paul Russell, estadista de la campaña, para que favorecieran el uso de sus productos⁸⁵.

La desmedida confianza en el éxito del planteamiento realizado condujo a la idealización del modelo (en un inicio incluso se creían redundantes los antipalúdicos), al rechazo de la escasa evidencia disponible para una iniciativa de esta escala y a la extrapolación de situaciones epidemiológicas locales de escasa fiabilidad⁸². De hecho, África, y sobre todo el área subsahariana donde se concentraba la mayor incidencia de malaria, ni siquiera fue incluida entre las regiones objetivo debido a la clara conciencia por parte de los defensores de la campaña de la inviabilidad técnica y económica. Al mismo tiempo, hubo un desprecio general por las barreras sociales y culturales.

Las líneas de acción de la erradicación, repletas de características del modelo rockefelleriano¹⁹, se centraron en fumigar con DDT las zonas objetivo hasta detener la transmisión y posteriormente identificar y tratar los casos restantes de malaria.

Los resultados de esta gigantesca operación fueron agrídulces. En algunas zonas se logró una importante disminución en la distribución geográfica del paludismo (en 26 países fue erradicada), aunque la mayor parte de esta reducción se produjo en áreas con programas de control y saneamiento ya asentados, y se ejerció una influencia importante en la planificación posterior de los programas de salud⁸². Sin embargo, desde la década de los 60 empezaron a surgir factores preocupantes para la consecución de esta empresa. La creciente resistencia del vector al DDT y las toxicidades de este, las restricciones económicas o técnicas de algunos países para continuar debido a la pérdida de interés político y los decepcionantes resultados en algunas áreas hicieron tambalear el propósito de erradicar la enfermedad.

¹⁹ La campaña siguió un estilo militarizado de implantación técnica: preparación, ataque, consolidación y mantenimiento.

En 1969, la WHA revisó su estrategia para combatir la malaria. La opción erradicadora fue abandonada, con el consiguiente descrédito y fracaso para la OMS, y se regresó a estrategias de control en aquellas zonas donde la erradicación no había sido posible⁸⁶.

Entre las conclusiones sacadas, destaca la inviabilidad de aplicar una misma programación en regiones tan distintas social, económica y culturalmente, y la necesidad de un compromiso a largo plazo con una estrategia flexible que incluya la participación de la comunidad, la integración con los sistemas de salud y el desarrollo de sistemas de vigilancia ágiles⁸².

Un párrafo resume la mentalidad predominante que hizo fracasar la campaña: “La lección más importante que se aprendió de los programas de la década de 1950 fue que la población de África, Asia y América Latina no era una hoja en blanco sobre la cual los expertos del mundo industrializado podían escribir su propia versión del progreso, ya que generalmente no se comportan, así como tampoco los mosquitos, de acuerdo a suposiciones técnicas”⁸⁷.

El descalabro que supuso la incompleta campaña para la erradicación de la malaria, al contrario de lo que se podría pensar, no frenó el entusiasmo de la OMS por llevar a cabo otra campaña de estas dimensiones. El próximo reto que se propuso la Organización sería la erradicación de la viruela. Los errores y dificultades mostrados por el enfoque biotecnológico condujeron, más que a perder adeptos, a un juicio común de que no había sido bien elegida la enfermedad. Mientras que la campaña iniciada en 1955 se consideraría la “mala” campaña, el esfuerzo que se inició contra la viruela se contempló como la campaña “buena”^{29(p134)}.

Ambas compartieron una estrategia muy similar, a pesar de que la viruela presentaba ciertas características que la harían más favorable logística y económicamente. Por un lado, la cultura de asistencia técnica que dominaba la escena de la salud internacional se vería reflejada en ambas, siendo esta vez la vacuna antivariólica el núcleo del programa, junto a una financiación mayoritaria por parte de los países receptores⁸⁸ y elaboración de protocolos de acción universales, prescindiendo del tratamiento de los factores socioeconómicos. Asimismo, la descomunal envergadura

de estas iniciativas facilitó la creación de redes de cooperación que potenciarían el concepto de salud global.

La enfermedad causada por el virus de la viruela tenía una historia detrás de miles de años de epidemias y alteraciones geopolíticas a su paso. Las primeras pretensiones de control se centraron en el aislamiento de los pacientes y posteriormente en la variolización^{20,89}, no contándose con una herramienta terapéutica eficaz hasta la difusión y promoción del uso de la vacuna a finales del siglo XVIII por Edward Jenner^{21,90,91}.

La pretensión de erradicar la viruela fue precedida por cuatro enfermedades (anquilostomiasis, fiebre amarilla, pian y malaria), todas ellas fallidas. Pese a esto, la viruela parecía ser una candidata adecuada para la erradicación debido a varios motivos, ausentes en las otras enfermedades.

Únicamente los humanos pueden padecer y transmitir la viruela, por lo que no existe reservorio animal ni vector de riesgo que facilite su diseminación. Las personas que sobrevivían a la enfermedad, por la cual muchos o fallecían o quedaban con numerosas secuelas (sobre todo ceguera), desarrollaban una inmunidad de por vida, algo que también se conseguía de forma moderadamente efectiva con la vacuna. Esta última sería un factor clave, pues en esta época se consiguió desarrollar una vacuna termoestable liofilizada que permitía su transporte sin refrigeración a más de 37^o⁹², algo vital para aquellos países con comunicaciones deficientes y poblaciones en zonas remotas. A esto se le añadía una técnica de administración con aguja bifurcada que facilitaba considerablemente la tarea y no requería formación especializada⁹³.

Otras cuestiones clínicas como el desarrollo de pústula tras la vacunación efectiva, la inexistencia de enfermedad subclínica, la facilidad del diagnóstico meramente clínico o la rápida aparición de síntomas tras la infección, allanarían también el camino para el éxito⁹⁴.

²⁰ Método de profilaxis anterior a la vacuna, originario de China e India, en el que se practicaba la inoculación de la enfermedad, principalmente con costras o pus a través de los orificios nasales.

²¹ A pesar de que la sistematización científica de la vacuna se atribuye al inestimable trabajo de Jenner, existen evidencias de que no fue el primero en utilizar una vacuna extraída de la viruela bovina.

El plan para erradicar la viruela sería presentado por la URSS en 1958, en su vuelta a la OMS, temiendo una reintroducción de la enfermedad a través de sus fronteras que pudiese alcanzar zonas donde habían logrado erradicarla. La campaña se inició tímidamente en algunos países sin el apoyo general de los países miembros debido a las abundantes dudas acerca de la viabilidad económica y técnica, de la incidencia real de la enfermedad y de la ausencia de una infraestructura adecuada para hacer llegar la vacuna.

Finalmente, en 1966, se intensificaría el programa a diez años vista, mediante un esfuerzo conjunto de los EE.UU. y la URSS, viéndose la cooperación internacional como un medio para disminuir las tensiones entre ambas superpotencias. Los norteamericanos observaron el potencial existente para introducir y ampliar su influencia en África de cara a prevenir gobiernos comunistas, dado el segundo plano que se le había dado al continente en la intervención contra la malaria^{29(p150)}. La votación que confirmaría la resolución se aprobó por el estrecho margen de dos votos (60 frente a 58), lo cual ejemplificaba a la perfección la discordancia de opiniones reinantes⁹⁵.

Henderson, director del futuro *Center for Disease and Control*, fue el encargado de liderar la gigantesca tarea. Como él mismo refiere, las virtudes de este programa frente al de la malaria se basaron en una mejor flexibilidad y adaptabilidad cuando empezaron a surgir problemas logísticos⁹⁴. Otra circunstancia trascendental fue la diferencia entre los patógenos, con las ventajas clínicas que presentaba la viruela, y las intervenciones, una vacuna termoestable de aplicación casi única frente a un pesticida tóxico que requería fumigaciones semestrales, lo que facilitaba considerablemente la cooperación local tanto a nivel político como a nivel cultural²². Del último caso de viruela se informaría el 31 de octubre de 1977 en Somalia⁹⁶, dándose por finalizado el programa de erradicación en 1980 tras la ausencia de nuevos casos.

El éxito de la erradicación de la viruela daría alas de nuevo a los defensores del modelo biotecnológico, cuya reputación se había visto empañada tras la incapacidad de completar la erradicación de la malaria. Esto se produjo con una completa indiferencia

²² Existen numerosas historias de las estratagemas coercitivas elaboradas por algunos agentes sanitarios para forzar la vacunación en zonas remotas y en áreas donde fuese rechazada por motivos culturales o religiosos¹³⁰. La superioridad moral del fin último hizo del medio algo justificable.

–y a expensas de ellos muchas veces- hacia lo que algunos profesionales sanitarios consideran como necesidades básicas: agua, vivienda segura, educación, higiene y salud laboral^{38(p69)}. La creencia compartida por muchos era que se podía reducir significativamente la mortalidad sin necesidad de invertir en sistemas de salud desarrollados o condiciones socioeconómicas dignas. Estas suposiciones enmascaran de cierta manera la realidad, ya que fue gracias a la conjunción de factores únicos y casualidades lo que permitió a la campaña contra la viruela tener éxito, como el propio Henderson comenta:

“La convención se celebró solo tres meses después de que la reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra declarara oficialmente que la viruela había sido erradicada. El ambiente de la reunión de 1980 fue una sorpresa para los dos. Éramos muy conscientes de las realidades que habíamos encontrado en la erradicación de la viruela y de los esfuerzos heroicos realizados por nuestro personal nacional para lograr la erradicación. Era difícil concebir otra enfermedad que se pudiera abordar de manera similar. Sin embargo, el tema de la reunión fue básicamente decidir cuál sería la siguiente erradicación. Frank Fenner y yo fuimos los oradores principales, y ambos dijimos que no creíamos que en este momento hubiera alguna enfermedad candidata. Como era de esperar, el mensaje no fue bien recibido. Posteriormente, ninguno de nosotros fue invitado a ninguna de las muchas reuniones siguientes sobre erradicación que se han llevado a cabo”⁹⁴.

Definitivamente, el compromiso mundial que se requiere para una campaña de estas dimensiones es improbable en un contexto de gobiernos cambiantes, guerras, hambrunas, problemas burocráticos o poblaciones con sistemas básicos de salud frágiles. ¿Favorece más la erradicación a los países industrializados en los que ya ha desaparecido la enfermedad y que temen su reaparición o a las sociedades que, a pesar de haberse librado de la viruela, no tienen agua salubre que beber ni una vivienda digna en la que vivir? Es posible que las perspectivas de erradicación parezcan mucho más optimistas desde el punto de vista de un laboratorio o una oficina en una torre de marfil universitaria⁹⁴.

Ni la viruela ni la poliomielitis se acercaban a liderar las causas de muerte en el momento de inicio de los esfuerzos erradicadores^{97(chap8),98}, lo que lleva a replantearse de nuevo si el interés en abordar la eliminación de la enfermedad más fácil de erradicar no se limita a alicientes ajenos a las necesidades reales, como los que venimos mencionando.

6.3.3. OMS: el renacer del espíritu de la LNHO y la atención primaria

Las incertidumbres asociadas a las campañas erradicadoras, con las que los profesionales de salud pública de la OMS tuvieron que convivir, no caerían en saco roto. Desde finales de los años 60 el descontento de algunos expertos con la deriva que estaba tomando la OMS, cada vez más alejada de sus principios originales, se traduciría en nuevas iniciativas. Los ecos de una medicina que abordase las necesidades socioeconómicas de las poblaciones, característica de los años 30 en la LNHO, empezarían a resonar con fuerza.

Diversos autores, como Werner, Sidel o Illich, empezaron a criticar las prácticas predominantes de salud pública y a reconsiderar las funciones de los médicos en el sistema instaurado, a partir de ideas y métodos desarrollados a través de redes informales de programas de salud basados en la comunidad. Abogaban por una formación y participación mayor de los trabajadores sanitarios, personal no cualificado que con un aprendizaje de las nociones básicas en materia de salud podían aportar muchísimo a sus comunidades rurales⁹⁹. Gracias a la experiencia desarrollada en el terreno, este enfoque revolucionaría el concepto de sistema sanitario en la década de los 70, constituyendo la base del movimiento de atención primaria. De esta manera, las comunidades se empoderaban y participaban en su propia salud, rechazando intervenciones elitistas verticales elaboradas a miles de kilómetros de distancia que ignoraban la idiosincrasia local.

Esta corriente no surgiría de la noche a la mañana. Durante los últimos años, el modelo de desarrollo internacional implementado por los países industrializados había suscitado críticas entre los países del Tercer Mundo²³, los cuales, tras haberse librado

²³ Denominación que surgió tras el comienzo de la Guerra Fría para designar a aquellos países no alineados con el bloque capitalista ni comunista. Estas naciones acabarían formando en 1964 el G-

del colonialismo, empezaban a desperezarse y reclamar sus derechos en un mundo dominado por EE.UU. y la URSS. Abrumados por las campañas de ambos bloques para ganar influencia¹⁰⁰, diversos Estados aceptaban las ayudas recibidas de cara al prometido desarrollo industrial mientras hacían frente a severos problemas en materia de reforma agraria, ingresos económicos, vivienda digna y nutrición. Sin embargo, la alternativa que presentaba el G-77, promovió numerosos acuerdos que defendían los intereses económicos de los países en vías de desarrollo a través de condiciones justas de comercio¹⁰¹, a pesar de la resistencia de los países occidentales.

El creciente protagonismo de los países de renta baja, que intervenían en la escena internacional por primera vez tras siglos de ver sus asuntos controlados por manos ajenas, también conduciría a la reforma en el seno de la OMS. Cuba, China, Sudán, Venezuela, Costa Rica, Tanzania, Mozambique y el estado indio de Kerala²⁴ constituían ejemplos de regiones en los que el descenso de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida se habían logrado gracias a los trabajadores sanitarios y con recursos médicos mínimos, invirtiendo en servicios sanitarios básicos e integrales con gran éxito^{29(p242),102}. Estos ejemplos, liderados por países del Tercer Mundo, representaban el poder de la atención primaria para elaborar sistemas sanitarios fuertes, comprometidos con las necesidades socioeconómicas y resilientes.

Los cambios en la OMS se verían por lo tanto influenciados por un contexto político marcado por el surgimiento de las naciones africanas descolonizadas, la difusión de movimientos nacionalistas y socialistas y de nuevas teorías del desarrollo que enfatizaron el crecimiento socioeconómico a largo plazo en lugar de la intervención tecnológica a corto plazo. Como hemos podido comprobar, el énfasis en el modelo biomédico o en el modelo biosocial variaba dependiendo del equilibrio de poder existente, los intereses cambiantes de los agentes internacionales, los compromisos

77, un grupo de países en vías de desarrollo con el objetivo de ayudarse, sustentarse y apoyarse mutuamente en las deliberaciones de la ONU.

²⁴ El Estado de Kerala constituye un caso sorprendente de enfoque integral de la salud (ver Anexo 3). Siendo uno de los estados más pobres en India, su compromiso social y económico con los derechos de su población han catapultado muchos indicadores de bienestar al nivel de países de gran desarrollo económico.

intelectuales e ideológicos de las personas clave y la forma en que todos estos factores interactúan con el proceso de formulación de políticas de salud¹⁰³.

Una de las personas clave que facilitaría este viraje hacia la atención primaria y una visión más integral de la salud sería el nuevo director de la OMS, Halfdan Mahler, que serviría de 1973 a 1988. Mahler, cuya experiencia sobre el terreno en India le había convencido de la importancia de servicios sanitarios que aborasen las necesidades de salud comunitarias¹⁰⁴, desarrollaría bajo su gobierno varios programas con este enfoque. Entre ellos se encontraban el Programa Expandido de Inmunización, que afrontaba seis enfermedades para las que existían vacunas de probada eficacia, y el Programa de Medicamentos Esenciales, una lista de fármacos, vacunas o nutrientes imprescindibles para las necesidades de una población¹⁰⁵.

Todas estas dinámicas acabarían conduciendo al evento más reseñable de este periodo: la Conferencia de Alma-Ata. Propuesta por el representante de la URSS, sería finalmente convocada en 1978. La estrategia de Alma-Ata reunía el compromiso de abordar las raíces de los problemas de salud en su contexto socioeconómico y político: promoción de la seguridad alimentaria y nutrición apropiada; suministro adecuado de agua y saneamiento básico; salud materno-infantil, incluida la planificación familiar; vacunación; prevención y control local de enfermedades endémicas; tratamiento apropiado de enfermedades comunes; y suministro de medicamentos esenciales. Todo ello desde una perspectiva basada en la comunidad, con acción multidisciplinar y las tecnologías adecuadas, así como un enfoque de atención primaria, alejando la provisión de servicios preventivos y curativos de los grandes hospitales¹⁰⁶. Igualmente, incluiría el objetivo “Salud para todos” en el año 2000, en referencia a la cobertura universal.

Conociendo la limitada visión del enfoque sanitario hasta el momento, parecía probable que la conferencia provocase un gran rechazo ante las reformas radicales que se proponían frente al modelo establecido. Y así lo fue, prácticamente desde antes de que acabase. Los críticos argumentaban que el modelo de atención primaria integral era demasiado idealista, costoso, a largo plazo e inabarcable. De hecho, rápidamente surgieron iniciativas de un modelo más selectivo centrado en la vacunación infantil, promovido por la FR, USAID y el Banco Mundial, plagado de referencias económicas de

costo-eficiencia^{25,107}. No solo los países occidentales fueron reacios desde un principio a implementar este modelo²⁶, también Mahler expresó su descontento debido a lo que él consideraba una conferencia precipitada. Tampoco coincidía con el sistema sanitario soviético, al que consideraba demasiado centralizado y medicalizado como para ser tomado como un ejemplo relevante. Otra de las críticas sería la escasa evidencia disponible y la ausencia de un modelo sólido a difundir, a pesar de los proyectos en países en vías de desarrollo con resultados prometedores.

6.3.4. La recesión de los 70 y los *Structural Adjustment Programs*: consecuencias sanitarias en el Tercer Mundo

Para entender los cambios macroeconómicos que tuvieron lugar en la década de los años 70 y 80 es necesario retroceder a los primeros años de posguerra y seguir el camino que condujo a las potencias mundiales hasta este punto.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el presidente Truman daría muchas pistas de lo que sería la política exterior estadounidense en su discurso inaugural. En él exponía una situación fundamental: las materias primas en EE.UU. eran finitas, no así el potencial tecnológico, por lo que una cooperación con países subdesarrollados llevaría a beneficios para ambas partes, en especial para aquellas naciones pobres que podrían verse iluminadas por el halo industrializador estadounidense¹⁰⁸. Más adelante, Kennedy, en la década de los 60, instauraría una política internacional de desarrollo impulsada por la publicación de la “teoría de la modernización”. Lo que promovía este ideal económico occidental que se pretendía imponer a nivel mundial era principalmente la inversión económica en fábricas, proyectos de agricultura e infraestructuras públicas como presas o carreteras. Ello constituiría una línea recta entre la pobreza y el capitalismo que permitiría emular los patrones de consumo de los países ricos, abriendo asimismo el mercado nacional de materias primas de los Estados en vías de desarrollo a los intereses empresariales de las empresas occidentales.

²⁵ Justificaban el mayor rendimiento económico de las estrategias basadas en el control de la enfermedad, a pesar de que estas intervenciones han sido criticadas en numerosas ocasiones por tener una financiación sumamente inestable y caprichosa que pone en riesgo continuamente la consecución de sus proyectos.

²⁶ Ello requeriría desplazar la mayoritaria inversión económica centrada en los hospitales o unidades terciarias urbanas (con iniciativas privadas, recursos tecnológicos, gran plantilla de médicos) a la creación de centros de salud o unidades de atención primaria en zonas rurales, algo casi imposible de lograr por las dificultades políticas y económicas del modelo neoliberal.

Contrariamente a esta corriente, desde algunos países latinoamericanos surgió la “teoría de la dependencia”, la cual enunciaba que las naciones occidentales habían convertido al sur global en un proveedor de materias primas a bajo precio, gracias a los términos desfavorables de comercio y divisas impuestos por los países industrializados^{109,27}.

Esta situación les impedía generar sus propios productos manufacturados, los cuales se veían obligados a importar de los países más desarrollados económicamente. Defendían la estatización de la industria y el control de su propia economía, como un medio para invertir la posición de materias primas contra productos manufacturados.

Estos planteamientos conducirían a reclamar la transformación de esta situación económica mediante la mejora de las condiciones de comercio y deuda imperantes, lo que cristalizaría en la Declaración para el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional, firmado por Naciones Unidas en 1974.

En 1973, los países que componían la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEC²⁸, por sus siglas en inglés), principalmente países árabes, decidieron llevar a cabo un embargo a los suministros de petróleo a EE.UU. y sus aliados occidentales (Europa y Japón) en protesta por su apoyo a Israel en la reciente guerra de Yom Kippur, lo que provocaría que el precio del petróleo se cuadruplicase¹¹⁰. Este episodio sería conocido como la primera crisis del petróleo y generaría una cadena de consecuencias que acabarían afectando severamente a la salud de los países en vías de desarrollo. La segunda crisis llegaría en 1979, perpetuando la subida de precios.

Debido a los precios crecientes del crudo, la producción industrial de los principales países fabricantes de bienes se redujo considerablemente, lo que a su vez conduciría a la disminución de la demanda de materias primas. Numerosos países del sur global, principalmente en Latinoamérica, habían basado sus políticas de crecimiento

²⁷ Prebisch, en concreto, enunciaría una estrategia de industrialización sustitutiva de las importaciones, por la que los países en vías de desarrollo debían crear sus propias industrias productoras de bienes habitualmente importados de Europa y EE.UU.

²⁸ Argelia, Egipto, Indonesia, Iraq, Irán, Kuwait, Libia, Nigeria, Qatar, Arabia Saudí, Siria, Emiratos Árabes Unidos y Venezuela. Muchos de ellos protegerían sus beneficios en bancos transnacionales offshore alejados de la jurisdicción de cualquier gobierno¹³¹. Estos últimos, a su vez, necesitaban realizar préstamos a mayores intereses para evitar pérdidas, lo que realizaron con países en vías de desarrollo, aliviados por obtener una alternativa frente a la comunidad financiera internacional.

en este intercambio y en la dependencia severa en los préstamos extranjeros y de bancos internacionales como el BM.

A pesar de que en el Primer Mundo también se produciría una recesión secundaria a estos eventos, el resultado principal fue que los países del Tercer Mundo se vieron atrapados en la deuda, ahogando sus economías. Tras el anuncio de México, Brasil y Argentina de que no podían cumplir sus obligaciones con el pago de la deuda, la crisis explotó. El FMI y el BM relegaron el desarrollo a un lugar secundario y se focalizaron en intentar recuperar las deudas¹¹¹. Consiguieron la autoridad necesaria para demandar un ajuste estructural en los países deudores a través de reformas políticas y económicas que deberían asegurar, en teoría, el crecimiento económico para así poder recibir nuevos préstamos y aliviar la deuda: los llamados *Structural Adjustment Programs (SAP)*.

Los SAP se sincronizaron en el tiempo con la llegada de nuevas teorías económicas, conocidas como neoliberalismo²⁹, ampliamente propulsadas por las administraciones de Thatcher en Reino Unido (1979) y Reagan en EE.UU. (1980). Las medidas neoliberalistas constituirían la base de los SAP, incluyendo austeridad fiscal y políticas contra la inflación, privatización de las empresas estatales, liberalización del comercio, devaluación de la moneda y desregulación general de la economía, incluida la desregulación financiera y del mercado laboral¹¹⁰. Esto facilitaba la apertura de los mercados a la inversión extranjera y estimulaba las exportaciones a bajo precio. El aspecto clave que repercutiría gravemente en la salud de las poblaciones sería la obligada reducción del gasto estatal, especialmente el asociado a la distribución de servicios sociales.

En materia de salud, los SAP incluyeron efectos directos, como recortes en los presupuestos sanitarios y la privatización de la atención médica, e indirectos, como la disminución del empleo, el aumento de los precios de los productos básicos y la reducción del gasto en infraestructura. Este cúmulo de “ajustes” ha disminuido el acceso

²⁹ Los impulsores del neoliberalismo son Milton Friedman y Friedrich Hayek, economistas de la Universidad de Chicago. Los primeros pasos prácticos de la teoría neoliberalista serían puestos en marcha en las dictaduras instauradas en Latinoamérica, incrementando, además del PIB, la desigualdad entre clases sociales de forma considerable.

a la atención médica y aumentado la mortalidad¹¹⁰. De esta manera, los ciudadanos se vieron privados de oportunidades y derechos básicos.

Existen numerosas referencias de las consecuencias derivadas de estas asfixiantes normativas. El gasto per cápita en salud disminuyó un 40% en Jamaica, un 23% en Ghana y un 8% en Brasil¹¹². Se conoce a su vez que el cobro de cuotas mejora la calidad de los servicios y la provisión de medicamentos, pero también disminuye la accesibilidad, particularmente en grupos de bajos ingresos¹¹³. Este mecanismo de pago resultante de los SAP se llevó a cabo en Ghana y Mozambique, resultando en la práctica una desigual ganancia: frente a un mínimo porcentaje de presupuesto sanitario aportado por los pacientes, las visitas a clínicas se redujeron un 24% entre 1986 y 1987 en Maputo, Mozambique¹¹⁴, y en un 60% en 1993 en Lusaka, capital de Zambia^{30,115}. En Brasil, el gobierno canceló todo tipo de ayudas a las comunidades indígenas, incluida la atención sanitaria. Numerosos profesionales sanitarios emigraron de sus países, como en el caso de Ghana¹¹⁶, hacia otras naciones con mejores condiciones o hacia organismos bilaterales que trabajaban en el país, caracterizados por programas específicos elaborados por ellos mismos que poco tenían que ver con las necesidades más amplias de los países.

Otras prácticas que se llevaron a cabo fueron la venta en el mercado negro de recursos médicos en Tanzania o la obligación a los pacientes de traer sus propios medicamentos, guantes y vendas en Costa de Marfil¹¹⁰. Las consecuencias de estos ajustes ciertamente llegan hasta nuestros días. En la reciente epidemia de Ébola, los sistemas sanitarios de Sierra Leona y Liberia acusaban grandes carencias en materiales y financiación debido a los recortes aplicados por las políticas del FMI y el BM¹¹⁷, así como un déficit de personal sanitario por la migración a países con mejores oportunidades¹¹⁸.

El proyecto que visualizó Alma-Ata de construir infraestructuras sanitarias y abordar los determinantes sociales y económicos de la salud, aun habiendo voluntad para ello, se convertiría en algo inalcanzable durante la década de los 80.

³⁰ En Zambia también se produjo un notable empeoramiento en los casos reportados de malaria y tuberculosis.

6.3.5. OMS: gobernanza menguante y fin de siglo

En contraste con la creciente autoridad del Banco Mundial, en la década de 1980 el prestigio de la OMS estaba comenzando a disminuir. Uno de los mayores obstáculos, desde ese momento en adelante, sería el acuerdo para congelar los presupuestos oficiales, aquellas cuotas asignadas a cada miembro, en 1982¹¹⁹. Unos años después se sumaría la decisión de EE.UU. de contribuir con únicamente un 20% de su asignación a todas las agencias de la ONU, presumiblemente en respuesta al “Programa de Medicamentos Esenciales” al que se oponían las principales farmacéuticas con sede en EE.UU.^{119,120}. Las consecuencias de estas medidas sería el crecimiento de la financiación "extrapresupuestaria" proveniente de donaciones de organismos multilaterales o naciones donantes (fondos al margen de los oficiales de los países miembros)¹²¹. A comienzos del decenio de 1990, la financiación extrapresupuestaria había superado al presupuesto ordinario en 21 millones de dólares, lo que representaba el 54% del presupuesto general de la OMS¹⁰³. Lo alarmante era que se había conseguido sortear la vía democrática de la WHA, donde las naciones miembro contaban con un voto cada una, ahora dominada por países en vías de desarrollo.

El liderazgo de la OMS también se encontraba en entredicho por varios motivos. Iniciativas como la Atención Primaria Selectiva, mucho más concordantes con los modelos biomédicos y mercantiles vigentes, se encontraban en un punto álgido gracias al apoyo que recibían de UNICEF, el UNDP, la FR y el BM. Esto suponía para la OMS un “golpe de estado” a su soberanía y a la toma de decisiones de las estrategias de salud basadas en las necesidades integrales, llegando a ser denominada como una “contrarrevolución”¹²².

La elección de Hiroshi Nakajima como Director General de la OMS, tras los quince años de mandato de Mahler, acentuaría la problemática en la que se encontraba inmersa la Organización. Su gobierno estaría salpicado de abundantes críticas por su estilo autoritario, mala comunicación, nepotismo y corrupción¹⁰³.

El contexto internacional en un mundo rápidamente cambiante planteó demandas más complejas a las organizaciones internacionales en general, y especialmente en el campo de la salud global, haciendo evidentes una serie de

debilidades¹²³: (1) La calidad y eficacia de las intervenciones de la OMS variaban enormemente entre países, debido a una escasa cooperación y coordinación entre agencias, promovida por la elevada burocratización y lentitud de su estructura sumamente descentralizada¹²⁴; (2) sus programas extrapresupuestarios obedecen a las prioridades de los donantes en lugar de reflejar las prioridades sanitarias mundiales, lo que lleva a una competencia interna de recursos dentro de la OMS y debilita sus actividades normativas, investigadoras o de supervisión; (3) los obstáculos derivados de intentar abordar los determinantes sociales, económicos y políticos cada vez más complejos de la salud.

La caída del bloque comunista en 1989 sin duda influyó en gran medida en el desarrollo de estas debilidades. El contrapeso que ambos bloques ejercían en las organizaciones internacionales sería sustituido por el imparable auge del neoliberalismo y sus estrategias de desarrollo económico. El equilibrio de poder de la Guerra Fría había finalizado, dejando como resultado de la promoción del comercio, la mercantilización de la salud, la vigilancia de enfermedades y la seguridad sanitaria como argumentos para las intervenciones en salud internacional¹²⁵.

La OMS quedaría relegada en este momento a una función meramente epidemiológica, con un gasto sanitario estancado y trabajando a la sombra del Banco Mundial, cuyo mayor presupuesto permitía a muchos organismos bilaterales simplemente eludir a la OMS en sus actividades internacionales de salud⁵⁸.

Más adelante, encontraría un nuevo escollo en las alianzas público-privadas (PPP, por sus siglas en inglés), que han brindado a los intereses comerciales, como las corporaciones farmacéuticas, un papel importante en la elaboración de políticas de salud pública internacional^{126,31}.

Finalizamos este trabajo con el cambio de siglo: un panorama enormemente cambiante en el que una miríada de actores han irrumpido en el campo de la salud global. El período comprendido entre 1990 y 1997 apenas tuvo intervenciones ni estrategias relevantes. Sin embargo, en el período comprendido entre 1998 y 2010,

³¹ El análisis de estas iniciativas, al igual que toda la escena más actual, excede los objetivos de este trabajo y se abordará en la Parte II.

nacerían varias docenas de alianzas, iniciativas, fundaciones e instituciones dedicadas a financiar, coordinar o implementar programas de salud mundiales, o alcanzar objetivos de salud globales¹²³.

Este contexto, unido a la difícil década de los 90, ha situado a la OMS en una posición muy delicada de cara al siglo XXI. A pesar de haber sido el referente mundial en salud durante buena parte del siglo pasado, existen demasiados factores que impiden que la Organización tenga el impacto acordado en su Constitución de 1948.

Tras la congelación de las contribuciones ordinarias en la WHA de 1982 y la reducción del presupuesto estadounidense, la financiación se convertiría en uno de los quebraderos de cabeza. Los retos a los que se enfrentará en el nuevo siglo estarán ligados principalmente a dos problemáticas: la creciente financiación extrapresupuestaria, que asigna fondos a programas previamente diseñados sin el consenso democrático de la Asamblea; y la aparición de numerosos organismos y actores en la escena internacional que, favorecidos por la decadencia de la OMS, han irrumpido con fuerza para competir por el liderazgo y asumir el mando de la salud global en un mundo cada vez más dominado por la economía neoliberal.

7. CONCLUSIONES

Las políticas e intervenciones en materia de salud global tuvieron su origen en las primeras prácticas de la medicina colonialista a finales del siglo XIX. Justificadas con argumentos civilizadores y guiadas por intereses comerciales y epidemiológicos, estas reformas en materia de higiene y control de enfermedades tropicales se implementaron con relativa facilidad gracias al poder coercitivo de los países industrializados, ya fuese económico, cultural, político o militar.

La Fundación Rockefeller, una organización filantrópica creada con la intención de “promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo”, constituye una de las piedras angulares sobre las que reposa la salud global actual. Sus actividades, solapadas en el tiempo con la medicina colonialista, toman de esta el enfoque biomédico de control de las enfermedades.

Sin embargo, su trascendencia va mucho más allá, configurando los estándares de actuación de la salud global y la base teórica de la salud pública internacional gracias a la difusión de la educación médica y la creación de las primeras escuelas de salud pública en todos los continentes. Sus actuaciones, en ocasiones alineadas con la política exterior estadounidense, se caracterizan por una programación vertical centrada en la enfermedad, dirigida del norte al sur global, con soluciones tecnológicas y a corto plazo que no tienen en cuenta las necesidades económicas, sociales y políticas locales, las cuales determinan en gran medida la salud.

Tras la Primera Guerra Mundial se darían las circunstancias culturales y sociales que propiciarían una alternativa al tradicional modelo biomédico: las naciones europeas tratarían de diseñar estrategias centradas en el tratamiento de los determinantes sociales de la salud. Un modelo más integral que reconocía la importancia de la nutrición, la vivienda o el entorno en la posibilidad de caer enfermo, que incluso llegaría a verse reflejado en alguna de las intervenciones de la FR. Este planteamiento, coherente con los factores socioeconómicos, no desaparecería a lo largo del tiempo, sino que se mantuvo en un segundo plano frente a la dominancia del enfoque biotecnológico.

A mediados del siglo XX, al término de la Segunda Guerra Mundial, se fundaron las organizaciones internacionales que dominan la escena internacional hoy en día, entre ellas la Organización Mundial de la Salud. Esta se convertiría en el terreno de disputa de los bloques comunista y capitalista. La coyuntura de la época haría que se reuniesen expertos con marcada iniciativa social, haciendo de la perspectiva integral de la salud y la equidad los principios más importantes de la OMS. Sin embargo, el gran impulso tecnológico que había tenido lugar durante la guerra dirigiría de nuevo los esfuerzos hacia las grandes erradicaciones. A pesar del fracaso parcial para eliminar la malaria, en la que África nunca estuvo dentro de la agenda, el entusiasmo y la fe depositadas en el potencial de las soluciones tecnológicas era tal que pocos años después empezaría la erradicación de la viruela. Esta enfermedad presentaba ciertas características en su patogenia y planificación que facilitarían la consecución del histórico logro.

En los años 70, el creciente descontento por las políticas verticales cortoplacistas de la OMS, alejadas de sus principios originales de 1948 y en auge gracias a la descolonización y la existencia de nuevas naciones con necesidades socioeconómicas importantes, cristalizaría en la Conferencia de Alma-Ata. Se propuso abordar los problemas de salud desde sus raíces, integral, continuado en el tiempo y dirigido por la colaboración con la comunidad. El gran rechazo que suscitó, desde apenas su publicación, dificultaría su puesta en práctica, manteniéndose más como un referente teórico.

Paralelamente a estos hechos, y contribuyendo al rechazo que se menciona, tendrían lugar los *Structural Adjustment Programs*. El desarrollo económico propiciado por las potencias occidentales había sumido en una situación de deuda continua a los países en vías de desarrollo. En un momento crítico para la economía mundial tras las crisis del petróleo de los 70, las nuevas propuestas neoliberales se adaptaron a los SAP para atacar el gasto público y social de los países deudores, promoviendo la apertura al mercado capitalista y a la inversión extranjera, mientras las infraestructuras básicas sanitarias quedaban gravemente dañadas.

En las dos últimas décadas del siglo XX, la OMS sufriría una de sus crisis institucionales más severas. La congelación de su presupuesto ordinario, la reducción

del gasto estadounidense a un 20% y las progresivas contribuciones extrapresupuestarias pondrían en jaque su gobernanza. El principio democrático de toma de decisiones se soslayaría, propagando las estrategias centradas en el modelo biomédico. Además, a finales de siglo surgirían numerosos actores internacionales que minarían la legitimidad y soberanía de la Organización.

Este recorrido histórico, brevemente profundizado en cada periodo, nos permite extraer algunos patrones generales que enmarcan la actividad de la salud global.

En primer lugar, el origen de la salud global está claramente determinado por el dominio colonial de finales del siglo XIX y principios del siglo XX. La pérdida de mano de obra indígena, la muerte de los colonos o la amenaza de epidemias llevaron a instaurar sistemas de vigilancia y medidas biomédicas con un sesgo económico y racial. Esta tendencia discriminatoria, supeditada a la superioridad occidental civilizadora, ha dominado el discurso de algunos expertos para inculpar a las poblaciones nativas de su suerte, ignorando las superestructuras de poder existentes y la idiosincrasia local. La perspectiva tecnológica que se iniciaría en estos momentos parecía lógica ante la imposibilidad de querer abordar factores socioeconómicos cuando el propio poder de las colonias estaba basado en la desigualdad.

Desde este momento se empieza a configurar la idea de enfermedad como un obstáculo para el desarrollo económico, lo cual ha configurado la dirección de las estrategias sanitarias hasta el día de hoy, incluidas las de la OMS. De esta manera, la salud constituye un punto vital de cara a generar trabajadores sanos y aumentar su productividad. Sin embargo, esta visión no tiene en cuenta a los grupos sociales más necesitados ni a los factores socioeconómicos ligados a la enfermedad: ancianos, discapacitados o niños son los grupos más vulnerables, siendo su repercusión en el PIB más bien escasa. Es por eso necesario hacer hincapié en la salud como un valor o derecho en sí misma, un aspecto que hemos visto nulamente integrado en las intervenciones sanitarias globales. Esta equidad de acceso a la salud constituiría uno de los estándares más altos de calidad.

En el transcurso de nuestro trabajo, y especialmente con la FR, hemos comprobado cómo las políticas de las organizaciones internacionales iban cambiando e

incluso en ocasiones eran discordantes unas de otras, a pesar de tener un patrón general fijo. Creemos que puede explicarse por el contexto político, económico y cultural de cada época. Es posible afirmar que los poderes políticos y económicos dominantes, desde las autoridades coloniales hasta los bloques capitalista y comunista, han controlado y dominado la escena internacional de acuerdo a sus intereses.

La FR constituye una notable excepción, ya que sus recursos económicos le posibilitaron establecer redes de salud pública a lo largo del globo y configurar las prácticas actuales al margen del resto de países. A pesar de que otras naciones han tenido relevancia, Estados Unidos ha trasladado su potencial industrial y económico al campo de la salud de forma incomparable. Tanto la LNHO como la OMS o Alma-Ata fueron socavadas por la política exterior estadounidense, renuente a ceder su liderazgo a una organización internacional equitativa que amenazase sus intereses, lo cual ha supuesto un duro golpe para las aspiraciones de una salud integral y socialmente justa.

Otro factor notablemente influyente que hemos podido observar es la importancia del personalismo en las instituciones sanitarias. La elección de un modelo biomédico o biosocial ha estado definida por la ideología de los líderes de los diversos organismos. Gorgas frente a Rajchman o Candeau frente a Chisholm son algunos de los ejemplos.

La creación de la OMS y su apuesta por una medicina que aborde las necesidades básicas acerca el objetivo de “salud para todos”, poco más que un eslogan actualmente. Aun así, el Consejo de Seguridad y la incapacidad de la ONU para imponer recomendaciones basadas en la justicia social atentan contra la conquista de estos objetivos. La equidad contraviene las estructuras de poder conformadas, amenazando el statu quo, motivo por el cual es habitualmente apartada de la agenda. Desde su nacimiento, la OMS ha alternado enfoques tecnológicos y sociales, de forma dispar, sujeta a los retos y a los cambios de la salud internacional. Este tira y afloja se ve nuevamente amenazado por el sistema económico neoliberal, ilustrado en los SAP y los tratados de libre comercio, que promueve sistemas sanitarios públicos frágiles e incapaces de cubrir el derecho a la salud y enfoques biomédicos fuertemente dominados por el mercado.

Resulta difícil aventurar si la OMS podrá retomar su papel de administrador de la salud universal con el crecimiento de tantos actores compitiendo por el puesto. La respuesta puede estar en el apoyo de las iniciativas de la sociedad civil para un acceso universal a la salud efectivo y en los ejemplos de países que, con pocos recursos, logran alcanzar estándares de calidad muy altos mediante el énfasis en los factores socioeconómicos y las políticas redistributivas. La presencia de los derechos humanos básicos en la mayoría de las constituciones de las naciones, algo ausente en épocas pasadas, puede aumentar el empuje de estas expectativas.

A pesar de los logros conseguidos y la mejora de la calidad de vida de millones de personas a través de las intervenciones en salud global, resulta inaceptable avanzar dejando inmersos en la pobreza o acentuando las desigualdades de otros tantos millones. Esta estrechez de miras puede llegar a resultar incluso más perjudicial que beneficiosa.

Reconducir las intervenciones para poder abordar las necesidades requiere de una programación de las actividades dirigida por los actores locales, conocedores del contexto, o por trabajadores de campo, como Henderson nos recordaba.

Las soluciones técnicas desarrolladas a lo largo de toda la historia de la salud global han sido acreditadas por el peso de la ciencia, con una imagen de neutralidad y eficiencia. Sin embargo, en ocasiones, esta supuesta perspectiva apolítica esconde detrás la imposición de condiciones, interfiere con decisiones democráticas, aumenta la inequidad y perpetúa la dependencia de las comunidades donde se implanta, justificando el modelo neoliberal.

En cambio, el enfoque biomédico englobado en un contexto donde se abordan las necesidades integrales de las poblaciones puede resultar efectivo para combatir la pobreza y la enfermedad, mejorando la salud de forma sostenible y a largo plazo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Guttal S. Globalisation. *Dev Pract.* 2007;17(4-5):523-531.
2. Ukpere WI, Slabbert AD. A relationship between current globalisation, unemployment, inequality and poverty. *Int J Soc Econ.* 2009;36(1/2):37-46.
3. Schrecker T, Labonté R, De Vogli R. Globalisation and health: the need for a global vision. *Lancet.* 2008;372(9650):1670-1676.
4. Woodward D, Simms A. Growth is Failing the Poor : The Unbalanced Distribution of the Benefits and Costs of Global Economic Growth. *Growth (Lakeland).* 2006;(20).
5. Corporate Europe Observatory. TTIP: a corporate lobbying paradise. *Corp Eur Obs.* 2015.
6. UNCTAD. *Trade and Development Report,2014.*; 2014. www.unctad.org.
7. Hirono K, Haigh F, Gleeson D, Harris P, Thow AM. *Negotiating Healthy Trade in Australia: Health Impact Assessment of the Agreement.*; 2015.
8. London L, Schneider H. Globalisation and health inequalities: Can a human rights paradigm create space for civil society action? *Soc Sci Med.* 2012;74(1):6-13.
9. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *Lancet.* 2015;386(10007):1973-2028.
10. Simon Hales, Sari Kovats, Simon Lloyd DC-L. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death , 2030s and 2050s. *Risk Assessment IWorld Heal Organ.* 2014:128.
11. Olivero J, Fa JE, Real R, et al. Recent loss of closed forests is associated with Ebola virus disease outbreaks. *Sci Rep.* 2017;7(1):14291.
12. City B, County G. Statement and Declaration by Affected Community Members from Sime Darby and Golden Veroleum Concessions. 2012:6-8.
13. Bausch DG, Schwarz L. Outbreak of Ebola Virus Disease in Guinea: Where Ecology Meets Economy. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(7).
14. Leon DA, Walt G, Gilson L. International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ.* 2001;322:591-594.
15. World Trade Organization (WTO). WTO | Intellectual property (TRIPS) - fact sheet - pharmaceuticals - 2. https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm02_e.htm. Published 2006. Accessed April 10, 2018.
16. Velásquez G. La hepatitis C: un problema mundial de salud – Dominio público. <http://blogs.publico.es/dominiopublico/25451/la-hepatitis-c-un-problema-mundial-de-salud/>. Published 2018. Accessed April 10, 2018.
17. Medecins Sans Frontiers (MSF). Overcoming Barriers to Access: The Issues |

- msfaccess.org. <https://www.msfaccess.org/content/overcoming-barriers-access-issues>. Accessed April 10, 2018.
18. Howard-Jones N. The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. 5. The ninth conference: Paris, 1894. *WHO Chron.* 1974;28(10):455-470.
 19. Frenk J, Moon S. Governance Challenges in Global Health. *N Engl J Med.* 2013;368(10):936-942.
 20. Frenk J, Sepulveda J, Gomez-Dantes O, McGuinness MJ, Knaul F. The New World order and international health. *Bmj.* 1997;314(7091):1404-1407.
 21. Palmer S. Génesis de la salud global: el parasitismo creativo de la Fundación Rockefeller. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=T1HC438Dmjo&t=2697s>. Published 2016. Accessed May 12, 2018.
 22. U.S. Government. Private Foundations | Internal Revenue Service. <https://www.irs.gov/charities-non-profits/private-foundations>. Accessed May 15, 2018.
 23. Rockefeller Foundation. About Us - The Rockefeller Foundation. <https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/>. Accessed April 15, 2018.
 24. Birn A. Backstage: the relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940s–1960s. *Public Health.* 2014;128(2):129-140.
 25. Staff H co. John D. Rockefeller. History.com. <http://www.history.com/topics/john-d-rockefeller>. Published 2010. Accessed April 16, 2018.
 26. Stigler G. The Origin of the Sherman Act. *J Legal Stud.* 1985;14(1):1.
 27. Arnold D. Western medicine in an Indian environment. In: *Science, Technology and Medicine in Colonial India*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000:57-91.
 28. Brown ER. Early Rockefeller Programs at Home and Abroad. *Am J Public Health.* 1976.
 29. Packard RM. *A History of Global Health : Interventions into the Lives of Other Peoples*. First. Johns Hopkins University Press; 2016.
 30. Chaves-Carballo E. Carlos Finlay and yellow fever: triumph over adversity. *Mil Med.* 2005;170(July 2004):881-885.
 31. Staples JE, Monath TP. Yellow Fever: 100 Years of Discovery. *JAMA.* 2008;300(8):960.
 32. Guiteras GM. The yellow fever epidemic of 1903 at laredo, texas. *J Am Med Assoc.* 1904;XLIII(2):115-121.
 33. Gorgas WC. Sanitation at panama. *J Am Med Assoc.* 1912;LVIII(13):907-909.

34. Gardner CL, Ryman KD. Yellow Fever: A Reemerging Threat. *Clin Lab Med*. 2010;30(1):237-260.
35. Gorgas WC. Recommendation as to sanitation concerning employees of the mines on the rand made to the transvaal chamber of mines. *J Am Med Assoc*. 1914;LXII(24):1855-1865.
36. Hook D. The Racial Stereotype, Colonial Discourse, Fetishism, and Racism. *Psychoanal Rev*. 2005;92(5):701-734.
37. Said E. *Orientalismo*. Segunda Ed. (Cultura Libre, ed.); 2008. <https://hemerotecaroja.files.wordpress.com/2013/06/said-e-w-orientalismo-1978-ed-random-house-mondadori-2002.pdf>. Accessed April 25, 2018.
38. Birn A-E, Pillay Y, Holtz T. *Textbook of Global Health*. Fourth. Oxford University Press; 2016.
39. Carnegie A. The Gospel of Wealth. *North Am Rev*. 1889.
40. Hackett LW. "Once Upon a Time: Presidential Address." *Am J Trop Med Hyg*. 1960;March:109.
41. Farley J, Weindling P. The International Health Division of the Rockefeller Foundation: the Russell years, 1920–1934. In: *International Health Organisations and Movements, 1918–1939*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995:203-221.
42. Cassedy J. The "Germ of Laziness" in the South, 1900-1915: Charles Wardell Stiles and The Progressive Paradox. *Bull Hist Med*. 1971;2(45):159-169.
43. Ettling J. *The Germ of Laziness Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. First. Cambridge, USA: Harvard University Press; 1981.
44. Power HJ. History of Hookworm. *Hist Med*. 2002;(1994):2002-2002.
45. Belloni L. From the discovery of *Ancylostoma duodenale* to the victory over anemia in miners. *Minerva Med*. 1966;57(80):3215-3223.
46. Kavadi SN. "Parasites Lost and Parasites Regained": Rockefeller Foundation's Anti-Hookworm Campaign in Madras Presidency. *Econ Polit Wkly*. 2007;42:130-137.
47. Birn AE, Solórzano A. Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s. *Soc Sci Med*. 1999;49(9):1197-1213.
48. Solorzano A. Sowing the seeds of neo-imperialism: the Rockefeller Foundation's yellow fever campaign in Mexico. *Int J Heal Serv*. 1992;22:529-554.
49. Gadelha P. Conforming strategies of public health campaigns to disease specificity and national contexts: Rockefeller Foundation's early campaigns against hookworm and malaria in Brazil. *Parassitologia*. 1998;40(1-2):159-175.
50. Packard RM, Gadehla P. A land filled with mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation, and the *anopheles gambiae* invasion of Brazil. *Med*

- Anthropol.* 1997;17(3):215-238.
51. Cueto M. A Failed Reform: The Rockefeller Foundation, Malaria and Public Health in Peru, 1940-1949; Una reforma fallida: la fundacion Rockefeller, la malaria y la salud publica en el Peru, 1940-1949. *Rev Peru Ciencias Soc.* 1990;2(2):9-29.
 52. Norrby E. Yellow fever and Max Theiler: the only Nobel Prize for a virus vaccine. *J Exp Med.* 2007;204(12):2779-2784.
 53. Hotez PJ, Bundy D a P, Beegle K, et al. Helminth Infections: Soil-transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis. *Dis Control Priorities Dev Ctries.* 2006:467-482.
 54. Hotez P. Hookworm and poverty. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:38-44.
 55. Bleakley H. Disease and Development: Evidence from Hookworm Eradication in the American South. *Q J Econ.* 2007;122(1):73-117.
 56. Fosdick, Blaine R. *The Story of the Rockefeller Foundation.* Transaction Publishers; 1989.
 57. Birn A-E, Fee E. The Rockefeller Foundation and the international health agenda. *Lancet.* 2013;381(9878):1618-1619.
 58. Birn A. Philanthrocapitalism , past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting (s) of the international/global health agenda. *Hypothesis.* 2014;12(1):1-27.
 59. Brown TM, Fee E. Ludwik Rajchman (1881-1965): world leader in social medicine and director of the League of Nations Health Organization. *Am J Public Health.* 2014;104(9):1638-1639.
 60. LNHO. "Report by Dr. A. Stampar on His Missions to China." *Q Bull Heal Organ.* 1936;5:1090-1126.
 61. Brown TM, Fee E. Cognitive Dissonance in the Early Thirties: The League of Nations Health Organization Confronts the Worldwide Economic Depression. *Am J Public Health.* 2015;105(1):65.
 62. Birn A-E. "No More Surprising Than a Broken Pitcher"? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau. *Can Bull Med Hist.* 2002;19(1):17-46.
 63. Reinisch J. "Auntie UNRRA" at the Crossroads. *Past Present.* 2013;218(suppl 8):70-97.
 64. Constitution of the World Health Organization. 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Accessed May 11, 2018.
 65. Cueto M, Brown T, Fee E. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Rev Ciencias Soc.* 2011;38 N° 69:130-159.
 66. Greene JA, Loscalzo J. Putting the Patient Back Together — Social Medicine,

- Network Medicine, and the Limits of Reductionism. *N Engl J Med*. 2017;377(25):2493-2499.
67. Marshall G. Opening address at the Fourth International Congress of Tropical Diseases and Malaria. In: *Fourth International Congress of Tropical Diseases and Malaria*. Washington DC; 1948.
 68. WHO. World Health Assembly. WHO. 2018. <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>. Accessed May 14, 2018.
 69. Amrith S. Political Culture of Health in India. *Econ Polit Wkly*. 2015;50(23):7-8.
 70. Logan J. Counteracting Communism through foreign assistance programs in public health. *Am J Public Health Nations Health*. 1955;45(8):1017-1021.
 71. Mastny V. The Soviet Union's Partnership with India. *J Cold War Stud*. 2010;12(3):50-90.
 72. Adams B, Martens J. Fit for whose purpose? Private funding and corporate influence in the United Nations. *Glob Policy Forum*. 2015.
 73. Vaughan JP, Mogedal S, Walt G, et al. WHO and the effects of extrabudgetary funds: is the Organization donor driven? *Health Policy Plan*. 1996;11(3):253-264.
 74. Kickbusch I. *Decentralisation and WHO Reform: A Broader Perspective.*; 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/184631/DECENTRALIZATION-AND-WHO-REFORM,-A-BROADER-PERSPECTIVE.pdf?ua=1. Accessed May 15, 2018.
 75. Siddiqi J. *World Health and World Politics : The World Health Organization and the UN System*. University of South Carolina Press; 1995.
 76. World Health Assembly. WHO. *Eighth World Health Assembly: Mexico, D.F., 10-27 May 1955: Resolutions and Decisions: Plenary Meetings: Verbatim Records: Committees: Minutes and Reports: Annexes.*; 1955. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85662>.
 77. Carter ED. Malaria control in the Tennessee Valley Authority: health, ecology, and metanarratives of development. *J Hist Geogr*. 2014;43:111-127.
 78. Livadas G, Malaria WEC on. Is it necessary to continue indefinitely DDT residual spraying programmes?: relevant observations made in Greece. 1952. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64195/1/WHO_Mal_79.pdf. Accessed May 15, 2018.
 79. Gómez-Dantés H, Birn A. Malaria and social movements in Mexico: the last 60 years. *Parassitologia*. 2000;42(1/2):69-86.
 80. Livadas AG, Georgopoulos G. Development of resistance to DDT by Anopheles Sacharovi in Greece. *Bull World Heal Organ*. 1953;8:497-511.
 81. Soper FL. "Hemisphere-Wide Malaria Eradication", *Statement to the Pan American Sanitary Bureau*. Washington DC; 1955.

82. Nájera JA, González-Silva M, Alonso PL. Some Lessons for the Future from the Global Malaria Eradication Programme (1955–1969). *PLoS Med.* 2011;8(1):e1000412.
83. Control I of M (US) C for the S on MP and, Stanley C. Oaks J, Mitchell VS, Pearson GW, Carpenter CCJ. Overview: Malaria: Obstacles and Opportunities. 1991.
84. Farid M. *The Malaria Programme - from Euphoria to Anarchy*. Vol 1.; 1980.
85. Packard RM. “No other logical choice”: global malaria eradication and the politics of international health in the post-war era. *Parassitologia.* 1998;40(1-2):217-229.
86. WHO. *Re-Examination of the Global Strategy of Malaria Eradication. A Report by the Director-General to the 22nd World Health Assembly.*; 1969.
87. Bellamy C. *The State of the Worlds Children* 1996. 1996.
88. WHO. The global eradication of smallpox. Final Report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication. *Hist Int Public Heal.* 1980;4.
89. Barquet N, Domingo P. Smallpox: The Triumph over the Most Terrible of the Ministers of Death. *Ann Intern Med.* 1997;127(8_Part_1):635.
90. Pead PJ. Benjamin Jesty: new light in the dawn of vaccination. *Lancet.* 2003;362(9401):2104-2109.
91. Riedel S. Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination. *BUMC Proc.* 2005;18:21-25.
92. Collier LH. The development of a stable smallpox vaccine. *J Hyg (Lond).* 1955;53(1):76-101.
93. Pattanayak S, Arora DD, Sehgal CL, Raghavan NG, Topa PK, Subrahmanyam YK. Comparative studies of smallpox vaccination by the bifurcated needle and rotary lancet techniques. *Bull World Health Organ.* 1970;42(2):305-310.
94. Henderson DA, Klepac P. Lessons from the eradication of smallpox: an interview with D. A. Henderson. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2013;368(1623):20130113.
95. Fenner F, Henderson D, Arita I, Jezek Z, History IL-, 1959 U. Development of the global smallpox eradication programme. *History.* 1959.
96. Deria A, Jezek Z, Markvart K, Carrasco P, Weisfeld J. The world’s last endemic case of smallpox: surveillance and containment measures. *Bull World Health Organ.* 1980;58(2):279-283.
97. Fenner, Frank Henderson, Donald A Arita, Isao Jezek, Zdenek Ladnyi ID. *Smallpox and Its Eradication*. Geneva: World Health Organization; 1988. <http://www.who.int/iris/handle/10665/39485>.
98. Ochmann S, Roser M. Polio. Published online at OurWorldInData.org.
99. Werner D, Bower B. Helping health workers learn: a book of methods, aids and

- ideas for instructors at the village level. *Help Heal Work Learn a B methods, aids ideas Instr village level*. 1984.
100. Rupperecht T. *Soviet Internationalism after Stalin: Interaction and Exchange between the USSR and Latin America during the Cold War*. Cambridge University Press; 2015.
 101. Williams M. *Third World Cooperation: The Group of 77 in UNCTAD*. 1991.
 102. Bennett FJ. Primary health care and developing countries. *Soc Sci Med*. 1979;13A(5):505-514.
 103. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. *Am J Public Health*. 2006;96(1):62-72.
 104. Uplekar M, Raviglione M. The vertical-horizontal debates: time for the pendulum to rest (in peace)? *Bull World Health Organ*. 2007.
 105. Greene JA. When did medicines become essential? *Bull World Health Organ*. 2010;88:483-483.
 106. WHO. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR.*; 1978.
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21369en/s21369en.pdf>. Accessed May 18, 2018.
 107. Warren KS. The evolution of selective primary health care. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):891-898.
 108. Truman H. Truman Inaugural Address, January 20, 1949.
https://www.trumanlibrary.org/whistlestop/50yr_archive/inagural20jan1949.htm. Published 1949. Accessed May 19, 2018.
 109. Prebisch R. The economic development of Latin America and its principal problems. *Econ Bull Lat Am*. 1962.
 110. Brunelli B. Structural Adjustment Programs and the Delivery of Health Care in the Third World. *Pell Sch Sr Theses*. 2007;16:1-29.
 111. Rapley J. *Understanding Development: Theory and Practice in the Third World*. Third. Lynne Rienner; 2007.
 112. Cornia G, Jolly R, Stewart F. Adjustment with a human face: Volume 2, Ten country case studies. 1988.
 113. Loewenson R. Structural Adjustment and Health Policy in Africa. *Int J Heal Serv*. 1993;23(4):717-730.
 114. Cliff J. Destabilisation, economic adjustment and the impact on women. *Pap Present ZcrV/UZ Econ Dep Work Struct Adjust Heal*. 1991.
 115. The World Bank. Zambia - Health Sector Support Project. October 1994:1.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/271511468335041882/Zambia-Health-Sector-Support-Project>. Accessed May 19, 2018.

116. Anyinam CA. The Social Costs of the International Monetary Fund's Adjustment Programs for Poverty: The Case of Health Care Development in Ghana. *Int J Heal Serv.* 1989;19(3):531-547.
117. Kentikelenis A, King L, McKee M, Stuckler D. The International Monetary Fund and the Ebola outbreak. *Lancet Glob Heal.* 2015;3:e69-e70.
118. Scott V, Crawford-Browne S, Sanders D. Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach. *BMC Public Health.* 2016;16(1):410.
119. Godlee F. WHO in retreat: is it losing its influence? *BMJ.* 1994;309(6967):1491-1495.
120. Starrels J. The World Health Organization: resisting Third World ideological pressures. 1985.
121. Walt G. WHO under stress: implications for health policy. *Health Policy.* 1993;24(2):125-144. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10126754>. Accessed May 19, 2018.
122. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. *Soc Sci Med.* 1988;26(9):903-906. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3388069>. Accessed May 19, 2018.
123. Lidén J. The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990. *Public Health.* 2014;128(2):141-147. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388640>. Accessed May 19, 2018.
124. Godlee F. The World Health Organisation. The regions - too much power, too little effect. *BMJ.* 1994;309(6968):1566-1570. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7819902>. Accessed May 19, 2018.
125. Ollila E. Global health priorities - priorities of the wealthy? *Global Health.* 2005;1(1):6.
126. Richter J. Public-private Partnerships for Health: A trend with no alternatives? *Development.* 2004;47(2):43-48.
127. Naciones Unidas. Miembros del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/es/sc/members/>. Published 2018. Accessed May 14, 2018.
128. Dreher A, Sturm J-E, Vreeland JR. Global horse trading: IMF loans for votes in the United Nations Security Council. *Eur Econ Rev.* 2009;53(7):742-757.
129. Slater LB. Malaria Chemotherapy and the "Kaleidoscopic" Organisation of Biomedical Research during World War II. *Ambix.* 2004;51(2):107-134.
130. Hopkins JW. The eradication of smallpox: organizational learning and innovation in international health administration. *J Dev Areas.* 1988;22(3):321-332.
131. McMichael P. *Development and Social Change : A Global Perspective.*; 2000.

9. FIGURAS

ANEXO 1

Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad.

El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la paz y la seguridad y depende de la cooperación más completa de las personas y los Estados.

El logro de cualquier Estado en la promoción y protección de la salud es valioso para todos.

El desarrollo desigual en diferentes países en la promoción de la salud y el control de las enfermedades, especialmente las enfermedades transmisibles, es un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia básica; la capacidad de vivir armoniosamente en un entorno total cambiante es esencial para dicho desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios del conocimiento médico, psicológico y relacionado es esencial para el logro más completo de la salud.

La opinión informada y la cooperación activa del público son de la mayor importancia en la mejora de la salud de las personas.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos, lo que solo puede lograrse mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Fuente: OMS⁶⁴

ANEXO 2

Etapas de la actividad sanitaria internacional

- Reunión y saludos, 1851-1902: incipientes encuentros y acuerdos sobre la necesidad de compartir información de brotes epidémicos y reforzar la cuarentena durante el periodo imperialista.
- Creación institucional, 1902-1939: establecimiento de las primeras agencias internacionales de salud; firma de tratados sanitarios; naciente educación/investigación internacional sanitaria; campañas de control de enfermedades.
- Burocratización y profesionalización, 1946-1970: fundación de organizaciones de salud permanentes; gran formación de personal; campañas globales de control de enfermedades en el contexto de la Guerra Fría.
- Éxito reñido, 1970-1985: campañas verticales (p.ej. viruela) contra esfuerzos sociales y sanitarios horizontales (p.ej. atención primaria).
- Evidencia y evaluación, 1985-presente: exigencia de intervenciones con éxitos medibles y “basadas en la evidencia”; refuerzo de iniciativas técnicas y coste-efectivas; renovación del paradigma de lucha por la justicia social, infraestructura adecuada y derechos humanos.

Fuente: *Textbook of Global Health*^{38(p53)}

ANEXO 3

Indicadores	Estado de Kerala	India
Esperanza de vida al nacer (2011)	76	67
Tasa de mortalidad infantil (2013)	12/1000	42/1000
Tasa de mortalidad materna (2013)	66/100.000	178/100.000
Tasa de alfabetización femenina (2011)	92%	65%
Índice de Desarrollo Humano (2011)	0.625	0.504
Producto Interior Bruto per cápita (2012)	1400\$	1400\$

Fuente: Textbook of Global Health^{38(p582)}

10. AGRADECIMIENTOS

Las motivaciones que me condujeron a realizar este trabajo son el fruto de muchas enseñanzas por parte de la gente que me rodea. La burbuja de confort y el individualismo en el que nos situamos en nuestro tiempo propician que desviemos la mirada de las desigualdades inherentes al sistema. Por ello quiero agradecer a mi madre y a mi padre el espíritu de justicia social que me han intentado transmitir siempre, sin el cual este proyecto habría sido muy distinto.

La fortuna de encontrar en la Universidad personas comprometidas y luchadoras ha generado una bonita red de concienciación que me ha permitido seguir informado y ligado a este tipo de actividades durante la carrera. Sobre todo, gracias a Luis y gracias a Anatolio, futuro autor de la Parte II, por haberme acompañado y ayudado tanto.

Siendo este uno de los pocos espacios públicos para realizar agradecimientos formales, quiero reconoceros vuestro papel en esta historia; Adriana, Mario y Paula.

Espero haber podido aportar mi granito de arena para que más compañeros tomen conciencia de la situación y que “salud para todos” pronto sea algo más que un eslogan.