

Se buscan, pero no siempre se encuentran. La OMS y España en tiempos de Franco

Esteban Rodríguez-Ocaña

Universidad de Granada,
erodrig@ugr.es

Rosa Ballester Añón

Universidad Miguel Hernández
rosa.ballester@umh.es

Resumen: El ingreso de España en la OMS en 1951 siguió la estrategia política de superar el aislamiento a que se había visto abocado el régimen, a la vez que recuperaba un eslabón importante en la conexión con los circuitos internacionales del conocimiento científico-técnico. A lo largo de las décadas siguientes supuso la obtención de un buen número de becas para formación especializada en centros prestigiosos, el desarrollo de hasta veintiún proyectos de colaboración y la recepción de numerosos consultores y funcionarios internacionales, junto con un grupo menor de becarios para formarse en centros españoles. La pertenencia a la OMS no produjo un efecto modernizador uniforme, sino que este varió según los problemas o espacios sanitarios interpelados y alcanzó menor intensidad en los asuntos políticamente más sensibles, como la administración sanitaria.

Palabras clave: sanidad internacional, circulación de profesionales, administración sanitaria, 1951-1975, OMS.

Abstract: Spain joined the WHO in May 1951 as part of a political strategy that sought to overcome the regime's forced isolation. By so doing, it established an important link to international networks dedicated to the exchange of scientific and technical knowledge. In the ensuing decades, Spaniards gained access to specialized training in prestigious centres while as many as twenty-one collaboration projects were developed. Moreover, Spanish centres were able to incorporate numerous consultants and international functionaries in addition to a few interns. Belonging to the WHO did not produce a homogenous modernizing effect. Rather, results varied depending on the nature of the problem,

or the specific area of the health-care system that was being addressed. What is more, WHO influence was not so intense in politically sensitive matters such as health-care administration.

Keywords: international health, expert circulation, health administration, 1951-1975, WHO.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un pilar especializado del sistema de Naciones Unidas con el que el mundo industrializado quiso estructurar la paz después de la terrible Segunda Guerra Mundial. Con independencia de la consideración que nos merezca su desempeño histórico, su constitución, sostenida por principios médico-sociales, se puede entender como reflejo de un sueño de cooperación global y justicia social. Su orientación racional y composición plural, dotada de mayor grado de autonomía respecto de los Estados como nunca antes en una organización sanitaria, la convirtieron en la agencia con mayor participación de todas las de la ONU y a ello debe su caracterización como actor prominente en el panorama internacional¹.

Inicialmente España no participó en Naciones Unidas debido a su aislamiento político, una situación que comprometía la supervivencia del régimen nacido de la Guerra Civil, dando lugar a la llamada «cuestión española» en los primeros años de la ONU. Tal problemática ha sido estudiada desde la época de la transición para esclarecer la intimidad del proceso que condujo a su superación². La

¹ Marcos CUETO, Theodore BROWN y Elizabeth FEE: *The World Health Organization. A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019; John W. PEABODY: «An Organizational Analysis of the World Health Organization: Narrowing the Gap Between Promise and Performance», *Social Sciences and Medicine*, 40(6) (1995), pp. 731-742; Nitsan CHOREV: «International Health Organizations as Purposive and Strategic Actors: Theoretical Gains and Methodological Implications», *Hygiea Internationalis*, 13(1) (2016), pp. 19-47, y Kelley LEE y Jennifer FANG: «Introduction», en *Historical Dictionary of the World Health Organization*, Lanham, The Scarecrow Press, 2013, pp. 5-31.

² Antonio FERNÁNDEZ y Juan Carlos PEREIRA: «La percepción española de la ONU (1945-1962)», *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 17 (1995), pp. 121-146; Irene SÁNCHEZ: *Diez años de soledad: España, la ONU y la dictadura franquista, 1945-1955*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 2015, y Álvaro FERRARY: «Los Estados

gran mayoría de dichos estudios se concentran en la dinámica política general del sistema de Naciones Unidas, no obstante el hecho de que la admisión española se produjera paso a paso desde las instancias más formalmente técnicas: en 1951 España, simultáneamente con Alemania y Japón, ingresó en la OMS y prácticamente a la vez en la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por su acrónimo en inglés). Después, la entrada en la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por su acrónimo en inglés) (diciembre de 1952) y en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por su acrónimo en inglés) (febrero de 1954) antecedieron al ingreso de pleno derecho en la Asamblea General de la ONU (diciembre de 1955). Sobre la aproximación en el terreno sanitario, Rosa Ballester ha relatado los pormenores del proceso y su significado doctrinal³ y David Brydan ha producido un completo análisis político sobre este como un capítulo de su estupendo estudio sobre la persecución de legitimidad por los Gobiernos de Franco⁴.

Si bien los líderes mundiales no incluyeron la salud entre los temas de la Carta fundadora de las Naciones Unidas (San Francisco, 1945), llevaron a ello las necesidades del mundo de posguerra, junto con la ya importante tradición internacional en cooperación sanitaria intergubernamental, institucionalizada en la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1902; la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), desde 1907, y la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones (OSSN), fundada en 1920. Una propuesta conjunta de los delegados técnicos de Brasil y de China, aprobada por la convención, instó al Consejo Social y Económico

Unidos y el régimen de Franco, 1945-1973. De la *kick-Franco-out-now-policy* al *solving the Spanish Problem*: modernización y apertura exterior», *Memoria y Civilización*, 21 (2018), pp. 281-334.

³ Rosa BALLESTER: *España y la OMS en el contexto de la historia de la salud pública internacional (1945-1975)*, València, Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, 2016. Resumido en Rosa BALLESTER: «España y la Organización Mundial de la Salud. La cuestión española y la puesta en marcha de políticas y programas de salud pública (1948-1970)», en María Isabel PORRAS, Lourdes MARIÑO y María Victoria CABALLERO (coords.): *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2019, pp. 43-56.

⁴ David BRYDAN: *Franco's Internationalists: Social Experts and Spain's Search for Legitimacy*, Oxford, Oxford University Press, 2019.

de la ONU a convocar una Conferencia Internacional de Salud en Nueva York en junio de 1946, de donde arrancó el proceso culminado en la Primera Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, 1948) que puso en pie la OMS como heredera y continuadora de las anteriores⁵. España, que formaba parte tanto del acuerdo de Roma por el que se creó la OIHP como de la Sociedad de Naciones, se vio preterida en esta ocasión por el no reconocimiento del régimen de Franco en tanto que aliado de los países del Eje. Para darle la vuelta al desaire, nada mejor que insistir en la singularidad española, como hizo el secretario del Consejo Nacional de Sanidad al explicar que no se contaba con España por estar «demasiado sanos»⁶.

La exclusión de la pertenencia a la nueva organización sanitaria no contó con el apoyo de los expertos sanitarios internacionales. En el comité técnico preparatorio, sesión del 4 de abril de 1946, se suscitó brevemente el problema de la lucha antiepidémica con países fuera del sistema, algo reconocido como peligroso por todos. En la inmediata Asamblea internacional de Nueva York (junio-julio de 1946), varias delegaciones latinoamericanas presentaron sus reservas a un texto constitucional donde las condiciones de admisión de nuevos miembros contradecían los principios de universalidad de la organización, citando expresamente el caso de España. Contra lo propuesto por el subcomité legislativo, el plenario de la Asamblea, por mayoría de veinticinco a veintidós, aprobó que cualquier Estado no miembro podría serlo aceptando la Constitución de la OMS. Los países que aprobaron esta modificación del texto de la ponencia fueron latinoamericanos y árabes, además de Canadá. Se opusieron los países protagonistas de la victoria militar, desde el Reino Unido a la Unión Soviética, y quienes de entre ellos se pronunciaron públicamente recordaron la posición política de la España franquista como aliada del Eje e incluso la presencia de tropas de combate españolas junto con las alemanas en el Este de Europa. El delegado canadiense, inmediato futuro director general de la OMS, el psiquiatra militar Brock Chisholm, declaró taxativa-

⁵ Marcos CUETO, Theodor BROWN y Elisabeth FEE: «El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría», *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*, 69 (2011), pp. 129-156.

⁶ Gerardo CLAVERO: «Sanidad Internacional. La Organización Mundial de la Salud», *Ser*, 67 (1948), pp. 5-7.

mente que la salud debía tener consideración de asunto mundial independientemente de la adscripción política de los países⁷.

El acuerdo de 1946 fue interpretado como una victoria para el régimen. El corresponsal de *La Vanguardia* en Nueva York, Francisco Lucientes, comenzó su crónica del 19 de julio de 1946 afirmando: «España podrá entrar en la organización sanitaria de las Naciones Unidas cuando lo desee» —lo que era una verdad a medias porque seguía primando el bloqueo—. Hasta que el 4 de noviembre de 1950 la Asamblea de la ONU no revocó sus acuerdos de veto anteriores no se produjo la invitación a España para acudir a la siguiente IV Asamblea Mundial de la Salud, donde se consumó la entrada en la organización el 28 de mayo de 1951 con la entrega del documento jurídico de aceptación de la Constitución. La votación para España fue de 53 países a favor, uno en contra (México) y la abstención de Yugoslavia.

La entrada de España en la OMS se ha de explicar más en función de la estrategia franquista de superación del aislamiento internacional y en defensa de su (pequeño) estatus de potencia colonial que por demanda sanitaria, ya que para la sanidad oficial el nivel de la española era similar al de los países occidentales. Brydan ha señalado la confluencia de cuatro elementos en dicho proceso: la relación entre las potencias vencedoras, paulatinamente disociadas en dos campos enfrentados y que condujo al abandono temporal de la OMS por los países del campo socialista; el internacionalismo sanitario proclive a crear una organización lo más alejada posible de la tutela gubernamental, recordando la experiencia de la OSSN; el consenso técnico que subyacía en la creación del campo de la sanidad internacional, y la habilidad diplomática del régimen para explotar aquellas contradicciones⁸.

Dentro del mencionado objetivo resultaba imprescindible recuperar la conexión de España con los circuitos internacionales de

⁷ *Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference Held in Paris from 18 March to 5 April 1946*, Nueva York-Ginebra, United Nations, 1947, pp. 33-34, y WHO INTERIM COMMISSION: *Summary Report on Proceedings, Minutes and Final Acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July 1946*, Nueva York-Ginebra, United Nations, 1948, pp. 18, 47-48 y 66-71.

⁸ David BRYDAN: *Franco's Internationalists...*, p. 86.

producción y circulación de ciencia que se había logrado a lo largo del primer tercio del siglo XX, gracias, en particular, a la labor de la Junta para la Ampliación de Estudios y, en el campo sanitario, con el acuerdo con la Fundación Rockefeller (1922-1936 y 1939-1941), institución que apoyó hasta tal punto los inicios de la OMS que cerró su División de Sanidad Internacional para no interferir⁹. El camino que abría la OMS se sumaba a otros, institucionales y privados, oficiales e informales, para conseguirlo.

Simultáneamente se buscaba transformar la imagen de España ante la opinión pública de los países occidentales, presentándola como un Estado fiable, humanitario y social comprometido en cuestiones como la salud internacional. El ministro español de Asuntos Exteriores, Alberto Martín Artajo, agradeció por carta al director general de la OMS la aceptación del país como miembro de la organización «para colaborar en la tarea civilizadora de mejorar el nivel sanitario de los humanos»¹⁰. Se intentaba hacer olvidar las aristas dictatoriales y represivas del régimen, visibles a través de la presencia de científicos españoles exiliados en las instancias centrales de la OMS, caso de Santiago Ruesta y de Marcelino Pascua¹¹, o como colaboradores temporales de esta, como José María Bengoa o Julián Zulueta, entre otros¹². Un medio rápidamente valorado fue la celebración de reuniones científicas internacionales, contando con la aquiescencia de las grandes potencias occidentales, como ha documentado Brydan, actos que, al igual que el resto de «la política de visitas» fomentada por la propaganda de los Gobiernos franquis-

⁹ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «Foreign Expertise, Political Pragmatism and Professional Elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39», *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Science*, 31 (2000), pp. 447-461, y Josep L. BARONA y Josep BERNABÉU-MESTRE: *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, València, Universitat de València, 2008, pp. 89 y ss.

¹⁰ Carta del ministro de Asuntos Exteriores, Alberto Martín Artajo, al director general de la OMS, B. Chisholm (14 de junio de 1951), Archivo de la OMS (Ginebra), *Circular letters*, CL 3.

¹¹ Josep BERNABÉU-MESTRE: «El exilio científico republicano español y los inicios de la Organización Mundial de la Salud (1946-1956)», en Josep L. BARONA (ed.): *El exilio científico republicano*, València, Universitat de València, 2010, pp. 217-232.

¹² Josep L. BARONA y Josep BERNABÉU-MESTRE: *La salud y el Estado...*, pp. 293-311.

tas, se convirtieron también en escaparates turísticos al servicio de lo que había de ser la primera industria española: los siete millones de visitantes de 1961 se convirtieron en veinticuatro millones para 1970¹³. Desde dicho punto de vista, la pertenencia a la OMS potenciaba la posibilidad de atracción de convenciones científicas, además de alimentar la venida de numerosos consejeros expertos.

En este trabajo abordamos las consecuencias de las relaciones entre España y la OMS a partir de la existencia de un estimable número de trabajos que se han ocupado, de forma monográfica, de una o varias actividades y proyectos de colaboración entre España y la OMS. Las fuentes primarias utilizadas son, por un lado, las procedentes de la misma OMS, documentos de carácter público y material inédito procedente del archivo de la organización en Ginebra; por otro, publicaciones oficiales españolas y otra bibliografía relevante. La documentación del Ministerio de Asuntos Exteriores guardada en el Archivo General de la Administración, hasta donde hemos podido consultar, es, desgraciadamente, mínima, y es prácticamente inexistente la de la antigua Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. Debido a ello resulta prácticamente imposible documentar los entresijos de la estrategia española respecto a la OMS.

Junto con esta introducción, el artículo se compone de dos apartados temáticos y unas conclusiones finales. Dedicamos el siguiente epígrafe a examinar el acuerdo general de asistencia firmado con la OMS, las obligaciones y derechos genéricos que se desprendían de él. A continuación, analizamos los contenidos de los distintos proyectos temáticos desarrollados hasta 1975 en relación con las líneas de trabajo de la propia organización, para terminar con una valoración de su impacto desigual en nuestro país.

El acuerdo de asistencia técnica con la OMS

La decisión de entrar en la OMS, como agencia de la ONU, fue sin duda tomada por Franco y su Gobierno con la aquiescencia de su director general de Sanidad, José Alberto Palanca Mar-

¹³ Nicolás SESMA: *Ni una, ni grande, ni libre. La dictadura franquista (1939-1977)*, Barcelona, Crítica, 2024, pp. 218-219.

tínex-Fortún (1888-1973), quien se mantuvo en el cargo desde el fin de la guerra hasta 1957, una persona dotada de experiencia internacional, con un historial de contactos con la Fundación Rockefeller y la OIHP¹⁴. Junto con Palanca, el hombre clave en la dimensión sanitaria internacional de España fue Gerardo Clavero del Campo (1895-1972)¹⁵, director de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), a la que se añadieron las competencias en investigación del Instituto Nacional de Sanidad desde 1941. Clavero actuó como vicepresidente delegado de la Comisión Consultiva para las Relaciones Internacionales de la Dirección General de Sanidad (DGS) y como secretario de la Comisión Interministerial formada entre Gobernación, Asuntos Exteriores, Educación y Trabajo¹⁶, y fue el representante español en las reuniones de la OMS hasta su jubilación en 1965. Durante esta primera época, la coordinación intragubernamental no fue muy eficaz, dado que desde Exteriores se reclamó a la oficina central de la OMS en 1955 y en 1957 copia de todos los documentos enviados a España¹⁷. Este dato indica también que la voz cantante se llevaba desde Sanidad.

La pertenencia a la organización suponía el derecho a participar en la consecución de sus fines, la colaboración en materia epidemiológica y la integración en una red de contactos materiales a través de reuniones científicas y administrativas, cursos y publicaciones. Hay que tener en cuenta que las materias en las que se podía colaborar eran las relativas a las capacidades de la DGS, esto es, la salud pública, la asistencia psiquiátrica pública y la asistencia rural. Quedaba fuera el ámbito de la atención médica, dependiente del Instituto Nacional de Previsión a través del Seguro de Enfermedad. Además, la afiliación permitía el acceso al Programa Expandido de Asistencia Técnica (Resolución 222 del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas de 15 de agosto de 1949, para

¹⁴ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «España y la Organización Mundial de la Salud en tiempos de Palanca: una evaluación provisional», *Asclepio*, 71 (2019), pp. 1-11.

¹⁵ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «Tifus y laboratorio en la España de posguerra», *Dynamis*, 37(2) (2017), pp. 489-515.

¹⁶ Manuel BERMÚDEZ PAREJA: «La Organización Mundial de la Salud (Conclusión)», *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (en adelante *RSHP*), 30 (1956), pp. 260-365, esp. pp. 289-290.

¹⁷ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «España y la Organización Mundial de la Salud...», p. 6.

promover el desarrollo económico y social de los pueblos), lo que se materializó a partir de la firma del preceptivo convenio de bases, firmado el 24 de enero de 1952 en Madrid y el 30 de enero en Ginebra¹⁸.

El acuerdo contenía cinco artículos, que precisaban las distintas modalidades de colaboración (suministro de expertos, como consejeros del Gobierno o como docentes; becas; proyectos piloto; aporte de equipos y material especial diagnóstico y terapéutico), e indicaba que cada intervención o programa concreto necesitaría un acuerdo específico. El Gobierno español se reservaba el derecho a intervenir tanto en los nombramientos de peritos internacionales (solo lo serían previa consulta) como en los de becarios locales, quienes deberían contar con la aprobación gubernamental expresa. Asimismo se le concedía la capacidad de decidir hacer públicas las opiniones de los expertos, lo que valía incluso para su publicación por la OMS. Esto último fue llevado a cabo con rigurosidad extrema durante el tiempo de Palanca, puesto que entre 1952 y 1955 una lista parcial indica la visita de no menos de veintitrés enviados por la organización¹⁹, sin que se hiciera público prácticamente ninguno de los informes producidos. Más extraordinaria aún fue la difusión de documentos internos de la organización en medios públicos españoles, que solo circularon en medios restringidos.

El Plan de Asistencia Técnica fue creado en 1949 con el objetivo de promover el desarrollo económico a través de la transferencia de competencia técnica desde la ONU y sus agencias especializadas, que recibían fondos extrapresupuestarios para llevarla a cabo. Los proyectos de asistencia técnica que contaron inicialmente como prioritarios trataban de la lucha contra enfermedades transmisibles; la formación profesional y técnica, y la administración sanitaria según acuerdo del Comité Ejecutivo de la OMS en 1950²⁰. Se ponía en práctica una concepción de la salud pública

¹⁸ «Basic Agreement of Technical Assistance Between the World Health Organization and the Government of Spain», Archivo de la OMS, WHO-2, PH-2/5/Spain.

¹⁹ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «España y la Organización Mundial de la Salud...», p. 350.

²⁰ «EB6.R1 Programme of Technical Assistance for Economic Development of Under-Developed Countries», *Off. Rec. WHO*, 20 (1950), pp. 1-2.

estrechamente vinculada al crecimiento económico y social. Desde esta perspectiva, la enfermedad era vista como un obstáculo para el avance en la conformación de sociedades industrializadas y modernas en el Sur Global. Para los expertos internacionales, la salud representaba una inversión de capital que no solo contribuía a mejorar el bienestar físico, sino también la capacidad productiva de las naciones en proceso de modernización. A su parecer, sociedades sanas y saludables podían acometer con más eficacia la misión del desarrollo nacional²¹.

En dicha línea se iniciaron diversos proyectos de colaboración en forma de asesoría técnica y envío de material sanitario, además de conseguir la oportunidad de participar en numerosas acciones formativas en otros países mediante becas otorgadas por la organización internacional, emplear centros españoles para formación de expertos y profesionales de terceros países y conseguir para españoles el nombramiento de miembros en los comités de expertos de la OMS.

A la llegada a la DGS de Jesús García Orcoyen en 1957, la opinión oficial española era que España «ocupaba un puesto destacado en el panorama internacional» por su pertenencia a la OMS y su incardinación en las dinámicas de circulación de conocimientos, técnicas y expertos, subrayando que dieciséis españoles figuraban en el cuadro de expertos mundiales en distintas especialidades²².

Las memorias anuales de la Dirección General de Sanidad subrayaron incansablemente la importancia de la circulación de expertos, informando del nombre de algunos funcionarios y técnicos enviados por la OMS o UNICEF, así como de las reuniones científicas a las que se había enviado representación española, y dando en algunos momentos la cifra total de becarios españoles asistentes a cursos internacionales de la OMS, informaciones todas que se hicieron más constantes a partir de 1968. Sabemos que entre 1952 y 1955 España recibió 118 becas, algo menos de un 6 por 100 del to-

²¹ Thomas ZIMME: «In the Name of World Health and Development: The World Health Organization and Malaria Eradication in India, 1949-1970», en Sönke KUNKEL, Corinna R. UNGER y Marc FREY (eds.): *International Organizations and Development, 1945-1990*, Nueva York, Palgrave Macmillan, 2014, pp. 128-134.

²² *Memoria de la Dirección General de Sanidad correspondiente a los años 1957 y 1958*, Madrid, 1959, p. 11.

tal, y gastó entre un 3,3 y un 5,5 por 100 del total del presupuesto para Europa²³. En 1962 se los calificó de «numerosos», mientras que fueron 27 en 1964²⁴, para descender a 11 en 1973²⁵. Brydan ha destacado que por momentos fue superior el número de becarios a los otorgados a Italia. Muchas de las becas estaban destinadas a dar una formación complementaria y específica a personal español en función de las tareas previstas en los proyectos colaborativos.

El uso de centros españoles como lugar de recepción para becarios OMS procedentes de terceros países comenzó en 1955, para estudios de entomología palúdica, dermatología y venereología, especialidades a las que se sumaron progresivamente administración sanitaria, sanidad de puertos, tracoma, cirugía oftálmica y otras. En 1973 fueron trece los becarios de la OMS que realizaron periodos de formación en España²⁶.

La colaboración técnica se concretaba en forma de proyectos-país. En el caso de España nos encontramos con un número total de veintiuno entre 1952 y 1975. La relación de estos, con mención de su temática central y su periodo de ejecución, está en el cuadro 1. Los comentaremos en el siguiente apartado.

Según la documentación del archivo de la OMS, los procesos de negociación consistían en detectar a las personas capaces de generar confianza en el cumplimiento de los acuerdos por estar convencidas de las ventajas de las novedades introducidas por el proyecto y participar de su marco teórico. A ello obedecían los viajes iniciales de los consultores internacionales que examinaban *in situ* la situación y se entrevistaban con numerosos altos y medianos cargos. En el caso español, el proceso de decisión estaba totalmente centra-

²³ «Report of the Regional Director WHO. Fellowship Programme in Europe. General Review Covering the Eight Year Period 1947-1954», Archivo de la OMS (Ginebra), EUR/RC5/2, Add. 1 [5.º Comité Regional Europeo, punto 2, anexo 1]; «Summary of Cost Estimates 1953-1954», Archivo de la OMS (Ginebra), EUR/RC2, 1952; «Proposed Programme and Budget for 1955», Archivo de la OMS (Ginebra), EUR/RC3, 1953, y «Draft Programme and Budget Estimates (para 1956, 1957 y 1958)», Archivo de la OMS (Ginebra), EUR/RC4, EUR/RC5, EUR/RC6, EUR/RC7 y EUR/RC8.

²⁴ Jesús GARCÍA ORCOYEN: «Aspectos de la Sanidad española», *Medicamenta*, 387 (1963), p. 10, y 411 (1965), p. 10.

²⁵ Federico BRAVO MORATE: «Aspectos de la Sanidad Española en el año 1973», *RSHB*, 48 (1974), pp. 1-82, esp. p. 57.

²⁶ Federico BRAVO: «Aspectos de la Sanidad...», p. 58.

lizado en la DGS, en función de la relevancia concedida por su dirección a uno u otro de sus jefes de servicio. En el caso de la tuberculosis, uno de los grandísimos problemas sanitarios de las décadas de 1940 y 1950, la OMS descartó intervenir, por consenso con la contraparte española, tras la visita de Hood en 1952. Tampoco hay mención del paludismo en las conversaciones. Tanto la lucha anti-palúdica como la antituberculosa eran dos ámbitos poderosos dentro de la Sanidad española del momento, por la cantidad de recursos y de personal con que contaban. La primera estaba encargada a Gerardo Clavero, que pensaba que la OMS no tenía nada que aportar en las circunstancias de los años cincuenta²⁷, mientras que la antituberculosa, regida por su propio patronato, tenía una consideración de entidad autónoma a la que, una de dos, tal vez Clavero no consideró conveniente reforzar, o bien se reafirmó en su autosuficiencia, situación que se mantendría con la puesta en marcha del Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis (1965-1972) siguiendo un modelo desarrollado desde la OMS pero sin ayuda directa de esta²⁸. Es notorio que Palanca, años después, expresó su desdén por la falta de utilidad de la OMS de cara a la situación sanitaria española²⁹, mientras que, estando en ejercicio, insistió en mantenerse al día en el abono de la cuota y conseguir la máxima financiación como retorno³⁰. Otro caso diferente, el del centro piloto de sanidad rural en Talavera de la Reina, nos muestra, en cambio, la adopción de un proyecto apadrinado a nivel central por Clavero González, hijo del director que ocupó la Secretaría Técnica de la ENS en 1971, y para el que no existían expertos comprometidos, como indica el baile de directores *in pectore* que vivió este durante su tramitación³¹.

²⁷ Gerardo CLAVERO: «Lucha antianofelina en Cerdeña», *Ser*, 102 (1954), pp. 7-9, y «Editorial. Lucha antianofelina en Cerdeña», *RSHP*, 28 (1954), pp. 1-4.

²⁸ Mariano MONGE JUÁREZ: «Tuberculosis y franquismo. El Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis, un factor de aprobación de la dictadura ante la Europa liberal, 1965-1975», *Historia Actual On-Line*, 57 (2022), pp. 43-64.

²⁹ Citado por Josep L. BARONA y Josep BERNABÉU-MESTRE: *La salud y el Estado...*, pp. 293-294.

³⁰ David BRYDAN: *Franco's Internationalists...*, p. 95.

³¹ Esteban RODRÍGUEZ y Juan ATENZA: «El proyecto E30 OMS-España para el establecimiento de una zona de demostraciones sanitarias en Talavera de la Reina», en María Isabel PORRAS, Lourdes MARIÑO y María Victoria CABALLERO (coords.): *Sa-*

CUADRO 1

Relación de proyectos-país acordados con la OMS

<i>Programa</i>	<i>Duración</i>	<i>Programa</i>	<i>Duración</i>
Enfermedades Endemoepidémicas*	1952-1958 1965-1969	Educación sanitaria	1960-1964
Salud maternoinfantil*	1955-1961	Estadística sanitaria	1962-1968
Oftalmías trasmisibles*	1955-1965	Enfermedades víricas*	1964-1975
Sífilis congénita*	1955-1965	Zona demostración*	1965-1974
Rehabilitación infantil*	1956-1967	Salud mental*	1966-1975
Enseñanza enfermería	1957-1965	Gestión hospitalaria	1969-1972
Aguas y saneamiento	1958-1964	Enseñanza médica	1971-1974
Salud mental infantil	1957-1962	Contaminación de Bilbao*	1971-1976
Paludismo**	1959-1962	Depuración de aguas fluviales y costeras*	1971-1976
Lepra*	1960-1961	Formación personal sanitario	1971-1975

Notas: * Financiado por el Programa Expandido de Asistencia Técnica/PNUD.
 ** Financiado por la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo.

Fuente: informes anuales del director general de la OMS.

Proyectos llevados a cabo en España en colaboración con la OMS

Los primeros programas de colaboración con la OMS enfocaron problemas de salud rural y de refuerzo del programa pronatalista del régimen que estaban en línea con las prioridades generales de la organización y del Programa de Asistencia Técnica de la ONU ya mencionado. Se procuraron medios permanentes de control de algunas zoonosis trasmisibles (leptospirosis, rabia, fiebre Q, brucelosis)³², de relevancia entre la población trabajadora campe-

lud, enfermedad y medicina en el franquismo, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2019, pp. 124-145.

³² María GONZÁLEZ *et al.*: «Ayuda técnica en tiempos de crisis: la brucelosis en los programas-país para España de la Organización Mundial de la Salud (1951-1972)», *Revista Española de Salud Pública*, 92 (2018); Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA:

sina, y se propuso continuar una labor ya establecida desde décadas atrás contra otras infecciones humanas como el tracoma y la sífilis. La malaria fue objeto de colaboración justo en la última fase de su eliminación de España como enfermedad autóctona, a principios de la década de 1960, proyecto que sirvió para costear los viajes de los expertos de la OMS que supervisaban su marcha, así como vehículos, microscopios y medicamentos³³. Del mismo modo, la lepra entró en candelero para poner en marcha equipos móviles de diagnóstico en momentos de descenso del número de casos nuevos que hacían vislumbrar una posible eliminación, que aún no hemos conseguido³⁴. La colaboración sobre oftalmías llegó a buen puerto, ya que se consiguió eliminar el tracoma a mediados de la década de 1960³⁵.

El desarrollo saludable de los menores es uno de los principios fundacionales de la OMS. Su evaluación en España mostraba aspectos deficitarios que estaban siendo desarrollados en otros puntos de Europa. A este ámbito pertenecieron los proyectos más destacados del primer decenio de colaboración (sífilis congénita, atención a la prematuridad, rehabilitación infantil). Todos contaron con la visita de consultores internacionales y becas de formación para diferentes tipos de profesionales, y contribuyeron finalmente a la formación de especialistas e instituciones de cuidados³⁶.

«Ocaso de la medicina social en España: el caso de la leptospirosis», *Asclepio*, 69(2) (2017), pp. 1-12, y Lourdes MARINO: «La participación española en los programas de la OMS para el control de la rabia (1952-1975)», en Alfons ZARZOSO y Jon ARRIZABALAGA (eds.): *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2017, pp. 117-122.

³³ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA *et al.* (coords.): *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC, 2003, pp. 315-321. Descripción del proyecto en los informes anuales de la OMS.

³⁴ Según la memoria de la Dirección General de Sanidad correspondiente al año 1961: «estamos próximos a la desaparición total de dicha endemia en España»; *Medicamenta*, 375 (1961), p. 10. La actualidad en O. DÍAZ GARCÍA y Rosa CANO PORTERO: «Vigilancia de la lepra en España en 2017-2018 y situación mundial», *Boletín Epidemiológico Semanal*, 26(8) (2018), pp. 117-121. Recuperado de internet (<http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1076>), consultado el 10 de diciembre de 2024).

³⁵ Manuel MEZQUITA: «El problema sanitario social del tracoma», *RSHP*, 42 (1968), pp. 275-290.

³⁶ José V. TOLEDO y Rosa BALLESTER: «Los intentos de rehabilitación del régimen franquista y los consejos de expertos internacionales para la rehabilitación y

Los proyectos desarrollados en España a partir de 1960 se refieren a componentes básicos de la organización sanitaria (estadística, gestión hospitalaria, enseñanza y formación de personal), al desarrollo de servicios (zona de demostración, salud mental), a la lucha contra las enfermedades transmisibles (enfermedades víricas) y a la salud ambiental (contaminación atmosférica y acuática). Son precisamente aspectos que recogía la reflexión de Marcolino Candau, el director de la OMS, al celebrar el vigésimo aniversario de la institución. Era patente entonces la disminución de las enfermedades transmisibles en Europa, en particular las bacterianas, y los éxitos contra el paludismo y contra la poliomielitis, si bien se advertían ciertos «puntos negros» como la falta de normalización en la recogida de datos, el incremento de problemas medioambientales y la formación de personal. Esos eran los objetivos que enfrentaba la región europea de la OMS a la altura de 1968, que desarrollaba en colaboración con UNICEF y como agente del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo³⁷.

Como han estudiado Gorsky y Sirrs³⁸, en el curso de los años sesenta la metodología de la planificación se convirtió en elemento indispensable para el trabajo de la OMS. En Europa, su oferta de colaborar en el desarrollo de servicios básicos no imponía otros moldes que los metodológicos: planificación y evaluación, insistiendo en la conexión existente entre servicios de salud y desarrollo comunitario. Tanto para unos como para el otro era esencial la cuantificación, o sea la estadística, que desde los años veinte se había consolidado como el primer recurso para la epidemiolo-

tratamiento fisioterápico de niños con discapacidades físicas (1960-1975)», en Enrique PERDIGUERO-GIL (ed.): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Elche, Universidad Miguel Hernández, 2015, pp. 38-46, y Rosa BALLESTER y Esteban RODRÍGUEZ: «Nacidos demasiado pronto. La prematuridad en la agenda de la salud materno-infantil de la OMS y el Plan de Operaciones para España (1948-1970)», en María Isabel PORRAS, Lourdes MARIÑO y María Victoria CABALLERO (coords.): *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2019, pp. 57-71.

³⁷ *El segundo decenio de la Organización Mundial de la Salud 1958-1967*, Ginebra, OMS, 1968, pp. 30-31.

³⁸ Martin GORSKY y Christopher SIRRS: «From Planning to Systems Analysis: Health Services Strengthening at the World Health Organisation, 1952-1975», *Dynamics*, 39(1) (2019), pp. 205-233.

gía³⁹. De hecho, no solo se produjo un refinamiento de los índices sanitarios a través del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, sino que indicadores como la esperanza de vida o la tasa de mortalidad infantil se convirtieron en marcadores del desarrollo socioeconómico general⁴⁰. En la España franquista el sino de esta materia estuvo ligado al exilio de su principal representante republicano, Marcelino Pascua (1897-1977)⁴¹. El intento de reestablecer un servicio de estadística sanitaria en la Dirección General de Sanidad, que se extendió entre 1962 y 1968, aunque no consiguió sus propósitos, proporcionó una familiaridad con el cálculo que se vio reforzada en la década de 1970 con los cursos de Estadística Aplicada a la Epidemiología y a la Clínica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas, donde acudieron becados por la OMS médicos de Sanidad nacional.

En lo que se refiere a los servicios, existieron dos importantes proyectos. Por un lado, establecer una zona de demostración sanitaria en Talavera de la Reina, que se discutió desde comienzos de la década de 1960 y se abordó formalmente entre 1965 y 1974. El proyecto, impulsado por Clavero González, nació en una coyuntura en la que coincidieron la tendencia general de la gobernanza mediante planificación⁴², la doctrina adelantada por los expertos en administración sanitaria de la OMS⁴³ y la existencia de un instrumento técnico, las zonas de demostración, que manejaba la OMS con suficiencia desde el momento de su constitución⁴⁴. Este pro-

³⁹ Fernando GARCÍA BENAVIDES: «La epidemiología moderna y la nueva salud pública», *RSHP*, 68 (1994), pp. 101-105.

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 215-223.

⁴¹ Ferrán MARTÍNEZ: «Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX», *RSHP*, 68 (1994), pp. 29-43, y Josep BERNABÉU: «La utopía reformadora de la Segunda República: labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933», *RSHP*, 74 (1997), pp. 1-13.

⁴² Rosa ALSINA: *La estrategia de desarrollo planificada en España, 1964-1975*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona, 1987, y Pedro MARSET: «Política y salud en la transición democrática», en Enrique PERDIGUERO-GIL (ed.): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Elche, Universidad Miguel Hernández, 2015, pp. 79-91.

⁴³ Martín GORSKY y Christopher SIRRS: «From *Planning to...*», pp. 226-227.

⁴⁴ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960», *História, Ciències, Saúde-Manguinhos*, 27 (2020), pp. 165-185.

yecto estuvo asociado a la (fallida) reforma de la sanidad del campo pretendida por la Dirección General de Sanidad durante el periodo desarrollista del franquismo⁴⁵. Su resultado fue la creación del Área Especial Sanitaria de Talavera de la Reina y la erección del Centro Nacional de Demostración Sanitaria, inaugurado el 16 de junio de 1976, sin cumplir plazos ni objetivos, y que terminó por ejercer funciones diferentes a las previstas⁴⁶.

El otro gran proyecto de servicios lo fue en el campo de la salud mental y se extendió desde 1957 a 1975, en dos periodos separados. El problema de la salud mental figuró entre las prioridades iniciales de la OMS, que mantenía en 1968 que era uno de los principales problemas europeos⁴⁷. La Federación Mundial de Salud Mental (FMSM), formada en 1948, fue de las primeras agrupaciones profesionales a las que la OMS reconoció un estatus de entidad colaboradora. Dado el ingreso español en ella en 1954, su vinculación con la OMS en esta materia se remonta a los primeros momentos, en particular en el área de la salud mental de la infancia. A partir de 1957, dicha temática se fortaleció con un programa formativo sobre psicoterapia infantil, desarrollado en Barcelona, con profesorado enviado desde la OMS, seminarios celebrados en otros puntos del territorio español y venida de cinco expertos entre 1959 y 1960. La conexión se volvió a oficializar con el Proyecto E31 iniciado en 1966, que continuaba vigente a la muerte del dictador, con el objetivo genérico de la rehabilitación de enfermos psiquiátricos⁴⁸. Entre 1966 y 1975 se facilitaron los viajes de veintinueve consultores externos. Su gestión por parte española correspondió, en la etapa inicial, a dos valencianos, el pediatra Juan Bosch Marín (1902-1995), jefe del Servicio de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad, y cofundador en Barcelona de la Sociedad de Neuropsiquia-

⁴⁵ Esteban RODRÍGUEZ y Rosa BALLESTER: «El Informe (1967) del consultor de la OMS Fraser Brockington en el contexto del reformismo sanitario franquista», *Dynamis*, 39(2) (2019), pp. 477-496.

⁴⁶ Juan ATENZA (coord.): *El Centro Regional de Salud Pública. 25 años de servicio sanitario (1976-2001)*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001.

⁴⁷ *El segundo decenio...*, p. 27.

⁴⁸ La denominación pasó a ser 5401 a partir de 1972. Entre 1969 y 1971 hubo un hiato en que se suspendieron las actividades colaborativas por razones que no constan en los informes anuales del director general de la OMS.

tría Infantil en 1950, y Adolfo Serigó Segarra, último secretario general del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, a quien se reivindica como responsable de las iniciativas de modernización llevadas a cabo desde dicha institución, incluido un programa para educación en salud mental⁴⁹.

En la última etapa se inició la colaboración en torno a los problemas de la contaminación ambiental, un capítulo crecientemente significativo en las preocupaciones de los países europeos y del mundo más desarrollado en general en la segunda mitad del siglo xx. Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial se inició un proceso de colaboración internacional al respecto, con un sentido proteccionista más que sanitario⁵⁰, que al comienzo de la década de 1960 arraigó en secciones específicas de trabajo creadas en instancias internacionales, como el Consejo de Europa, con un comité de expertos sobre conservación de la naturaleza y paisaje que en 1965 se convirtió en el Comité Europeo para la Conservación de la Naturaleza y los Recursos Naturales, al que se añadieron en años sucesivos otro de expertos en contaminación atmosférica y sendos grupos de estudio sobre aguas y sobre pesticidas, hasta cuajar en la Conferencia Europea sobre Gestión del Medio Ambiente de Estrasburgo, dentro del Año Europeo de la Conservación (1970)⁵¹. El Consejo de Ministros de la OCDE estableció en 1972 una Guía de Política Ambiental⁵². Existió, pues, una urgencia creciente sobre la necesidad de entender las interacciones entre el desarrollo económico y social y la cadena de procesos naturales sobre la que se establece, por el doble motivo de gestionar los recursos escasos y evitar los daños para la salud humana.

⁴⁹ David LORDA: «Atención psiquiátrica, salud mental y salud pública en el tardofranquismo», en José MARTÍNEZ y Enrique PERDIGUERO (eds.): *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, Los Libros de Catarata, 2020, pp. 127-154.

⁵⁰ Anna-Katharina WÖBSE: «The World After All Was One: The International Environmental Network of UNESCO and IUPN, 1945-1950», *Contemporary European History*, 20 (2011), pp. 331-348.

⁵¹ Sten RENBORG: «Environment Protection Work in the Council of Europe», en *Annuaire Européen/European Yearbook*, La Haya, Martinus Nijhoff, 1973, pp. 42-51.

⁵² Hilliard RODERICK: «The Work of OECD in the Protection of the Environment», en *Annuaire Européen/European Yearbook*, La Haya, Martinus Nijhoff, 1973, pp. 75-80.

Si bien la preocupación mostrada por la OMS por todo lo que se refiere a saneamiento se remonta a su fundación, la dimensión atmosférica del medio ambiente no se incorporó como problema dentro de la Región Europea de la OMS hasta 1957, en la primera conferencia sobre contaminación atmosférica celebrada en Milán, a la que asistió el doctor Manuel Mingo Fernández de la ENS. En España, cobró carta de naturaleza en la Sanidad oficial casi de manera inmediata, con la celebración de la VI Reunión de Sanitarios Españoles (1959), dos de cuyas tres ponencias estuvieron dedicadas a contaminación atmosférica y sanidad ambiental⁵³. Mingo dirigió la instalación en la ENS de los primeros medidores atmosféricos en 1963. Le sustituyó Benjamín Sánchez Fernández-Murias al frente del Servicio de Sanidad Ambiental de la Escuela, y desde 1965 a 1971 su equipo publicó anualmente cifras de mediciones en Madrid en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*⁵⁴. En 1965 se crearon lo que el director general denominó «servicios especiales» para efectuar este tipo de mediciones en doce provincias, entre los que se estableció una red de vigilancia con centro en el laboratorio madrileño, según la información oficial⁵⁵. El desempeño y las consecuencias de dicha actividad están aún por estudiar. Pero, por lo que sabemos hasta la fecha, la promulgación de la Ley de Protección del Ambiente Atmosférico en 1972 apenas tuvo traducción práctica⁵⁶ y se corresponde más con un acercamiento cosmético a la retórica ambientalista enfocado hacia el exterior, a partir de la Conferencia de Naciones Unidas de Estocolmo (1972)⁵⁷.

Por último, la más duradera de las aportaciones de los proyectos de colaboración con la OMS fue la potenciación del trabajo de laboratorio microbiológico con la formación de especialistas en dis-

⁵³ *Actas de la VI Reunión de Sanitarios Españoles*, Madrid, s. e., 1959.

⁵⁴ *RSHP*, 39 (1965), pp. 505-536; 40 (1966), pp. 337-342; 42 (1968), pp. 527-546; 43 (1969), pp. 721-748, y 44 (1970), pp. 885-908.

⁵⁵ Jesús GARCÍA ORCOYEN: «Algunos aspectos de la Sanidad española en el año 1965», *Medicamenta*, 423 (1966), p. 8.

⁵⁶ José Luis RAMOS: «Gestión ambiental y política de conservación de la naturaleza en la España de Franco», *Revista de Historia Industrial*, 32 (2006), pp. 99-138.

⁵⁷ Agustí NIETO-GALAN: «El ministro en bicicleta: la invisibilidad de la contaminación en el Congreso de Naciones Unidas de Estocolmo (1972)», en Ximo GUILLEM-LLOBAT y Agustí NIETO-GALAN (eds.): *Tóxicos invisibles. La construcción de la ignorancia ambiental*, Barcelona, Icaria, 2020, pp. 109-132.

tintos niveles profesionales, la actualización técnica y la puesta a punto de vacunas, actividades del todo en línea con los propósitos de la Región Europea de la OMS de reforzar los laboratorios de salud pública⁵⁸. La epidemiología española se enriqueció con la práctica de encuestas serológicas incitadas desde la OMS (caso de las enfermedades venéreas, leptospirosis, polio y otras enfermedades víricas)⁵⁹. El trabajo en venéreas dio lugar a la puesta en servicio de laboratorios especializados en Madrid, Barcelona y Sevilla⁶⁰. Y el proyecto más destacable en este sentido, el E-25 (enfermedades víricas), resultó una herramienta clave en el desarrollo de la virología y la transformación de la salud pública en España⁶¹. Finalmente generó el Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitarias (CNVES), instalado en una construcción nueva en 1968 en Majadahonda (Madrid), núcleo del actual Instituto Carlos III. Lo que todo esto supuso en relación con la lucha contra la poliomielitis, la viruela, el sarampión y la rubeola en España ha sido minuciosamente estudiado por María José Báguena, María Isabel Porrás y otros en el último decenio⁶².

⁵⁸ WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Sixty years of WHO in Europe*, Copenhagen, WHO, 2010, p. 20.

⁵⁹ María Isabel PORRAS y María José BÁGUENA: «El conocimiento sobre la realidad de las campañas de vacunación contra la polio, su cobertura y su seguimiento en las capitales y provincias españolas (1963-1975)», en Enrique PERDIGUERO-GIL (coord.): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Elche, Universidad Miguel Hernández, 2015, e id.: «The Role of the World Health Organization Country Programs in the Development of Virology in Spain, 1951-1975», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27 (2020), pp. 187-210.

⁶⁰ Ramón CASTEJÓN y Esteban RODRÍGUEZ: «El control de las enfermedades venéreas en España durante la década de 1950: los inicios del Proyecto España 8 de la OMS», en Alfons ZARZOSO y Jon ARRIZABALAGA (eds.): *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2017, pp. 101-108, y Ramón CASTEJÓN: «Las enfermedades de transmisión sexual en España entre el desarrollismo y la transición democrática: cambios epidemiológicos y nuevos actores», en Enrique PERDIGUERO-GIL (ed.): *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Elche, Universidad Miguel Hernández, 2015, pp. 90-95.

⁶¹ María José BÁGUENA y María Isabel PORRAS: «La situación epidemiológica de las enfermedades víricas y los programas colaborativos de la OMS con España (1952-1986)», en María Isabel PORRAS, Lourdes MARINO y María Victoria CABALLERO (eds.): *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2019, pp. 72-97.

⁶² Aparte de las ya citadas, destacamos como publicaciones de síntesis: María

Conclusiones

La entrada de España en la OMS formó parte del esfuerzo diplomático de los Gobiernos franquistas para conseguir superar su aislamiento internacional y el empeño en recuperar cauces de participación en la escena científica mundial. Dicha relación abrió numerosos canales de comunicación e intercambio profesional en muy variados campos de la medicina y la salud pública. No es que fuesen los únicos existentes. Así, en el caso de la lucha contra la polio, se aprecia muy bien la conjunción de esfuerzos de sociedades científicas y de otras instancias internacionales⁶³. Igualmente, en el caso de la psiquiatría se ha advertido que la recepción de conceptos y teorías nuevas estuvo empujada por intereses culturales que desbordaban lo profesional⁶⁴. Durante la época del desarrollismo, el Gobierno español compartió en la práctica dos constataciones básicas con la OMS. Que la salud era parte integrante del desarrollo económico y social y que el nivel de los conocimientos existentes permitía aspirar a conseguirla de manera universal⁶⁵. El reconocimiento del atraso español permitió su acceso al programa de asistencia técnica, luego de ayuda al desarrollo de Naciones Unidas, a través de la OMS, entre otras instancias internacionales, como recurso para contribuir a la modernización hispana.

España no desempeñó ningún papel en los tres grandes proyectos especiales desarrollados por la OMS (erradicación de la malaria y de la viruela y programa especial sobre reproducción humana) durante el tiempo del franquismo. En el caso de los dos primeros,

Isabel PORRAS *et al.* (coords.): *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2013, e ID.: *La erradicación y control de las enfermedades infecciosas*, Madrid, Los Libros de la Catarata, 2016.

⁶³ María Isabel PORRAS, María José BÁGUENA y Rosa BALLESTER: «Spain and the Scientific International Conferences on Polio, 1940s-1960s», *Dynamis*, 30 (2010), pp. 117-144, y María Isabel PORRAS *et al.*: «La Asociación Europea contra la Poliomiélitis (AEP) y los programas europeos de vacunación», *Dynamis*, 32(2) (2012), pp. 287-310.

⁶⁴ Elisa ALEGRE-AGÍS, Josep BARCELÓ-PRATS y Josep M. COMELLES: «La confusión de los psiquiatras. Las narrativas en torno a la crisis del custodialismo durante el tardofranquismo», *Revista de Historia de la Psicología*, 39 (2018), pp. 31-39.

⁶⁵ Marcelino CANDAU: «Prefacio», en *El segundo decenio de la Organización Mundial de la Salud 1958-1967*, Ginebra, OMS, 1968, pp. IX-XI.

por su condición económica y epidemiológica; el último, iniciado en 1971, fue oficialmente ignorado conforme al tradicional posicionamiento ultracatólico del régimen⁶⁶. Y desde la perspectiva de las aportaciones hispánicas, se ha advertido la escasa entidad científica de las intervenciones de los delegados españoles en las sesiones oficiales de comités ejecutivos y asambleas de la OMS durante las dos primeras décadas de su participación⁶⁷.

Al mismo tiempo, la situación estructural de la Sanidad y la atención médica en España estaba inscrita en la tradición occidental, por lo que tampoco fue susceptible de intervenciones amplias, sino que se planteó una colaboración en materias puntuales. Su correcta apreciación debe tener presente los programas de becas de la OMS, que permitieron las estancias de investigación y formación de científicos, técnicos y otro personal, de distintos campos, en labores especializadas. Los programas más cortos, de una a tres anualidades, fueron proyectos instrumentales enfocados a suplir o reforzar aspectos materiales, como garantizar la movilidad de equipos para la lucha contra la lepra o la llegada de profesorado especializado extranjero. Los de duración media y larga implicaron, en general, tanto la generación de nuevas infraestructuras como la formación de personal, eventualmente incluso con la creación de nuevos nichos profesionales (rehabilitación infantil, neonatología). Un fracaso absoluto concitó el intento de establecer un servicio capacitado de estadísticas sanitarias, hecho que ayuda a entender la debilidad de la epidemiología española como ciencia central de la salud pública en el tardofranquismo. Varios de los proyectos más relevantes incidieron exclusivamente en pequeñas áreas de la Administración central, y más propiamente en Madrid, lo que hizo difícil su traducción en mejoras o cambios de cara a la población e incluso a la profesión en general.

Los asuntos que reclamaron una atención más continuada, por diez o más años, se financiaron con los programas de ayuda al desarrollo de Naciones Unidas. En términos materiales supusieron

⁶⁶ Esteban RODRÍGUEZ, Ágata IGNACIUK y Teresa ORTIZ: «Ovulostáticos y anti-conceptivos. El conocimiento médico sobre *la píldora* en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979)», *Dynamis*, 32 (2012), pp. 467-494.

⁶⁷ Esteban RODRÍGUEZ-OCAÑA: «España y la Organización Mundial de la Salud...», p. 6.

novedades permanentes: refuerzo del Servicio de Virus de la ENS, que más adelante dio lugar a la creación del Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitaria; creación del centro de salud pública de Talavera de la Reina; establecimiento de escuelas de diagnóstico serológico; creación de unidades de prematuridad, y establecimiento de unidades de rehabilitación infantil en varias ciudades, comenzando por Madrid y Barcelona. En cuanto a la especialización del personal, los proyectos OMS supusieron una fuente de formación actualizada y enfocada hacia el empleo de tecnologías concretas y novedosas de laboratorio, estandarizadas internacionalmente.

El cumplimiento de los objetivos no se ajustó a las previsiones casi en ningún caso, con la salvedad del proyecto de lucha contra las oftalmías transmisibles que colaboró efectivamente en eliminar la enfermedad tracomatosa de España, y el proyecto sobre enfermedades víricas, que consolidó una potente escuela española (y madrileña) sobre la que en momentos posteriores se alzó el actual Instituto de Salud Carlos III⁶⁸. En el terreno de la rehabilitación infantil se ha apuntado a la escasa capacidad organizativa del Gobierno y a la incompetencia de sus dirigentes para hacer efectivas las reformas propuestas, lo que conllevó retraso en adecuar espacios intrahospitalarios y tardanza en implantar los nuevos puestos de trabajo requeridos⁶⁹. El caso de la colaboración en salud mental muestra los efectos contradictorios o incompletos de una puesta al día que parece efectiva en cuanto a la recepción de novedades teóricas⁷⁰, si bien la modernización terminológica y temática no se acompañó de un cambio proporcionado en los servicios de atención a las personas con enfermedades psiquiátricas ni se cumplieron los objetivos profesionales, por ejemplo, no se consiguió la creación de la especialidad de psiquiatría infantil. Las dos más importantes razones estructurales fueron el divorcio institucional en-

⁶⁸ Rafael NÁJERA: *El Instituto de Salud Carlos III en el marco de la evolución de la Salud Pública*, Madrid, Instituto de Salud Carlos III, 2019.

⁶⁹ José Vicente TOLEDO y Rosa BALLESTER: «Los intentos de rehabilitación...».

⁷⁰ Ricardo CAMPOS y Enric NOVELLA: «La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960)», *Dynamis*, 37 (2017), pp. 65-87, y Enric NOVELLA y Ricardo CAMPOS: «From Mental Hygiene to Mental Health: Ideology, Discourses and Practices in Franco's Spain (1939-1975)», *History of Psychiatry*, 28 (2017), pp. 443-459.

tre la Seguridad Social y la Dirección General de Sanidad⁷¹ y la impermeabilidad de la Universidad española de la época. Como se insiste en la contribución de Novella titulada expresivamente «Los límites de la tecnocracia», se vivió la marcha tropicada de unos planteamientos modernos (sectorización, equipos multidisciplinares, unidades psiquiátricas en hospitales generales, técnicas psico-educativas, etc.) que no se implementaron en la práctica más que puntualmente⁷². Lo cual sugiere su contradicción con el molde político franquista en el que se incorporaron dichos supuestos, experiencia similar a la vivida en Grecia⁷³.

De todos los proyectos de larga duración, fue muy desafortunado el de creación de un área piloto de salud pública rural, que hubiera debido ser el comienzo de un cambio profundo en la orientación y práctica profesional en salud pública, siguiendo los objetivos trazados por la OMS en su cuarto (1967-1971) y quinto (1973-1977) programas de trabajo⁷⁴ acerca de la integración y coordinación de los servicios sanitarios nacionales, la prevención y la promoción de la salud. En modo alguno se alcanzó la meta de generar una dinámica transformadora del modelo de atención médica y preventiva. En este terreno, la colaboración de la OMS contribuyó a la legitimación interna de los intentos, finalmente fallidos, de un reformismo sanitario, en correspondencia con los aires planificadores que imperaban en la década de 1960 y que tuvo su versión más completa en el Plan de Actividades Sanitarias de 1965. Los resúmenes anuales de la Dirección General de Sanidad a partir de 1965 muestran que su cumplimiento fue desfalleciendo a lo largo del mandato de García Orcoyo, hasta que en 1973 su sucesor, Bravo Morate, lo para-

⁷¹ Es llamativo que los datos españoles recogidos en los informes bienales sobre la situación sanitaria mundial publicados por la OMS entre 1952 y 1972 no contengan información alguna sobre la actividad del Seguro de Enfermedad.

⁷² Enric NOVELLA: «Los límites de la tecnocracia. La modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo», *Dynamis*, 39 (2019), pp. 73-97.

⁷³ Despo KRITSOTAKI y Dimitris PLOUMPIDIS: «Progressive Science Meets Indifferent State? Revisiting Mental Health Care Reform in Post-War Greece (1950-1980)», *Dynamis*, 39 (2019), pp. 99-121.

⁷⁴ V. DUJANOVICK y E. P. MACH: *Distintos medios de atender a las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*, Ginebra, OMS, 1976.

lizó formalmente⁷⁵. El motivo no fue sino la persistente discordancia entre la Administración gubernativa y la Seguridad Social, obstáculo supremo para cualquier intento de avanzar hacia una atención médica integral, como reconocía Bravo y como habían señalado de manera persistente los distintos informes de consultores internacionales en España y en particular el de Brockington (1967), muy centrado sobre la administración sanitaria. La creación de una Comisión de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia para el II Plan de Desarrollo careció de consecuencias inmediatas en dicho sentido. Otra cosa sería el decenio siguiente, cuando estos principios contribuyeron a la gestación de la nueva Ley de Sanidad de 1986 y la creación del Sistema Nacional de Salud.

⁷⁵ Federico BRAVO: «Aspectos de la Sanidad Española en el año 1973», *RSHP*, 48 (1974), pp. 1-82, esp. p. 56.