

LA COLABORACIÓN SANITARIA INTERNACIONAL: REFLEXIONES Y PROPUESTAS DESDE LA HISTORIA

Alfredo Menéndez Navarro
Profesor Titular de Historia de la Ciencia
Departamento de Historia de la Ciencia,
Universidad de Granada

Introducción: historia de la salud pública y toma de decisiones

El historiador de la medicina norteamericano Allan Brandt refiere en un reciente ensayo sobre el valor del análisis histórico para la acción política una anécdota con la que podríamos identificarnos buena parte de los miembros de nuestra comunidad académica. Finalizada la defensa de su tesis doctoral, dedicada al estudio de las campañas de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual en EEUU, uno de los miembros del tribunal le preguntó a bocajarro para su sorpresa y desconcierto cómo abordaría el problema en nuestros días¹. No creo equivocarme si afirmo que una de las motivaciones que nos animó y sigue alentado nuestro quehacer historiográfico es proporcionar, a través del análisis del pasado, acercamientos novedosos a la interpretación del presente. No obstante, en pocas ocasiones logramos que nuestras aportaciones traspasen los límites del mundo académico y alcancen los ámbitos en que se adoptan las políticas sanitarias.

En los últimos años han proliferado las reflexiones, a demanda o confeccionadas *motu proprio*, sobre la utilidad de la historia para informar la toma de decisiones en el campo de la salud pública. Entre otras, se han des-

¹ BRANDT, A. M. (2004), "From Analysis to Advocacy. Crossing Boundaries as a Historian of Public Health", En HUISMAN, F., y WARNER, J. H. (eds.), *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*, Baltimore, The John Hopkins University Press, pp. 460-484, esp. p. 460.

tacado las ventajas que ofrece la contextualización histórica de los problemas de salud, cómo la posibilidad de situarlos en una perspectiva temporal amplia y el estímulo a la reflexión crítica sobre los efectos de las medidas sanitarias contribuyen a evidenciar las limitaciones del actual modelo reduccionista de abordaje del riesgo y permiten recuperar para el debate social y la práctica sanitaria el peso de la pluralidad de determinantes sociales, culturales, políticos y económicos de los estados de salud y enfermedad². Junto a la existencia de reflexiones tan persuasivas, la consolidación de una notable comunidad profesional y un creciente corpus de investigaciones en torno a la historia de la salud pública, su ocasional incardinación institucional en departamentos de salud pública o en grupos de trabajo interdisciplinares, permiten abrigar perspectivas más que halagüeñas para materializar con éxito la empresa. No formo parte de uno de esos nichos institucionales que en nuestro medio se acercan al *desideratum* expuesto, entre otras, por Virginia Berridge de “historia en la salud pública”³, y sería interesante conocer las impresiones de quienes disfrutaran de dicha instalación. Mi sensación, que trabajo en un departamento que tiene en la historia de la salud pública española una de sus líneas de investigación prioritarias y más consolidadas, que dista apenas cincuenta metros del departamento de salud pública de nuestra universidad y no más de dos kilómetros del principal centro de referencia y formación de expertos en salud pública y gestores sanitarios de mi comunidad autónoma, la Escuela Andaluza de Salud Pública, mi sensación —como les decía— es que esas reflexiones pragmáticas no llegan a sus destinatarios.

La gravedad de los retos que asumen las sociedades contemporáneas y que afectan severamente a las desigualdades en salud agrega mayor desazón al desencuentro. Los diversos procesos de globalización, en particular la globalización económica y la de la inseguridad, han acrecentado los desafíos que han inspirado tradicionalmente las agendas de los organismos internacionales de colaboración sanitaria. Por citar algunos de los más trascendentes: los grandes problemas de salud pública ligados a la pobreza extrema, el incremento de la vulnerabilidad de las poblaciones a los riesgos sanitarios globales, el aumento de la exclusión so-

² PERDIGUERO, E.; BERNABEU, J.; HUERTAS, R., y RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2001), “History of health, a valuable tool in public health”, *Journal of Epidemiology Community Health*, 55, pp. 667-673.

³ BERRIDGE, V. (1999), “History in Public Health: a New Development for History?”, *Hygiea Internationalis*, 1 (1), pp. 23-35.

cial con sus respectivos sesgos de género y étnicos, el desequilibrio demográfico, el deterioro de las condiciones medioambientales, o el creciente condicionamiento de la agendas de investigación sanitaria y prioridades de intervención por los intereses de las corporaciones multinacionales⁴.

Retos que han de asumirse en el contexto del *nuevo orden mundial* nacido en los años noventa, en el que paradójicamente se cuestiona el multilateralismo y se deslegitiman los organismos internacionales a la vez que se evidencian las insuficiencias de los Estados para paliar eficazmente los efectos perversos del nuevo sistema de relaciones económicas, políticas, sociales y culturales⁵. Las organizaciones no gubernamentales y los grupos e individuos que conforman la sociedad civil global están cumpliendo un importante papel en la denuncia de esas crecientes iniquidades sociales. Iniciativas como el Foro Social Mundial⁶ o como *El Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos*, que acaba de celebrar en Cuenca, Ecuador, su segunda asamblea⁷, generan lecturas alternativas que denuncian con toda crudeza las implicaciones del neoliberalismo para la salud de la población mundial, a la vez que cuestionan la connivencia y las carencias que aquejan a las agencias internacionales.

La propia OMS ha experimentado desde los años ochenta una importante crisis de legitimidad y progresiva pérdida de liderazgo, lo que ha reforzado su dimensión de agencia experta de asesoramiento. El estancamiento de los fondos ordinarios ha menoscabado la capacidad de influencia democrática de los países pobres y en vías de desarrollo sobre la orientación y gestión de los programas internacionales de salud⁸. Por su parte, el incremento de los recursos extrapresupuestarios donados por diversas organizaciones, con el Banco Mundial a la cabeza, han favorecido el florecimiento de programas no siempre acordes con las actividades regulares de

⁴ BARONA VILAR, J. L. (2004), *Salud, tecnología y saber médico*, Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, pp. 235-241, proporciona una lista ampliada de dichos retos.

⁵ HABERMAS, J.; HELD, D., y KYMLICKA, W. (2005), "Declaración de Granada sobre la globalización", *El País*, 6 de junio, p. 14.

⁶ <<http://www.forumsocialmundial.org.br/>> [consultado el 7 de febrero de 2006].

⁷ La asamblea se celebró entre el 17 y el 22 de julio de 2005. La declaración adoptada y el desarrollo de sus actividades puede consultarse en <<http://phmovement.org/pha2/es/index.php>> [consultada el 7 de febrero de 2006].

⁸ BROWN, T. M.; CUETO, M., y FEE, E. (2006), "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health", *American Journal of Public Health*, 96 (1), pp. 62-72.

la agencia y cuyo mantenimiento depende del grado de satisfacción de los donantes⁹.

La realidad diaria cuestiona, así mismo, la confianza del discurso experto en la visión progresiva de los saberes y prácticas de la salud internacional. El recurso a medidas aislacionistas y defensivas duras como forma de reacción ante nuevas crisis epidémicas internacionales por parte de las autoridades sanitarias locales, nacionales o de la propia OMS generan cuando menos desasosiego. Quizá nuestra atenuada capacidad de sorpresa se viese ligeramente alterada por algunas de las medidas adoptadas en China en la primavera de 2003 con motivo de la epidemia de “neumonía asiática”: instauración de estrictos “cordones sanitarios” en torno a hospitales en Pekín¹⁰, creación de barricadas en poblaciones cercanas a esta ciudad¹¹ o la amenaza de pena de muerte a quien propagase deliberadamente la enfermedad¹². A fin de cuentas, la tesis de Ackerknecht sobre la determinación política de las estrategias de lucha contra las enfermedades epidémicas, sigue ligando en nuestro imaginario historiográfico las medidas cuarentenarias al autoritarismo político¹³. Sin duda, mayor perturbación nos causó la alerta mundial decretada por la OMS y que su recomendación de no viajar a zonas afectadas incluyera a una gran urbe del “primer mundo” como Toronto, provocando su exclusión temporal de los circuitos turísticos¹⁴. Dicha sorpresa responde, probablemente, no sólo al cuestionamiento de la escasa efectividad de estas medidas en el pasado sino también por su desafío a nuestra complaciente aceptación del doble rasero que emplean los gobiernos y los organismos internacionales

⁹ RUGER, J. P. (2005), “The Changing Role of the World Bank in Global Health”, *American Journal of Public Health*, 95 (1), pp. 60-70.

¹⁰ REINOSO, J. (2003), “Pekín pone en cuarentena a 4.000 personas y aísla otro gran hospital”, *El País (edición Andalucía)*, 26 de abril, p. 30.

¹¹ REINOSO, J. (2003), “Las murallas chinas contra la neumonía”, *El País (edición Andalucía)*, 4 de mayo, p. 29.

¹² REINOSO, J. (2003), “China amenaza con ejecutar a quien propague deliberadamente la neumonía”, *El País (edición Andalucía)*, 6 de mayo, p. 31.

¹³ ACKERKNECHT, E. H. (1948), “Anticontagionism between 1821 and 1867”, *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (5), pp. 562-593. Una documentado cuestionamiento de los planteamientos dicotómicos que han informado buena parte de los análisis históricos de las estrategias nacionales de lucha frente a los riesgos epidémicos en la Europa contemporánea puede encontrarse en BALDWIN, P. (1999), *Contagion and the State in Europe 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press.

¹⁴ MÉNDEZ, R. (2003), “La OMS dice que aún es posible controlar la neumonía asiática”, *El País*, 26 de abril, p. 30.

en la intensidad de las medidas aislacionistas según la procedencia de la amenaza¹⁵.

La elección del enfoque

Parecen, pues, que sobran los argumentos para reivindicar la necesidad de explorar de qué forma la práctica de la colaboración sanitaria internacional puede beneficiarse de la labor crítica y reflexiva proporcionada por las ciencias sociales y humanas. Procede en primer lugar aclarar que he circunscrito mi análisis a algunos de los actores que han operado y operan en el escenario de la salud internacional, en particular a las agencias supranacionales de inspiración internacionalista fundadas en la primera mitad del siglo xx. Agencias que de forma compleja y con variaciones en el tiempo y el espacio desempeñaron prácticas de calado y significado distinto que van desde la defensa frente a la importación de epidemias a los intentos de erradicación, pasando por la promoción de la salud o por la asistencia en caso de hambruna o crisis sanitarias. Y organizaciones que articularon su praxis en torno a los saberes y expertos médicos y salubristas.

De entre las posibles formas de abordar el encargo recibido de los organizadores del congreso opté por el que entendí más coherente con mi trayectoria académica, intentando aunar las reflexiones que me proporcionan mis trabajos en la historia del internacionalismo científico y en ciertas parcelas de la historia de la salud pública. Mi incorporación al tema del internacionalismo científico se produjo en el contexto de los diversos proyectos de investigación liderados desde comienzos de los años noventa por Guillermo Olagüe, centrados en la historia de la documentación científica¹⁶. El

¹⁵ AGINAM, O. (2004), "Between Isolationism and Mutual Vulnerability: A South-North Perspective on Global Governance of Epidemics in an Age of Globalization", *Temple Law Review*, 77 (2), pp. 297-312. Este artículo forma parte de un sugerente monográfico publicado a partir de las contribuciones realizadas en el Simposio "SARS, Public Health, and Global Governance" (Filadelfia, marzo de 2004). Los trabajos que componen el monográfico están disponibles a texto completo en <<http://www.temple.edu/iilpp/PubsSARS.htm>> (consultada el 21 de febrero de 2006).

¹⁶ Se trata de 3 proyectos cuya vigencia se ha extendido desde 1993 a 2002 y titulados, respectivamente, "La contribución francesa al desarrollo del movimiento documental europeo del principios del siglo xx", "El internacionalismo científico y Latinoamérica: La participación de México, Argentina y Chile en el movimiento documental europeo del principios del siglo xx", y "Hacia una ciencia de habla española: las relaciones científicas hispanoamericanas y el impacto del panamericanismo (1892-1936)".

internacionalismo científico era por entonces un campo bastante poco explorado que empezó a recibir creciente atención historiográfica en los años ochenta en el contexto de la reflexión sobre las relaciones ciencia-expansión colonial europea¹⁷. Nuestro acercamiento fue especialmente deudor de los trabajos de Elisabeth Crawford¹⁸ y de Brigitte Schroeder-Gudehus¹⁹. En ellos se planteaba la naturaleza histórica de los conceptos de universalismo e internacionalismo científico, así como las tensiones inherentes a la colaboración científica internacional desarrollada en el período contemporáneo. Otro puntal importante fue nuestra familiarización con las diferentes refutaciones de las tesis difusionistas de George Basalla, hasta ese momento la explicación dominante de los procesos de difusión internacional de la ciencia moderna occidental²⁰. El cuestionamiento de las periferias como receptores pasivos de los desarrollos de la ciencia moderna generada en las instituciones académicas de las potencias occidentales, nos llevó a explorar de forma especial la participación de los países periféricos, entendidos como consumidores de ciencia.

En un primer estadio, nuestro trabajo se centró en explorar las bases sociales y científicas del movimiento internacionalista. La expansión sin precedentes de la actividad científica y su profesionalización, aderezada con la defensa del carácter universal del método científico de inspiración positivista, permitió la consolidación a lo largo del siglo XIX de una “cultura transnacional en los laboratorios”²¹. La necesidad de garantizar el intercambio de resultados y de compartir técnicas e instrumentación como base

¹⁷ Dos trabajos clave en esta línea, resultado de sendos congresos internacionales celebrados en 1990 y 1991, respectivamente, son PETITJEAN, P.; JAMI, C., y MOULIN, A. M. (eds.) (1992), *Science and Empires. Historical Studies about Scientific Development and European Expansion*, Dordrecht-Boston-London, Kluwer Academic Publishers [Boston Studies in the Philosophy of Science, Volume 136]; LAFUENTE, A.; ELENA, A., y ORTEGA, M. L. (eds.) (1993), *Mundialización de la ciencia y la cultura nacional. Actas del Congreso Internacional “Ciencia, descubrimiento y mundo colonial”*, Madrid, Doce Calles.

¹⁸ Particularmente de su trabajo CRAWFORD, E. (1990), “The Universe of International Science”, 1880-1939, en FRÄNGSMYR, T. (ed.), *Solomon's house revisited. The Organization and Institutionalization of Science*, Canton, Science History Publications, pp. 251-269. Existe versión castellana: CRAWFORD, E. (1996), “El universo de la ciencia internacional”, 1880-1939, *Zona Abierta*, 75/76, pp. 191-212.

¹⁹ SCHROEDER-GUDEHUS, B. (1990), “Nationalism and Internationalism”, en OLBY, R. C.; CANTOR, G. N.; CHRISTIE, J. R., y HODGE, M. J. (eds.), *Companion of the History of Modern Science*, London, Routledge, pp. 909-919.

²⁰ CHAMBERS, D. W. (1993), “Locality and science: myths of centre and periphery”, en LAFUENTE, A.; ELENA, A., y ORTEGA, M. L. (eds.), pp. 605-617.

²¹ CRAWFORD (1996), p. 202.

del desarrollo de las propias disciplinas científicas, exigió de una activa colaboración internacional en los procesos de estandarización de nomenclaturas, métodos y unidades, así como en la creación de instrumentos documentales²². Los congresos internacionales, las convenciones y las asociaciones supranacionales fueron los principales medios empleados a tal fin²³. Todas estas iniciativas de corte supranacional, de las que fue partícipe la medicina, —crecientemente fundamentada sobre las ciencias de laboratorio—, no escaparon a las tensiones creadas por intereses económicos, políticos y sociales de orden nacional, vinculados al nacionalismo político, al dominio colonial o a la supremacía que en términos de poder otorgaba el complejo ciencia-tecnología.

En una segunda fase, tras identificar los principales núcleos europeos en los que se abordaron cuestiones documentales, exploramos la participación de ciertos países periféricos en los diferentes proyectos documentales. El análisis detallado de los condicionantes sociopolíticos y culturales que mediatizaron en cada caso la incorporación alumbró una perspectiva más rica en nuestra concepción del internacionalismo. En primer lugar por la evidente refutación del carácter unidireccional de la difusión de los saberes científicos. En segundo lugar, y de forma especialmente llamativa, por la diversidad de intereses perseguidos por los agentes locales que participaron en dichos proyectos. Junto a los esfuerzos por consolidar la actividad y prestigio de las comunidades científicas nacionales, nos llamó la atención su vinculación con los procesos de construcción de las respectivas identidades nacionales y su empleo como instrumentos de cohesión social²⁴.

²² OLAGÜE DE ROS, G.; MENÉNDEZ NAVARRO, A.; MEDINA DOMÉNECH, R. M.^a, y ASTRAIN GALLART, M. (1997), “Internacionalismo y ciencia. Las bases sociocientíficas del movimiento documental europeo”. *Dynamis*, 17, pp. 317-340.

²³ RASMUSSEN, A. (1990), “Jalons pour une histoire des congrès internationaux au XIX^e siècle: régulation scientifique et propagande intellectuelle”, *Relations internationales*, 62, pp. 115-133; SCHROEDER-GUDEHUS, B. (1990b), “Les congrès scientifiques et la politique de coopération internationale des académies des sciences”, *Relations internationales*, 62, pp. 135-148.

²⁴ Además del caso español, hemos prestado atención a Chile, México y Argentina, respectivamente, en nuestros trabajos OLAGÜE DE ROS, G.; MENÉNDEZ NAVARRO, A., y ASTRAIN GALLART, M. (1998), “Internacionalismo científico y Latinoamérica. La participación de Chile en los proyectos documentales europeos contemporáneos”, *Cronos. Revista Valenciana de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1 (1), pp. 85-111; ASTRAIN GALLART, M.; OLAGÜE DE ROS, G., y MENÉNDEZ NAVARRO, A. (2001), “Ciencia y documentación científica en la periferia. La *Royal Society* y la creación de la Oficina Bibliográfica mexicana” (1895-1929), *Asclepio*, 53 (1), pp. 295-312; MENÉNDEZ NAVARRO, A.; OLAGÜE DE ROS, G., y ASTRAIN GALLART, M. (2002), “Ciencia, positivismo e identidad nacional en el Cono Sur: La participación argentina en los proyectos documentales contemporáneos” (1895-1928), *Hispania*, 62 (1), núm. 210, pp. 221-258.

En 1998, con motivo de la preparación del proyecto docente para optar a una plaza de profesor permanente en la Universidad de Granada, empleé este equipaje historiográfico trasvasándolo sin demasiados remilgos al ámbito de la colaboración sanitaria para confeccionar el tema de mi segundo ejercicio, con el título “Internacionalismo y medicina: de las conferencias sanitarias internacionales a la Organización Mundial de la Salud”. En aquella ocasión, y entretejiendo los desarrollos de la colaboración sanitaria en la urdimbre internacionalista, reproduje la visión canónica de la salud internacional contemporánea siguiendo una secuencia cronológica y conceptual en tres escenarios: la diplomacia sanitaria internacional decimonónica de corte defensivo, el internacionalismo sanitario del período de entreguerras y la colaboración sanitaria para el desarrollo de la segunda mitad del siglo XX²⁵.

Cuando recibí el encargo para esta ponencia, confié en la solidez de aquel ejercicio, en la posibilidad de emplearlo como armazón, como la arboladura en la que envergar nuevas lecturas y ceñir rumbo a iluminar cuestiones más actuales. Lamentablemente, y lo digo no sin cierta amargura, aquel texto no aguantó más allá de un par de lecturas autocomplacientes. En primer lugar porque no lograba desembarazarme de la sensación de estar contribuyendo a perpetuar una cierta idealización historiográfica en la que el recorrido contemporáneo de la colaboración sanitaria internacional se asemeja bastante a una secuencia de progreso ligada a la creciente gestión experta. Una secuencia, además, en la que los diversos conceptos y prácticas analizados, aún reconociendo una matriz social e histórica, se sucedían con la lógica que proporciona el desarrollo científico-técnico. La marcha progresiva de este proceso correría paralela a la conversión del laboratorio en la fuente de conocimiento médico, al logro del consenso científico ante el desvelamiento de la causalidad parasitológica o bacteriana de los grandes riesgos epidémicos y del papel de los insectos vectores y a los procesos de estandarización internacional de conocimientos y prácticas de la salud pública, y en consecuencia, a la consolidación de sus profesionales y la gestión experta de la política sanitaria internacional.

²⁵ En aquella ocasión fueron determinantes la lectura de la obra de HOWARD-JONES, N. (1975), *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, Geneva, World Health Organization; el trabajo de ROEMER, M. I. (1993), “Internationalism in Medicine and Public Health”, en BYNUM, W. F., y PORTER, R. (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London-New York, Routledge, 1993, vol. 2, pp. 1417-1435; y algunos de los trabajos incluidos en la magnífica compilación de WEINDLING, P. (ed.) (1995), *International health organisations and movements, 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press.

Un segundo “reproche” residía en la consideración que había otorgado al internacionalismo sanitario como variable independiente de las prácticas médicas y salubristas en el entorno colonial, a pesar de la coexistencia de ambos procesos en la mayor parte del período estudiado. De hecho circunscribí la existencia de un sesgo eurocéntrico en la colaboración al primero de los escenarios, a la diplomacia sanitaria internacional desarrollada antes de la Primera Guerra Mundial. Dicho sesgo afectaba en primer lugar a la forma en que fueron definidos los riesgos —señalando su procedencia exótica—. Y en segundo lugar a la manera en que se definieron las prioridades y métodos de intervención. Es decir, en la defensa de las poblaciones y mercancías metropolitanas mediante la dulcificación de las medidas cuarentenarias en los puertos y fronteras europeas y norteamericanas y el traslado de las medidas más drásticas de incomunicación a los extremos “orientales” o “sureños” de sus territorios de influencia o bien a la vigilancia *in situ* en sus propias colonias²⁶. Por el contrario, el traslado de la atención a la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones europeas afectadas por la Gran Guerra mediante el llamado giro social y el impulso a la construcción de los estados del bienestar, el desarrollo de campañas en países soberanos y con la aquiescencia de las administraciones locales o el posterior proceso de descolonización y la consecuente redefinición de las agendas en el seno de los organismos internacionales tras la Segunda Guerra Mundial, despejaban cualquier atisbo de etnocentrismo en épocas posteriores.

Por último, las poblaciones tanto metropolitanas como coloniales que habían sido objeto de las intervenciones sanitarias, no habían merecido mi atención. Mi predilección por un relato eminentemente institucional y profesional acababa de desposeerles de toda agencia en esta historia. A mayor abundamiento, y para acabar de rematar la faena, advertí que ello proporcionaba a mi relato una visión difusionista de los desarrollos de la salud pública internacional, una de las bestias negras que parecía bien entrenado para refutar.

No sé si será efecto del centenario y veo gigantes donde sólo hay molinos, pero no les oculto el abatimiento que estos hallazgos me provocaron. Tanto por la ingenuidad con la que me parecía haber confeccionado mi

²⁶ El propio HOWARD-JONES (1975) reitera, en la que sigue siendo obra de referencia obligada para el estudio de las Conferencias Sanitarias Internacionales, la raigambre etnocéntrica de las medidas desarrolladas.

tema de oposición, como por la perspectiva de unos meses de trabajo intenso para completar una tarea que ahora se presentaba mucho más ardua. Les cuento esto porque soy incapaz de ocultarles cuáles han sido los desencadenantes de mi particular enfoque. Finalmente opté por abordar este problema como una especie de “examen de conciencia” historiográfica. Algo así como una inmersión en mi imaginario historiográfico en un intento de reconocer cuáles fueron “mis falsos amigos”, es decir, las influencias que contribuyeron a forjar mi particular representación de los problemas de salud internacional, cuáles las lecturas que han perturbado esa mirada y la han transformado, y en qué medida el reconocimiento de ese cambio me ha permitido repensar el presente de la colaboración sanitaria internacional.

Les adelanto que buena parte de la responsabilidad de ese proceso de extrañamiento y cambio apela a la importancia del “lugar” en la construcción del conocimiento. En este caso, en mi cercanía personal a Esteban Rodríguez Ocaña, de cuyo magisterio sobre la historia de la salud pública uno puede beneficiarse a demanda o por mera ósmosis, y a Rosa Medina Doménech, que gracias entre otras a su familiaridad con los estudios post-coloniales ha cultivado mi intuición para pensar la realidad desde la perspectiva de los otros. Vaya por delante mi reconocimiento por sus valiosas aportaciones. Es preciso aclarar, también, que algunas de esas aportaciones y otras muchas que han ido nutriendo mi imaginario no reconocen un origen puntual en una lectura sugerida, sino que han sido incorporadas como producto de conversaciones, préstamos de ideas y no pocos ejercicios de intuición. Les aclaro este extremo porque en el momento de anotar el texto con vistas a su publicación me he visto en el dilema de “blindarlo” con la inclusión de una abundante bibliografía a la que, he de reconocer, en ocasiones sólo he tenido acceso a través de referencias indirectas. O bien asumir la heterogeneidad de procedencias y las formas heterodoxas en las que con frecuencia incorporamos las ideas ajenas a nuestra manera de pensar el pasado.

Viejas y nuevas miradas historiográficas a la salud internacional

Voy, pues, a construir un pequeño artefacto que tiene como víctima propiciatoria la historiografía consagrada a la colaboración sanitaria internacional que me permita simplificar esta exposición. Para ello hablaré de una historiografía tradicional, de carácter fundamentalmente contributivo,

que ha servido para retroalimentar buena parte de los principios que informan la cultura experta y la praxis de la salud pública internacional. Se trata de una historiografía surgida en el período de entreguerras, coetánea a la fundación en el primer cuarto de siglo de las primeras agencias internacionales con personal permanente: la Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller, la Oficina Internacional del Trabajo, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja o la Organización Sanitaria de la Liga de Naciones. La mayor parte de los estudios fueron y siguen siendo confeccionados por colaboradores o miembros de estas agencias, con el recurso fundamental a sus propias fuentes²⁷. Se trata de un género que se benefició de los logros de la biomedicina y de la práctica salubrista internacional en los años inmediatamente posteriores a la 2.^a Guerra Mundial en los que la salud pública apareció como victoriosa en la consecución de importantes reducciones de la mortalidad en el mundo occidental y la biomedicina parecía haber derrotado la amenaza de las enfermedades epidémicas. La creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948 y su conversión en líder indiscutible de la salud internacional, gracias a la absorción de las labores y/o de la filosofía de las agencias de entreguerras, colmaron las mejores expectativas. Algo que tuvo su correlato en las narrativas de progreso que confeccionaron protagonistas claves en la constitu-

²⁷ Esta reflexión está presente en la introducción de la compilación de WEINDLING (ed.) (1995), p. 2, que se refiere a ellos como la “generación heroica”. Allí se proporciona una primera lista de obras que he ampliado, si bien a algunas de ellas no he tenido acceso. Sin ánimo de exclusividad, y siguiendo un orden cronológico, destacaría textos como los de LACAISSE, R. (1926), *L'Hygiène internationale et la Société des Nations*, Paris, Editions du “Mouvement Sanitaire”; LEAGUE OF NATIONS (1931), *Ten Years of World Co-operation*, London, Hazell, Watson & Viney; BLANKENSTEIN, H. van (1934), *L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*, Purmerend, J. Musses; MOLL, A. A. (1948), *The Pan American Sanitary Bureau: Its Origin, Development and Achievements (1902-1944)*, Washington D. C., Pan American Sanitary Bureau; GOODMAN, N. M. (1952), *International Health Organizations and Their Work*, London; Churchill (2.^a ed., 1971); PAZ SOLDÁN, C. E. (1954-1961), *La solidaridad de las Américas ante la salud: un testimonio personal*, 3 vols, Lima, Instituto de Medicina Social, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; BUSTAMANTE, M. E. (1955), *The Pan American Sanitary Bureau: Half a Century of Health Activities*, Washington D.C., Pan American Sanitary Bureau; WILLIAMS, G. (1969), *The Plague Killers*, New York, Charles Scribner's Sons; HOWARD-JONES, N. (1975); ACUÑA, H. R. (1983), *Hacia el año 2000: en busca de la salud para todos en las Américas*, Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud; HOWARD-JONES, N. (1981), *The Pan American Health Organization. Origins and Evolution*, Geneva, World Health Organization; HOWARD-JONES, N. (1987), *International Public Health between the Two World Wars. The Organizational Problems*, Geneva, World Health Organization.

ción de la nueva agencia o historiadores ligados al programa de historia social de la medicina que fructificó en Estados Unidos en las postrimerías del período de entreguerras. Si para René Sand o George Rosen, el conocimiento históricamente situado permitía superar la concepción biológica de la salud y la enfermedad redimensionándolas como procesos sociales, ello no era óbice para otorgar a la medicina y, especialmente a los profesionales de la salud pública, la consideración de agentes de progreso social²⁸. Este género de abordaje contributivo, convenientemente actualizado, sigue manteniendo cierta pujanza en nuestros días en los círculos profesionales salubristas²⁹.

En segundo lugar, me referiré a una visión historiográfica renovada, tributaria fundamentalmente de los desarrollos de la historia social de la medicina. No voy a detenerme en desgranar cuáles han sido los principales aportes teóricos, ni los cambios metodológicos y de objetos de estudio que ha implicado dicha renovación. Sí me permitiré destacar que algunas de las contribuciones que han mostrado mayor fertilidad en el terreno que nos ocupa derivan del constructivismo social y su atención a los elementos moduladores de la enfermedad como entidad intelectual³⁰; del análisis de las prácticas discursivas de la medicina desde la perspectiva foucaultiana y su reconceptualización del poder biomédico, y de la sociología del conocimiento y su atención a la constitución de saberes y prácticas, que como la medicina tropical, han sustentado la expansión colonial europea³¹. Un conjunto de abordajes que han fructificado con envidiable pujanza desde comienzos de los años noventa hasta nuestros días. A ellos debemos unir,

²⁸ PORTER, D. (1999), "History in Public Health: Current Themes and Approaches", *Hygiea Internationalis*, 1 (1), pp. 9-21, esp. p. 9.

²⁹ La caracterización de esta producción no resulta tan sencilla ya que muchos de los acercamientos incorporan miradas histórico-sociales. Con matices podríamos citar casos como GÓMEZ-DANTÉS, O., KHOSHNOOD, B. (1991), "La evolución de la salud internacional en el siglo XX", *Salud Pública de México*, 33 (4), pp. 314-329; BASCH, P. F. (1991), "A Historical Perspective on International Health". *Infectious Disease Clinics of North America*, 5 (2), pp. 183-196; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992), *Pro salute Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington D. C., OPS; ROEMER (1993), pp. 1417-1435; BANTA, J. E. (2001), "From International Health to Global Health", *Journal of Community Health*, 26 (2), pp. 73-76.

³⁰ JORDANOVA, L. J. (1995), "The Social Construction of Medical Knowledge", *Social History of Medicine*, 8, pp. 361-381.

³¹ ANDERSON, W. (2004), "Postcolonial Histories of Medicine", en HUISMAN, F., y WARNER J. H. (eds.), *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*, Baltimore, The John Hopkins University Press, pp. 285-306.

lógicamente, los desarrollos de la historia sobre el internacionalismo científico a los que antes me refería y su problematización de las relaciones centro-periferia.

Algunos de estos aportes juntos a otros procedentes de la teorización de la narrativa histórica y de la antropología han cristalizado en el campo multidisciplinar de los estudios postcoloniales. Les remito a la magnífica síntesis recientemente publicada por Rosa Medina, que muestra las virtuales que para nuestra disciplina implica la conversión del colonialismo en categoría de análisis de las sociedades contemporáneas³². Aunque el mayor impacto hasta la fecha ha tenido lugar en la historiografía de la medicina colonial, entiendo que algunos de sus desarrollos pueden ser de gran utilidad en el terreno de la salud internacional. En particular para desvelar las diversas narrativas que han empleado y emplean las agencias internacionales y otros agentes y actores que operan en la escena internacional para conceptuar las desigualdades en salud o las crisis humanitarias. Unas narrativas que no sólo hacen entendibles dichas situaciones, sino que además permiten justificar y legitimar sus particulares estrategias de abordaje del problema.

¿Cuáles son a mi juicio las principales características de las representaciones y narrativas sustentadas por la historiografía tradicional? Un primer rasgo llamativo de estas narrativas tradicionales es su incardinación en el proceso de construcción identitaria del nuevo profesionalismo médico y salubrista desarrollado al amparo del nacimiento de los sistemas de previsión y estados del bienestar. Se trata de una producción orientada a una audiencia profesional y con marcada vocación legitimadora. Creo que es lícito pensar que las representaciones generadas por estas narrativas han contribuido y contribuyen a modular la identidad, los discursos y las prácticas profesionales, de forma similar a como los valores de la cultura profesional condicionan su mirada al pasado. Entre los valores profesionales de este colectivo destaca su identidad internacionalista. No se trata únicamente de los valores internacionalistas y humanistas reivindicados por los médicos de la época amparados en la universalidad del conocimiento cien-

³² MEDINA DOMÉNECH, R. M.^a (2005), *La historia de la medicina en el siglo XXI. Una visión poscolonial*, Granada, Editorial Universidad de Granada. La lectura de este trabajo, que he conocido en sus versiones previas, y los frecuentes intercambios de opiniones con su autora —con la que he compartido responsabilidades docentes en diversas asignaturas que incluían entre otros objetos de reflexión el internacionalismo sanitario y el colonialismo— han sido claves en mi cambio de percepción.

tífico y en la necesidad de buscar en la colaboración internacional los medios para hacer progresar la medicina y redistribuir sobre una base más igualitaria los beneficios de sus conquistas entre la humanidad. El *ethos* internacionalista implicaba e implica en este caso dotar también de neutralidad política a las acciones sanitarias, garantizando su independencia frente a los intereses nacionales que mediatizaban la cooperación sanitaria internacional³³. Como es bien conocido, un amplio plantel de los profesionales que formaron parte de las agencias internacionales en el período de entreguerras mostró posiciones críticas hacia la deriva de los sistemas sanitarios en el entorno de los regímenes autoritarios y fascistas, dando cabida en sus filas a un nutrido grupo de reformadores sanitarios exilados. No es de extrañar que el espacio y las instituciones internacionales aparezcan en estas narrativas nimbados de neutralidad frente a la instrumentación de las políticas sanitarias por parte de los Estados nacionales.

Un segundo rasgo que quisiera destacar es la concepción teleológica del desarrollo de la colaboración sanitaria internacional que sostienen estas narrativas. El relato de las iniciativas se articula en una secuencia lineal, de progreso, en la que las diversas medidas de intervención se suceden siguiendo una lógica condicionada fundamentalmente por factores epistémicos. El motor central de ese progreso, es por supuesto, el avance del conocimiento y de las prácticas emanadas del laboratorio, cuyos desarrollos explican la creciente efectividad de la acción sanitaria.

El tratamiento de las conferencias sanitarias internacionales, tradicionalmente elegidas como el momento fundacional de la colaboración sanitaria contemporánea, es significativo en este sentido. Además de ser uno de los aspectos que ha recibido menos atención, es norma en estas narrativas aludir a la falta de “resultados tangibles” en las primeras seis conferencias celebradas entre 1851 y 1885 amparándose en la ausencia de evidencias que permitieran sustentar sobre una base científica fiable la colaboración

³³ El trabajo de STAPLES, A. L. S. (1998), “Constructing international authority in the World Health Organization”. En *Constructing international identity: The World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization, 1945-1965*, [Phd Dissertation, The Ohio State University], Ann Arbor, UMI, pp. 358-404, resulta especialmente llamativo en este sentido. Fue la lectura del libro de CUETO, M. (2004), *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington D. C., OPS [Publicación Científica y Técnica No. 600], 2004, quien me puso en la pista de este interesante trabajo. Curiosamente, Cueto asume parcialmente esa labor identitaria como objeto fundamental de su obra. Véase mi reseña al texto de Cueto en MENÉNDEZ NAVARRO, A. (2005), *Dynamis*, 25, pp. 570-576.

internacional³⁴. Sin renunciar a la influencia de otras consideraciones políticas y sociales, sería la plena instauración y progresiva aceptación de la doctrina bacteriológica de la enfermedad infecciosa la que explicaría el acuerdo, materializado en las cuatro convenciones sanitarias internacionales firmadas entre 1892 y 1897. Se trataba, básicamente, de medidas de regulación de los sistemas de notificación y control cuarentenario de enseres y personas destinadas a evitar la importación del cólera y la peste en Europa. Las sucesivas conferencias tendrían como cometido revisar y reemplazar las citadas convenciones, diferenciando los requerimientos cuarentenarios internacionales en la medida que se profundizaba en el desvelamiento de los ciclos epidemiológicos del cólera, la peste y la fiebre amarilla.

Un tercer rasgo, íntimamente ligado al anterior, es la visión naturalizada y reduccionista de los riesgos epidémicos que proporcionan estas narrativas. Por imagen naturalizada del riesgo quiero decir desvinculada de los determinantes ecológicos, sociales, económicos y culturales de la enfermedad y los que mediatizan su transmisión. Otro tanto cabe decir respecto al tratamiento de las zonas endémicas, de los “reservorios naturales” de la enfermedades definidas como exóticas, trasladando una imagen patologizada del territorio y de sus habitantes, en particular de las regiones tropicales y sub-tropicales. Se trata de un rasgo coherente con la propia historia de la epidemiología. La sustitución de la medicina de la predisposición por el modelo determinista bacteriológico implicó la postergación del interés por las influencias geográficas, de localidad, que sólo mantuvieron vigencia en el estudio de la llamada patología tropical³⁵.

La naturalización de los riesgos epidémicos y, en general, de la enfermedad, juega un papel clave en las narrativas tradicionales para privilegiar el abordaje tecnocrático de los mismos. La escasa consideración hacia los determinantes ecológicos, sociales y económicos de la enfermedad permite hacer comprensible la concentración de la acción salubrista en su control tecnológico o en la lucha contra sus vectores. La articulación de estas medidas a menudo en campañas verticales excusa, cuando no invisibiliza, la necesidad de intervenir sobre factores sociales que como la pobreza, la

³⁴ HOWARD-JONES (1975), p. 9. Esta es una afirmación que se reitera con frecuencia en los textos consultados.

³⁵ ANDERSON (2004), p. 285; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1995), “Medicina y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización”, en BARONA, J. L. (ed.), *Malaltia i cultura*, Valencia, Seminari d’Estudis sobre la Ciència, pp. 207-224.

desigualdad en la distribución de los recursos o las migraciones condicionan el desarrollo de la enfermedad³⁶.

Ese mismo proceso de naturalización es aplicado en la historiografía tradicional confeccionada a partir de los años sesenta al concepto de desarrollo, percibido como un patrón universal, como un concepto neutral y no determinado política e históricamente. La narrativa dominante en el modelo salud y desarrollo otorga al control de la enfermedad la capacidad de generar mejoras sociales y económicas. Doble descontextualización, pues, al asumir en primer lugar que la salud es una entidad autónoma que puede ser entendida al margen de los procesos de cambio social y ambiental y lograda mediante el control o la eliminación de los parásitos. Y en segundo lugar, al obviar cualquier consideración sobre la distribución de los posibles beneficios económicos y sociales derivados de la eliminación de la enfermedad o de la necesidad de intervenir en la estructura política o social de producción para lograr la mejora de las condiciones de vida³⁷. Algo que no resulta sorprendente si tenemos en cuenta la raigambre liberal de la teoría de la modernización, asumida por las democracias occidentales e impulsada por las diversas agencias internacionales integradas en el sistema de Naciones Unidas.

Otro rasgo que quisiera destacar de la historiografía tradicional es la no percepción de la existencia de un sesgo etnocéntrico en la colaboración sanitaria internacional, con excepción de la literatura consagrada al modelo defensivo decimonónico. La conversión de salud pública en un ingrediente de la lógica civilizatoria en el período de entreguerras o la creciente descentralización de la estructura de OMS y la neutralidad otorgada al concepto de desarrollo parecen dotar de universalidad los principios que rigen la colaboración sanitaria del siglo XX³⁸. Íntimamente ligado a ello es la escasa reflexión que estas narrativas dedican al impacto de las intervenciones salubristas en la población y su mera consideración como receptora de la acción internacional.

He querido cerrar esta enumeración con una de las concepciones más sólidamente incrustadas en la visión tradicional. Me refiero a la consideración de las agencias internacionales como espacios para la modernización

³⁶ PACKARD, R. M., y BROWN, P. J. (1997), "Rethinking Health, Development, and Malaria: Historicizing a Cultural Model in International Health", *Medical Anthropology*, 17 (3), pp. 181-194.

³⁷ PACKARD, BROWN (1997), p. 188.

³⁸ STAPLES (1998), pp. 358-404.

de la administración sanitaria, la capacitación profesional y la promoción de reformas asistenciales en los diversos entornos nacionales. Y lo he hecho así porque esta consideración ha alimentado una de las líneas más productivas de la historiografía renovada que ha constatado la influencia determinante de los modelos internacionales en la constitución de los sistemas asistenciales contemporáneos, a la vez que desvela la raigambre eminentemente profesional de las iniciativas internacionalistas y su aspiración a consolidar la supremacía de la gestión experta.

Pocos casos nacionales han escapado, por ejemplo, al escrutinio de la historiografía renovada sobre el papel de las elites reformistas locales en la profesionalización y modernización de sus respectivas administraciones sanitarias mediante la colaboración con los diversos programas de la Fundación Rockefeller³⁹. Los estudios de caso han mostrado en primer lugar las estrategias empleadas por la Fundación para la constitución de redes internacionales de conocimiento experto, verdadero trasunto de la internacionalización del modelo salubrista norteamericano. Así mismo se ha generado una abundante producción sobre la diversidad de los fines locales perseguidos por la fundación filantrópica en sus campañas contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla o el paludismo. Los estudios sobre dichas campañas ejemplifican con claridad los diversos mecanismos de generación de la visión reduccionista de la enfermedad y de los medios para privilegiar el abordaje tecnocrático tan caro a la División de Salud Internacional. Entre los aspectos que siguen generando mayores divergen-

³⁹ La lista de trabajos es extensa y bien conocida. Entre los casos que he revisado sin ánimo de exclusividad están RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2000), "Foreign expertise, political pragmatism and professional elite. The Rockefeller Foundation in Spain", 1919-39, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31 (3), pp. 447-461; MEJÍA RODRÍGUEZ, P. (2004), "De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948", *Dynamis*, 24, pp. 119-155; KAVADI, S. (2002), "'Wolves Come to Take Care of the Lamb'. The Rockefeller Foundation's Hookworm Campaign in The Madras Presidency, 1920-1928", en RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (ed.), *The Politics of the Healthy Life. An International Perspective*, Sheffield, EAHMH Publications, pp. 89-111; CUETO, M. (ed.) (1994), *Missionaries of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press; GILLESPIE, J. A. (1995), *The Rockefeller Foundation and Colonial Medicine in the Pacific 1911-1929*, Auckland, Pyramid Press; LÖWY, I., y ZYLBERMAN, P. (2000), "Medicine as a Social Instrument. Rockefeller Foundation, 1913-45", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31 (3), pp. 365-379; BIRN, A. E., y SOLORZANO, A. (1999), "Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s", *Social Science & Medicine*, 49 (9), pp. 1197-1213; LITSIOS, S. (2005), "Selskar Gunn and China: The Rockefeller Foundation's 'Other' Approach to Public Health". *Bulletin of the History of Medicine*, 79 (2), pp. 295-318.

cias interpretativas destaca el papel de la fundación en la defensa de los intereses económicos, políticos y culturales norteamericanos⁴⁰. Por otro lado, los estudios de caso ofertan un rico elenco de estrategias empleadas por las administraciones locales y los colectivos profesionales y académicos en su empeño de promover el control experto de la política sanitaria. Más críticas hacia la fundación resultan las narrativas, pocas aún, que han extendido la “mirada local” más allá de los grupos profesionales. Éstas revelan la frecuente colisión entre los saberes expertos internacionales y los locales, la conversión de ciertas comunidades en grandes laboratorios “naturales” en los que experimentar ciertos desarrollos técnicos, a la vez que muestran cómo los intereses de la fundación subvirtieron con frecuencia las prioridades sanitarias locales.

La mirada renovada hacia la historia institucional de las principales agencias internacionales del período de entreguerras ha proporcionado también importantes dividendos⁴¹. En primer lugar, al mostrar cómo las nuevas concepciones y objetivos del trabajo sanitario internacional basados en la mejora de las condiciones de salud de la población y el logro de la estabilidad social en el continente europeo y americano a través de la extensión de los dispositivos asistenciales y sanitarios, coexistió con la tradicional concepción defensiva de la salud pública. Así, por ejemplo, la Organización Sanitaria de la Liga de Naciones, que promovió el abordaje médico-social de los principales problemas de salud en el continente europeo, profundizó en la política de control y defensa frente a la importación de enfermedades epidémicas heredada del período anterior, ahora recubierta de un aura de tecnocracia. En segundo lugar, ha mostrado la complejidad del organismo matriz y las diferencias sustanciales existentes entre sus diversas secciones técnicas. Dichas diferencias y la fragmentación de objetivos y cobertura entre ellas ha servido para ilustrar los factores estructura-

⁴⁰ Véase, por ejemplo, la discusión de parte de esta literatura que realiza FARLEY, J. (2004), “A capitalist plot?”, en *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, Oxford University Press, pp. 292-298.

⁴¹ En este ámbito sigue siendo obligada la consulta de los trabajos incluidos en la compilación de WEINDLING (1995). También me ha resultado útil la consulta, entre otros, de los trabajos de FARLEY (2004); CUETO (2004), y WEINDLING, P. (1997), “Philanthropy and World Health. The Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation”, *Minerva*, 35, pp. 269-281; LEE, K. (1998), *Historical Dictionary of the World Health Organization*, Lanham, The Scarecrow Press. No he podido consultar la obra de SIDDIQI, J. (1995), *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System*, Columbia, University of South Carolina Press.

les que lastraron la materialización de medidas de intervención efectivas sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. En tercer lugar, la nueva historiografía ha incorporado una perspectiva comparada de las inspiraciones y abordajes promovidos por las diferentes agencias lo que ha permitido identificar sus vínculos institucionales, las narrativas comunes, la heterogeneidad de sus orientaciones, así como los importantes sesgos etnocéntricos y de género y las carencias presentes en sus respectivas agendas.

Quizá una de las áreas menos exploradas y más necesitadas de atención en la agenda de la historiografía renovada es la consideración de las poblaciones destinatarias de la acción internacional. La nueva historiografía sigue exhibiendo cierto apego a las fuentes profesionales e institucionales y en pocas ocasiones ha explorado las experiencias de las poblaciones locales, que a menudo exigen el recurso a las fuentes orales y los métodos propios de la antropología médica⁴². El estudio de los procesos de encuentro entre el modelo biomédico y los diversos sistemas asistenciales locales; el análisis de la resignificación que de dichas prácticas biomédicas realizan las poblaciones afectadas; el impacto y significación del control médico de inmigrantes en las fronteras; la transformaciones que los valores sociales implícitos en las prácticas y saberes biomédicos ejercen sobre sus destinatarios; o el examen de las diversas experiencias de enfermar, y de los factores sociales y culturales que determinan las respuestas de las poblaciones locales ante la acción internacional, que van desde la aquiescencia a la abierta resistencia, son todos aspectos relevantes y necesitados de mayor atención.

Lecciones sencillas que conviene no olvidar

La amplitud y diversidad de la producción historiográfica que vengo comentando convierte en titánico, cuando no en presuntuoso, el intento de extraer de ella enseñanzas unívocas. Voy, no obstante, a señalar algunas consideraciones que, desde mi punto de vista, creo pueden contribuir a informar y hacer más fructífera nuestra lectura del presente.

La primera es de una simplicidad abrumadora, y dada la lógica con que finalmente he confeccionado este ensayo es casi una tautología: las formas

⁴² Véase en este sentido RUBINSTEIN, R. A., y LANE, S. D. (1990), "International Health and Development", en JOHNSON, T. M., y SARGENT, C. F. (eds.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*, Westport, Greenwood Press, pp. 367-390.

en que se han conceptualizado la colaboración sanitaria internacional, sus objetivos, las prácticas y los medios con que se han materializado son productos históricos. El reconocimiento de esa naturaleza histórica debe servir, entre otros fines, para promover lecturas menos deterministas sobre el desarrollo de sus prácticas. Las formas en que se estructuran las estrategias de lucha frente a los riesgos epidémicos no están determinadas únicamente por la interpretación científica de sus causas y modos de transmisión. Son, por el contrario, la resultante de una sumatoria de elementos científicos, políticos, administrativos, culturales, sociales y económicos. La interacción de estos elementos estructura las narrativas que en cada caso hacen entendible y justifican una determinada forma de intervención, como el reciente caso de la neumonía asiática o la crisis del Katrina nos están mostrando.

La segunda consideración está ligada íntimamente a la anterior, en la medida en que la historia de la salud internacional desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, puede ser descrita como la historia de la consolidación hegemónica de una narrativa concreta sobre la salud y la asistencia. Se trata lógicamente de la concepción biomédica sustentada por los grupos profesionales expertos que aspiraron a través de la escena internacional a paliar las condiciones de sufrimiento y enfermedad de amplios sectores de la población mediante la distribución de los recursos del sistema médico occidental. Se trata de una narrativa reduccionista de los conceptos de salud, asistencia y desarrollo, y etnocéntrica en la medida en que desvaloriza los saberes y prácticas locales. El reconocimiento de dichos sesgos debe servir para desvelar los mecanismos de naturalización que siguen operando en las narrativas actuales sobre las enfermedades y poblaciones enfermas de los países pobres, en especial del continente africano. Debe permitir, además, recuperar el peso de los determinantes políticos, ecológicos y sociales de la enfermedad en el diseño de los abordajes salubristas. Y debe, por último, alentar intentos serios de integrar en dichas estrategias a los saberes y sanadores locales.

La tercera consideración se desprende de la identificación de los factores epistémicos, políticos, estructurales y organizativos que han operado sobre las grandes agencias internacionales condicionando que las estrategias de lucha contra la enfermedad hayan estado, con excepciones puntuales, desligadas de intervenciones más amplias para la mejora de las condiciones de vida de la población objeto de atención. Como ha señalado entre otros Socrates Litsios, la fragmentación de objetivos y división de tareas propio de la Liga de Naciones se potenció en el sistema de Naciones Uni-

das, con clara implicaciones en sus respectivas agencias sanitarias. En el caso de Naciones Unidas, el particular ambiente de post-guerra reacio al establecimiento de modelos de desarrollo centralizados y estatales que recordaban en exceso a los sistemas propios de los regímenes fascistas y el uso instrumental de la colaboración sanitaria en la lucha contra el comunismo ahondaron los obstáculos para la colaboración entre diversas agencias⁴³.

La cuarta consideración afecta a uno de los axiomas más inamovibles de la cultura contemporánea occidental: la secular confianza social hacia el complejo científico-técnico, percibido no sólo como objetivo y neutral, sino además como principal agente en la solución de los problemas sociales. La historiografía ha mostrado cómo los desarrollos tecnológicos como el DDT, las vacunas o los antibióticos, y estamos asistiendo en nuestros días a los de la genómica, han servido para alentar visiones restrictivas de la enfermedad y privilegiar su abordaje tecnocrático. La reflexión crítica sobre las limitaciones de estos abordajes debería promover visiones más integrales entre los profesionales salubristas.

La historiografía renovada ha proporcionado, por último, una visión comprensiva de cómo la herencia colonial ha operado a diversos niveles para lastrar los intentos de las agencias internacionales por acortar las desigualdades en salud en los países pobres o en desarrollo. Además de razones ya esbozadas, conviene señalar la incapacidad de los sistemas sanitarios impulsados por la OMS tras la descolonización para hacer frente a las necesidades de las poblaciones locales⁴⁴. A pesar de la agenda internacional implementada desde finales de los setenta a través de la Atención Primaria de Salud, dichos sistemas han mantenido la orientación biomédica heredada del pasado colonial. Además de la responsabilidad de actores externos, conviene no olvidar otros aspectos de la política local. Los nuevos países independientes nacieron con evidentes limitaciones económicas y educativas, que incidieron de forma especial en el ámbito de la salud. La incorporación masiva de expertos occidentales para suplir dichas carencias, y la formación metropolitana de muchos de los líderes políticos de los nuevos estados facilitaron la adopción de enfoques acordes a los patrones occidentales de salud y desarrollo. Las elites sociales locales estimularon

⁴³ LITSIOS, S. (1997), "Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance", *Medical Anthropology*, 17 (3), pp. 255-278.

⁴⁴ PACKARD, R. M. (2000), "Post-Colonial Medicine", en COOTER, R., y PICKSTONE J. (eds.), *Medicine in the Twentieth Century*, Amsterdam, Hardwood Academic Pub, 2000, pp. 97-112.

la inversión de importantes recursos en el desarrollo de servicios asistenciales hospitalarios de alto nivel en el medio urbano, postergando el desarrollo de servicios para la población rural. Las campañas verticales, que se desarrollaron en los años sesenta y setenta y el impulso a la planificación familiar permitieron a los gobiernos mantener la apariencia de un esfuerzo por cerrar la brecha en el acceso a los recursos sanitarios entre los distintos sectores de su población, que en muchos casos se acrecentaron con la independencia. La propia planificación familiar, que se incorporó en la agenda de las principales agencias internacionales en la inmediata posguerra, respondía a intereses y narrativas etnocéntricas. El pensamiento estratégico de buena parte de las democracias occidentales defendió que los problemas de los países subdesarrollados no derivaban de la explotación económica, comercio injusto o dependencia político-militar, sino que eran el producto de la excesiva tasa de natalidad, lo que provocaba una pobre actuación en el plano económico además de inestabilidad política (que tenían el inconveniente añadido de favorecer el deslizamiento de dichos países hacia la órbita soviética). Esta forma de conceptualizar el problema convirtió, además, a las mujeres en las causantes de las amenazas del tercer mundo, consagrando a la planificación familiar en uno de los ejes de la actuación del capitalismo democrático contra el subdesarrollo⁴⁵.

Los colectivos profesionales médicos de los nuevos países también se resistieron a algunas de las transformaciones, como por ejemplo la orientación de los curricula hacia las necesidades locales y la integración con los otros sistemas de atención que nutrían el rico pluralismo asistencial local. Muchos estudiantes temieron que ello menoscabara el valor de sus titulaciones y expectativas internacionales de empleo. El medio rural no resultó atractivo para los nuevos egresados, con frecuencia mucho más interesados en el desarrollo de estructuras sanitarias de tercer nivel. El desconocimiento de las necesidades sanitarias de las poblaciones rurales abonó la escasa atención prestada al mismo en el diseño de las políticas sanitarias. Las visiones alternativas, que existieron, sólo lograron materializarse en casos muy aislados, como Tanzania o China⁴⁶. La pérdida de representatividad

⁴⁵ BRIGGS, L. (2002), "Demon Mothers in the Social Laboratory: Development, Overpopulation, and 'the Pill'" (1940-1960), en *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and US Imperialism in Puerto Rico*, Berkeley, University of California Press, pp. 109-141. Tomado de la reseña que Anne-Emanuelle Birn ha dedicado a este texto. BIRN, A. E. (2005), *Bulletin of the History of Medicine*, 79 (2), pp. 337-339.

⁴⁶ PACKARD (2000), pp. 109-110.

de la OMS desde los años ochenta a la que me refería al comienzo del texto no hace sino acrecentar las dificultades para adecuar los respectivos sistemas asistenciales nacionales a las necesidades locales.

Epílogo: propuestas para descentrar las audiencias

La riqueza de las preguntas e interpretaciones que fecundan la creciente historiografía renovada sobre salud internacional proporcionan claves más que suficientes para iluminar el presente. Pero no sólo es relevante el qué sino también el cómo y el a quién. En este último apartado intentaré reflexionar sobre los dos últimos interrogantes y plantear algunos retos a nuestra tradicional inercia a considerar las publicaciones académicas y las audiencias profesionales como principales medios y destinatarios de nuestros mensajes.

Al inicio del texto me he referido a las experiencias de coexistencia de salubristas e historiadores en departamentos conjuntos que pueblan el panorama académico nacional e internacional. No me considero poseedor de una experiencia cualificada para calibrar la bondad de estas experiencias, pero resultan obvios los desafíos que implica la interdisciplinariedad. Entre otros, el de obligarnos a cuestionar asunciones, rutinas y hábitos intelectuales bien enraizados en casi todas las culturas profesionales. La necesidad de superar el fetichismo metodológico que a veces practicamos, o la dificultad de acoplar y supeditar nuestras agendas de investigación a demandas puntuales son otros retos nada desdeñables. Mi reciente participación junto a otros compañeros de la Universidad de Granada en el proyecto europeo ITEMS, acrónimo inglés de *Identifying Trends in European Medical Space*, en el que se exploraba y promovía la contribución de los científicos sociales a los desarrollos biomédicos actuales, ha sido una cruda constatación de tales desafíos.

Entretanto alguien con mayores arrestos intelectuales y fuste organizativo que los míos nos muestra los caminos, se me ocurren tres propuestas para que fructifiquen nuestros mensajes. La primera es de carácter previo y la tomo prestada de John Pickstone⁴⁷. Nuestra agenda no puede limitarse a la historia de los saberes, las prácticas, los profesionales sanitarios y

⁴⁷ PICKSTONE, J. V. (2005), "Medical History as a Way of Life [review article]", *Social History of Medicine*, 18 (2), pp. 307-323.

los pacientes, sino que debe extenderse al estudio de la toma de decisiones de gerentes, políticos o responsables de la industria médico-farmacéutica. Sólo así lograremos entender mejor cómo construyen sus decisiones los responsables de los programas de salud internacional en nuestros días. He partido de la suposición que en dicho proceso pesan también los mecanismos de construcción de la identidad profesional en la que tan activamente se involucra la producción historiográfica tradicional. Enriquecer ese empeño identitario con la integración de algunos de los aportes de la mirada renovada puede acortar una brecha que ahora se nos antoja insalvable.

La segunda idea la tomo prestada de Randall Packard y Peter Brown, y me la reafirma a diario el sentido común⁴⁸. Las explicaciones hegemónicas son poco sensibles a las sugerencias y críticas en época de bonanza. Es conveniente, pues, aprovechar las oportunidades en las que la comunidad experta en salud internacional se muestra más sensible ante lecturas y miradas que cuestionan sus propias narrativas. Y estos casos, como nos enseña la propia historia, coinciden con la constatación del fracaso de los desarrollos tecnológicos empleados o con situaciones en las que los obstáculos sociales y culturales resultan insalvables para su ejecución. Para ello debemos ser conscientes de las limitaciones y los condicionantes a que se ven sometidos los salubristas y estar dispuestos a acomodar en nuestras agendas de investigación los retos que en esos momentos afrontan los responsables de los programas de salud internacional.

Precisamente, John Farley, en el epílogo con que concluye su historia de la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller, nos ofrece un claro ejemplo de dichas oportunidades a propósito de Programa de Erradicación Global del Paludismo que la OMS lanzó en 1955. Farley, que compara los cambios operados en la filosofía que inspira la colaboración sanitaria internacional con las oscilaciones de un péndulo, otorga agencia y capacidad a los historiadores sociales para impulsar su balanceo. El análisis histórico y, en particular, el impacto de la obra de Thomas McKeown en los años setenta fue clave, en opinión del Farley, para el cuestionamiento y superación, al menos temporal, del acercamiento tecnocrático y de la filosofía erradicacionista que inspiró dicho programa y otras campañas verticales desarrolladas por las diferentes agencias internacionales tras la 2.^a Guerra Mundial⁴⁹.

⁴⁸ PACKARD, BROWN (1997), p. 192.

⁴⁹ FARLEY (2004), pp. 288-291.

La tercera idea es diversificar y descentrar nuestras audiencias, superando la inercia de considerar como destinatarios únicos de nuestras reflexiones las esferas profesionales. Además de intentar influir en las narrativas de los expertos salubristas debemos ser capaces de redimensionar socialmente el debate en torno a la salud pública internacional y ello implica considerar otros destinatarios. Por supuesto, debemos pensar en nuestras audiencias “naturales”, en el alumnado de pregrado de las diversas titulaciones sanitarias en las que tenemos presencia docente. Podemos y debemos favorecer que prenda en ellos la semilla del antideterminismo y que nuestra docencia sea una vacuna que los inmunice frente al reduccionismo biologicista. No debemos olvidar las oportunidades que nos brinda el amplio movimiento de voluntariado entre nuestros estudiantes y el hecho de que numerosas universidades españolas hayan creado espacios para el debate y la reflexión en el campo de las desigualdades sociales. En el caso de la Universidad de Granada, un activo Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo ha articulado por vez primera en el curso académico 2004-2005 actividades docentes que han permitido un abordaje transversal del problema. Alumnos procedentes de diferentes titulaciones han recibido en las aulas universitarias, entre ellas la de nuestra Facultad de Medicina, docencia multidisciplinar en la que se ha incitado a la reflexión y al debate sobre la pobreza y sus causas, las desigualdades Norte-Sur, las poblaciones vulnerables, las desigualdades de género o el desarrollo sostenible. Un espacio en el que la historia de la salud pública internacional tiene mucho que aportar.

Y desde luego debemos considerar entre nuestras audiencias a los agentes sociales y a la propia ciudadanía y los movimientos sociales que la articulan. Mi modesta experiencia en el ámbito de la salud laboral, en particular en torno al problema del amianto, me ha permitido confirmar que la capacidad de mis reflexiones de iluminar el análisis del presente es directamente proporcional a la distancia del receptor a la cultura experta. O dicho de otro modo, escasa receptividad entre los profesionales de la salud laboral y mucha mayor entre sindicatos o colectivos de afectados.

La conexión con los agentes sociales y con los movimientos sociales tiene además una doble virtualidad nada desdeñable. La primera, la de permitirnos recuperar la voz de los “otros”, en este caso conceptualizados como subalternos por su sometimiento no sólo político sino también cultural al discurso experto. Algo que cuando menos debe posibilitar que cuestionemos y repensemos nuestras propias agendas. Y la segunda, la de recuperar para nuestro quehacer una función instrumental que contribuya a reforzar la agencia histórica de los movimientos sociales.

