

# Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960

*Global health in the making: health demonstration areas in Europe, 1950s and 1960s*

Esteban Rodríguez-Ocaña<sup>i</sup>

<sup>i</sup> Catedrático, Departamento de Historia de la Ciencia/  
Universidad de Granada.  
Granada – Andalucía – España  
orcid.org/0000-0003-4195-4487  
erodrig@ugr.es

Recebido em 3 jul. 2019.

Aprovado em 26 nov. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000300009>

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban.  
Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, supl., set. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/hcsm>>.

## Resumen

Salud global es un concepto complejo que implica la normalización de los procedimientos de actuación sanitaria siguiendo una doctrina acordada por expertos. Este trabajo se ocupa del establecimiento de zonas de demostración sanitaria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a modo de núcleos de modernos servicios sanitarios integrados. Revisa el origen, las bases teóricas y los objetivos de esta técnica y examina diversas experiencias europeas durante los primeros veinte años de la OMS. Pone de manifiesto la importancia histórica de las actividades de cooperación técnica de la OMS en la puesta en marcha de servicios sanitarios, una estrategia de largo plazo que ayuda a entender la aparición de la atención primaria de salud a finales de la década de 1970.

Palabras clave: demostración de salud; servicios sanitarios; Soissons (Francia); Uusimaa (Finlandia); Larissa (Grecia).

## Abstract

*Global health is a multifaceted concept that entails the standardization of procedures in healthcare domains in accordance with a doctrine agreed upon by experts. This essay focus on the creation of health demonstration areas by the World Health Organisation (WHO) to establish core nodes for integrated state-of-the-art health services. It explores the origins, theoretical basis and aims of this technique and reviews several European experiences during the first 20 years of the WHO. Particular attention is paid to the historical importance of technical cooperative activities carried out by the WHO in regard to the implementation of health services, a long-term strategic move that contributed to the thematic upsurge of primary health care in the late 1970s.*

*Keywords: health demonstrations; health services; Soissons (France); Uusimaa (Finland); Larissa (Greece).*



La complejidad del concepto de salud global encierra significados tan variados como el de concienciación sobre las amenazas epidémicas enmarcadas en condicionantes sociopolíticos, la gestión de los problemas sanitarios y las desigualdades de salud a escala mundial, o incluso el nombre de una nueva disciplina académica para el siglo XXI, que incluiría los saberes y las intervenciones sobre la salud de las poblaciones. En todos los casos incluye conocimientos y procederes sanitarios comunes, extendidos a través de la reproducción de modelos organizativos (Spiegel, Labonte, Ostry, 2004; Brown, Cueto, Fee, 2006; Koplan et al., 2009; Beaglehole, Bonita, 2010; Zylberman, Flahault, 2017). Si bien el proceso histórico de normalización en medicina y sanidad empezó con los logros de las ciencias de laboratorio hacia finales del siglo XIX, se continuó con éxito gracias a agencias interestatales o privadas en el siglo XX, entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), fundada en 1948 como heredera de las tareas de las anteriores Oficina Internacional de Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique), la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (OHSN), y la Administración de las Naciones Unidas para Socorro y Reconstrucción (United Nations Relief and Rehabilitation Administration). Aunque la fuente de la autoridad científica de la OMS proceda de su capacidad para movilizar los conocimientos, la producción de éstos está muy ligada a la existencia de acuerdos sobre las prácticas profesionales (Sturdy, Freeman, Smith-Merry, 2013, p.551) a lo que ha contribuido el ejercicio de funciones de apoyo o cooperación técnica por la OMS, favorecedoras del establecimiento de estándares universales de práctica sanitaria (Lee, Fang, 2013; Jamison, Frenk, Knau, 1998).

El presente estudio se centra sobre una práctica concreta, la de las áreas de demostración y formación sanitaria, que la OMS empleó para afrontar problemas de suministro o accesibilidad a la atención médica en contextos complejos por motivos geográficos, étnicos y profesionales. Se trata de una técnica nacida y difundida en los años del periodo de entreguerras, que fue mantenida por la OMS en los decenios siguientes. Si bien se aplicó de manera preferente en países menos desarrollados, existieron varios ejemplos dentro de la región europea. Como mostraré mas adelante, las zonas de demostración y formación sanitaria europeas de la década de 1950 surgieron como lugares de entrenamiento internacionales en prácticas sanitarias modernas para zonas rurales, vinculados a intervenciones filantrópicas norteamericanas anteriores a la Segunda Guerra Mundial en sintonía con los orígenes de la propia OMS y la procedencia occidental de la mayoría de su personal (Löwy, Zylberman, 2000; Farley, 2004; Birn, 2014). Las áreas europeas que se pusieron en marcha durante las décadas siguientes se inscribieron dentro de contextos nacionales de planificación para el desarrollo, manteniendo una conexión intelectual con la medicina social de entreguerras. Todas compartían un esquema organizativo común con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria integral a la población campesina, concediendo gran relevancia a otros profesionales sanitarios no médicos como interlocutores privilegiados de la población local y donde los mismos médicos realizaban tareas curativas y preventivas.

La historiografía contemporánea sobre la OMS ha atendido sobre todo a la agri dulce evaluación de las grandes campañas de erradicación, la corta viabilidad de la estrategia de atención primaria de salud y la pérdida de capacidad dirigente de la OMS a partir del

resurgir neoliberal (Packard, 2016; Cueto, 2004; Brown, Cueto, Fee, 2006; Fee, Cueto, Brown, 2008; Birn, 2018). El reciente libro de Cueto, Brown y Fee (2019) amplía la perspectiva para atender también a los conflictos sobre el derecho a la salud y los acontecimientos más recientes ocurridos en el siglo XXI. Sin embargo, pienso que no se ha dedicado la atención suficiente a otro rasgo constante de la actividad de la Organización como es la preocupación por los servicios sanitarios, la planificación y la administración sanitaria, cuyo ejercicio ha contribuido de manera significativa al desarrollo de la OMS como actor internacional en el sentido utilizado por Chorev (2012). Cueto (2004, p.1866) apuntaba al gran número de proyectos de la OMS en relación con la organización de un servicio sanitario básico que estaban en ejecución a finales de la década de 1960, y los considera “predecesores institucionales” de los programas de atención primaria de salud, mientras que Gorsky y Sirrs (2019) han estudiado la genealogía del trabajo de asesoramiento hecho por la OMS en lo tocante a los servicios sanitarios, analizando la historia intelectual de su organización.

Con este artículo pretendo contribuir a alargar el periodo cronológico en el que encontrar los orígenes de las propuestas de atención primaria de salud y de la estrategia “Salud para todos”, aparecidas a finales de la década de 1970, que hasta ahora se vienen explicando como la fusión de la tradición en sanidad rural de la OHSN hasta finales de la década de 1930 (Borowy, 2009a, 2009b) y las críticas desde mediados de los años 1960 al paradigma de las grandes campañas de erradicación, junto con determinadas experiencias locales particularmente instructivas (Litsios, 2002; Cueto, 2004; Cueto, Brown, Fee, 2019, p.170-171). La mayoría de estas iniciativas tuvieron lugar aprovechando la metodología del servicio básico de salud (Djukanovic, Mach, 1975), insuflada con un enfoque político y educativo de tipo comunitario que se denominó “salud por (o con) el pueblo”, en lugar de “salud para el pueblo” (Gish, 1979). Litsios (2002, 2015) defiende que las actividades de la OHSN en materia de intervenciones sanitarias rurales de finales de la década de 1930 (Borowy, 2009a, 2009b) fueron precursoras de dichas estrategias. No termina de estar clara la traslación de conceptos y técnicas desde los años de la década de 1930 a los de la década de 1970. Pienso que el estudio de casos concretos de intervenciones locales de organización de servicios sanitarios por la OMS, realizados en las décadas de 1950 y 1960, permitirá encontrar claves explicativas y averiguar los caminos seguidos. Siguiendo los patrones de organización y práctica de las zonas de demostración y de enseñanza sanitarias como modelos para un servicio sanitario rural básico, este trabajo sirve de complemento a la aproximación más teórica llevada a cabo por Gorsky y Sirrs (2019).

El ensayo se basa en la consulta de fuentes documentales de la OMS, en su mayoría accesibles por Internet, incluyendo los Informes anuales del director general, informes de comités de expertos publicados en la serie de informes técnicos editada por la Organización y las crónicas oficiales de esta como *Los primeros diez años de la OMS*, *El segundo decenio de la OMS*, *Forty years of WHO in Europe* y *Sixty years of WHO in Europe*. He empleado igualmente el informe no publicado de un seminario europeo de 1963 sobre zonas de demostración sanitaria, donado amistosamente por el actual director del Centro Regional de Salud Pública de Talavera de la Reina (España). He repasado de manera que pretendía ser exhaustiva las publicaciones sobre las zonas europeas, en idiomas francés, inglés y español, así como he consultado en el Archivo de la Fundación Rockefeller fuentes concernientes a las dos zonas

mas antiguas. Mi ignorancia del griego y el finlandés me han hecho inaccesible la muy útil bibliografía local en los casos referidos a dichos países.

A continuación procederé a examinar brevemente los orígenes de la técnica de las demostraciones sanitarias y su vigencia tras la guerra. A continuación discuto la extensión de dichas demostraciones en la posguerra europea y resumo diversas experiencias, unas llevadas a cabo con apoyo explícito de la OMS y otras no, para terminar con unos comentarios finales.

### **Origen de las demostraciones sanitarias**

El concepto de demostración sanitaria, junto al de centro de salud y encuesta sanitaria, nació dentro de la dinámica del movimiento de nueva salud pública en el periodo de entreguerras. Se acuñó desde las prácticas sanitarias estadounidenses del periodo de entreguerras, en particular en la zona industrial del Noreste de aquel país, donde exhibiciones temporales de “la maquinaria de salud comunitaria” (The Framingham..., 1920) pretendieron educar y convencer, tanto al público como a las autoridades, de la conveniencia de invertir en la defensa y promoción de la salud como objetivo irrenunciable (Weindling, 2008; Murard, 2008). Las demostraciones pusieron en práctica los principios de la nueva salud pública, donde se había dejado de lado la atención exclusiva al medio ambiente que hacía de la salud pública sinónimo de saneamiento o reducía a la higiene a operaciones minuciosas de limpieza, para incluir en su mirada a los individuos, partiendo del estudio de los gérmenes patógenos, el ambiente social (que sumaba vivienda, alimentación, educación y trabajo) y la herencia, llegando incluso a postular el incremento de salud como objetivo. La técnica de la demostración proporcionaba un camino directo “desde la prédica moral a la nueva salud pública”, como ha escrito Paul Weindling (2002). Esta transformación de la salud pública había comenzado en la Europa industrializada, contra las llamadas enfermedades sociales, como la tuberculosis, y condiciones de explicación compleja, como la mortalidad infantil, para ser conocida de forma genérica como medicina social o higiene social (Porter, 1997; Rodríguez-Ocaña, 1983, 1992; Rodríguez-Ocaña, Molero Mesa, 1993). La demostración era valiosa por su flexibilidad, que la hacía útil en contextos institucionales complejos en tanto que medio para conseguir la cooperación de una pluralidad de organizaciones, privadas y públicas, municipales o estatales, compañías aseguradoras y otras, interesadas en un mismo objetivo general (D’Antonio, 2017).

La investigación histórica vigente sobre la salud internacional en el periodo de entreguerras nos ofrece una imagen de fertilización cruzada entre continentes, distintas iniciativas locales se trasplantaban de un lado a otro y se transformaban en “experiencias comunitarias translocales” desarrolladas por una generación de expertos salubristas internacionalistas (Murard, 2005, p.219). Tal fue el caso, sin duda, de la recién independizada Yugoslavia, poco después de la Primera Guerra Mundial, donde filántropos norteamericanos descubrieron un concepto mas amplio de centro de salud, que incluía una dimensión recreativa (Weindling, 2008, p.73). Los salubristas norteamericanos fueron plenamente conscientes de dicho desarrollo multicéntrico, como reconoció el Simposio sobre Centros de Salud, celebrado en San Francisco en 1920, dentro de la 49ª conferencia de

la American Public Health Association (Symposium..., 1921). Para las fundaciones benéficas norteamericanas, las demostraciones sanitarias eran conceptuadas como laboratorios capaces de producir principios operativos con validez nacional y aún internacional (Weindling, 2008, p.70-71). Con las demostraciones se enseñaba al público a partir de sus propias experiencias, se rectificaban situaciones nocivas para la salud y se producían conocimientos nuevos útiles tanto para los profesionales como para las autoridades. Su fundamento no era otro sino “la desgastada fe positivista en la generalización espontánea de las mejores prácticas” (Murard, 2008, p.144).

De forma paralela al desarrollo de las demostraciones sanitarias nació una nueva estructura, el Centro de Salud, otro nombre para “un gran almacén de sanidad” (Rosen, 1971; Wilinsky, 1927). Con frecuencia era simultánea la instalación de un Centro de Salud y el lanzamiento de una demostración sanitaria, como entre 1917 y 1920 en Cincinnati, en el caso de la demostración sanitaria de Bellevue-Roseville, ciudad de Nueva York, a mediados de la década de 1920, en los centros rurales de salud montados por el US Public Health Service y en los proyectos financiados por la Fundación Rockefeller también en el mundo campesino, incluyendo casos en Europa. Como mostraron sendas conferencias europeas sobre Centros de Salud (Budapest, 1930) y sobre Higiene campesina (Ginebra, 1931), el inicio de un “sistema completo de salud rural”, según Borowy (2009a, p.337), requería la instalación de un centro técnico, el centro o unidad de salud (Packard, 2016, p.66-88). Mientras que una demostración sanitaria era algo temporal, el centro o unidad de salud contaba con una instalación permanente, un edificio, que acogía muchas de las actividades realizadas dentro del programa de la demostración, incluyendo la encuesta sanitaria.

La encuesta, definida como “una investigación llevada a cabo por un cuerpo de trabajadores entrenados para determinar el estado exacto de aquellas circunstancias que pueden afectar a la salud de una comunidad” (Horwood, Schevitz, 1921, p.113), fue otro instrumento técnico que encontró su forma moderna dentro de la misma matriz que el centro de salud o la demostración sanitaria (Ichok, 1929; Weindling, 2005). Hacia 1920 se sabía que, en los EEUU, se llevaban a cabo un número importante de encuestas de salud por fundaciones filantrópicas y demostraciones sanitarias (Horwood, Schevitz, 1921, p.114).

La característica profesional mas significativa del desarrollo de las demostraciones y centros de salud fue, sin duda, la consolidación de la visita a domicilio y la enfermería de salud pública, mezcladas en contextos crecientemente interdisciplinarios como el que se vivió en el caso ejemplar de East Harlem estudiado por D'Antonio (2017). En este punto conviene recordar la figura de Richard Cabot (1865-1939) y su libro *Social service and the art of healing* (New York, 1909), sobre los orígenes del trabajo social como profesión, que cristalizó en relación con los desarrollos analizados.

Y puesto que la salud rural se había convertido en asunto de primer magnitud en los momentos inmediatamente anteriores a la Segunda Guerra Mundial, centros de salud y demostraciones sanitarias aparecieron en muchos países europeos y se extendieron a otras partes del mundo gracias a la actuación de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, las fundaciones benéficas norteamericanas del ramo sanitario y la OHSN, asociadas a diversas iniciativas locales europeas. Muchos de los expertos y agrupaciones activas en el terreno de la salud rural que sobrevivieron a la guerra se vincularon a la OMS, en la que infundieron

esa tradición. Algunas de esas figuras relevantes, con un pasado de trabajo en medicina social, procedían de la Fundación Rockefeller, como John Grant (Birn, 2014, p.133).

### **Pervivencia de las demostraciones sanitarias en la posguerra**

La noción de demostración sanitaria mantuvo su vigencia en la recién nacida OMS, pues se correspondía con la idea dominante que entendía la actuaciones sanitarias internacionales como una acción de arriba abajo; es decir, el trasiego de ciencia, tecnologías, expertos y experiencias desde los países más desarrollados a los menos. Las demostraciones fueron un elemento privilegiado para la transferencia de conocimientos en muchos terrenos, como agricultura o educación, y también en salud (WHO, 1953a, p.30). Según Chisholm, primer director general de la OMS, las demostraciones transmitían una imagen del trabajo en salud como “parte integral del desarrollo económico y social de la comunidad”, en estrecha vinculación con “la mejora de los aspectos sanitarios de las condiciones económicas y productivas” (WHO, 1951, p.1, 25).

Una vez superadas las urgencias más imperiosas de la posguerra, la OMS se propuso llevar a cabo el “Programa de Asistencia Técnica para el desarrollo económico de los países poco desarrollados”, como aprobó la tercera Asamblea Mundial de la Salud (1950), concediendo prioridad a tres órdenes de problemas, a saber: enfermedades transmisibles, formación profesional y técnica y administración sanitaria (WHO, 1950). Como ya he expuesto, el compromiso de la OMS con el primero de esos objetivos ha sido tema preferente para los historiadores de la salud, lo que ha oscurecido la trascendencia de los otros dos. La consulta de los Informes Anuales del Director General permite apreciar que se recurría a técnicas de demostración en los tres grandes campos. Así, las campañas contra enfermedades transmisibles emplearon cierto número de centros asistenciales y de formación que concentraron recursos, experimentaron técnicas nuevas o poco conocidas y educaron de manera continuada a personal sanitario de distintas profesiones para su utilización en otros puntos del mismo país. La crónica del *Segundo decenio de la OMS* recoge el fracaso parcial de estas medidas, pues “los proyectos de demostración y formación solos no alcanzan” en la lucha contra las enfermedades transmisibles (WHO, 1968, p.127).

Por lo que se refiere a administración sanitaria, hacia 1950 el Director General de la OMS había recibido múltiples solicitudes de cooperación desde Ceilán, Chile, Colombia, Corea, Egipto, El Salvador, Haití, Perú y Venezuela y, al relatarlo, subrayaba la capacidad de su Organización para establecer áreas de demostración sanitaria (WHO, 1951, p.25). Tales áreas, o distritos, de demostración sanitaria servían como modelos organizativos para proporcionar un servicio integral de salud, incluyendo sus dimensiones preventiva y curativa, en particular aplicable a zonas rurales. La noción de “servicio integral de salud” se había formulado por vez primera en la década de 1920 (Gorsky, 2006), se había luego extendido hasta finales de la década de 1930 por la élite de salubristas internacionalistas, encontrando una plasmación en diversos lugares de Europa y Asia antes de la guerra y había crecido en la inmediata posguerra (ver, por ejemplo, Terris, Kramer, 1949; Roemer, Wilson, 1950). En lo más crudo de la Guerra Fría fue objeto de discusión en las Asambleas Mundiales de 1952 a 1954, celebradas en ausencia del bloque socialista encabezado por

la URSS (WHO, 1952). Desde el entendimiento de que “el factor humano es fundamental para el desarrollo social y económico y que la protección y promoción de la salud debe sostener cualquier proyecto de elevación del nivel de vida” (WHO, 1953b, p.29), el objetivo de conseguir un servicio integral de salud se aceptó como criterio de implementación del Programa de Asistencia Técnica de la ONU. Del mismo modo, la segunda reunión del comité de expertos en administración sanitaria (Ginebra, septiembre de 1953), donde se discutió sobre el tema, indicó que un servicio integrado de salud era “necesario para la protección de la salud en un territorio determinado” – protección que, para ellos, reunía la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la medicina curativa y rehabilitadora (WHO, 1954, p.4). Esta idea continuó viva en la famosa resolución de 1970 sobre Principios básicos para el desarrollo de un servicio nacional de salud aprobada por el plenario de la 23ª Asamblea Mundial de la Salud a propuesta de la URSS (Litsios, 2002). Por tanto se podría considerar como un concepto resistente al permanente conflicto ideológico entre capitalismo y socialismo dentro de las Naciones Unidas. Para un consultor británico de la OMS, en 1967, la integralidad del sistema sanitario era un elemento nuclear de la teoría salubrista profesional (Brockington, 1967). Las reuniones del Comité de Expertos en Administración Sanitaria celebradas en 1951, 1953 y 1959 formularon recomendaciones y planes para trazar sistemas básicos de salud, como han advertido Gorsky y Sirrs (2019), para conseguir “una cobertura sanitaria razonable de toda la población” (WHO, 1968, p.22).

En 1950 la OMS tenía en marcha unos 30 proyectos de consultoría y demostración en 20 países. Los resultados de tales intervenciones no pueden calificarse solamente desde los registros existentes en las crónicas de la OMS, donde la descripción de las demostraciones sanitarias locales se limitaba a recoger que eran “una técnica bien conocida que se emplea en la mayoría de los proyectos-país” (WHO, 1958, p.152), mientras que, en la década siguiente, pasó a ser dominante la preocupación por la planificación nacional a largo plazo (WHO, 1968, p.22). De hecho necesitaríamos disponer de un conjunto de estudios locales, inexistentes hasta la fecha, para alcanzar un diagnóstico. Sin embargo, su fracaso generalizado puede deducirse de posteriores testimonios críticos en apoyo de los planes de la atención primaria de salud, como se advierte en el informe conjunto de OMS y Unicef firmado por Djukanovic y Mach (1975).

En 1950, dos de los proyectos mencionados se desarrollaron en Europa: uno de demostración en sanidad portuaria contra las enfermedades venéreas, realizado en Rotterdam, y una operación conjunta en ciernes para crear un área de demostración sanitaria rural en Soissons, parte esta última del “continuo incremento de la colaboración” con la Oficina Europea de la Fundación Rockefeller (WHO, 1951, p.111). Dicha Fundación mantuvo significativos apoyos en personal, infraestructura y agenda a la OMS al menos durante sus dos primeras décadas de existencia (Birn, 2014, 2018). Del área de Soissons se dijo que era idéntica a otra en El Salvador (WHO, 1953b, p.25) que, a su vez, era “muy parecida a los proyectos de reconstrucción rural emprendidos por la Sociedad de Naciones en China durante la década de los años 1930”, según Packard (2016, p.101-102), quien destacaba el liderazgo de Milton Roemer.

En 1959, la lista de proyectos de la OMS incluía demostraciones sanitarias en unos 38 proyectos repartidos entre 27 países. La mitad de ellos eran de administración sanitaria,

incluyendo los de Soissons en Francia, Uusimaa en Finlandia y otro recién iniciado en Larissa, Grecia. Existía una gran confianza en que “las normas y procedimientos” aplicados en las áreas seleccionadas se generalizarían por los países respectivos e incluso serían de utilidad para otros (WHO, 1966, p.99-100). En 1969 se reconocían 29 proyectos de demostración en 24 países, catorce de los cuales incluían zonas de demostración, el 64% de los cuales se realizaban en África. Patrocinados por la OMS sólo existían dos proyectos de demostración en territorio europeo, el de Larissa ya mencionado y uno nuevo en Talavera de la Reina, España, si bien en otros países de la región estaban en marcha zonas de demostración sanitarias autónomas, sin apoyo ni financiación internacional.

Las áreas europeas de demostración sanitaria europeas pertenecían a tradiciones sanitarias e institucionales desiguales, lo que se traducía en diferencias de objetivos, funciones y estructuras, como examinaré a continuación.

## **Zonas europeas de demostración sanitaria, 1950-1970**

### **Soissons (Francia), 1950-1968**

Según fuentes oficiales de la OMS, varias “instituciones interesadas” planearon una zona de demostración y formación sanitaria en Soissons durante 1950 y 1951, con la que colaboró la OMS enviando un estadístico en 1952. En 1954 y 1955 apareció, bajo la denominación de proyecto EURO 61, el Centro de formación en salud pública rural de Soissons, financiado por EURO-OMS, el Centro Internacional de la Infancia (París) y la Fundación Rockefeller. A partir de 1956, y como proyecto EURO 61.1, la documentación de la OMS refleja una serie de cinco cursos de Sanidad rural, un curso de Enfermería de salud pública (1959) y otro de Práctica sanitaria (1967), todos con sede en el centro de Soissons y a los que asistió personal internacional becado por la OMS junto con estudiantes de la Escuela de Salud Pública francesa.

Históricamente Soissons era el centro de las actividades desarrolladas por la asociación filantrópica norteamericana creada por Anne Morgan (1873-1952), hija del financiero J.P. Morgan, al comienzo de la Primera Guerra Mundial, y de su versión francesa denominada Asociación de Higiene Social del Aisne (AHSA). Esta había conseguido montar un servicio social ejecutado por mujeres, que era único en la Francia rural (Diebolt, Fouche, 1994; McGuire, 2014; Galoin, 2018). En 1945, Morgan regresó a Soissons para, contando con Rose Dolan y Eva Dahlgreen como administradoras, volver a poner en pie la AHSA (Saint-Gilles, 2003). Consiguieron organizar de nuevo el servicio social de tal modo que consiguieron un monopolio de ejercicio, que pagaban las distintas instituciones implicadas. Esta tradición local característica fue relevante para escoger a Soissons como área de demostración (Note..., 1954).

Rose Dolan visitó en París, el 29 de junio de 1948, a Mary Elizabeth Tennant, directora adjunta de enfermería y salud pública de la Fundación Rockefeller, para tratar sobre el apoyo a la AHSA.<sup>1</sup> Tras tres años de negociaciones entre las organizaciones mencionadas y las autoridades francesas, a escala local y nacional, y con la inclusión de OMS y Unicef a partir de 1950, se trazó un plan general para consolidar el trabajo de la AHSA, añadiéndole una

dimensión formativa. Como futuro Director del área fue escogido el doctor Louis Lataillade (1910-1988), médico especialista en microbiología, higiene y medicina colonial por la Universidad de Argel, inspector de sanidad que dirigía desde 1946 la delegación sanitaria de Hautes Alpes.<sup>2</sup> Gracias a una beca proporcionada por la obra filantrópica de Morgan, Lataillade cursó el Master en Salud Pública en la Harvard University Public Health School durante el curso 1949-1950. La Fundación Rockefeller, por su parte, se ofreció a contribuir económicamente a la creación de un “laboratorio de salud pública y medicina social”, con lo que el Centro de Salud Pública de la región de Soissons se formó en 1951 para llevar a cabo un programa que combinaba el trabajo salubrista integral con un servicio de trabajo social y ofrecía formación tanto para estudiantes franceses como foráneos (Tennant, 1952).

El Centro de Salud Pública, propiedad legalmente de la AHSA, atendía a unas 150 mil personas, que ocupaban cerca de un tercio de la extensión geográfica total del *department* de Aisne, alrededor de la ciudad de Soissons. Con el respaldo económico de la Fundación Rockefeller implantó sus principales servicios entre 1953 y 1958. Se planeó como un centro coordinador para los negocios sanitarios de las diversas administraciones, provincial y municipal, los seguros sociales y la Mutualidad Agrícola, consiguiendo la unidad de acción de todas las partes interesadas, a lo que contribuyó particularmente “la buena disposición y la diplomacia mostradas por el Dr. Lataillade” (Note..., 1954, p.4). Hacia 1963 el director reconoció que había sido más fácil la puesta en marcha de la colaboración entre las instituciones preexistentes que integrar actividades de carácter preventivo y de atención médica (Broyelle, 1964). La participación del hospital local fue decisiva por contribuir con material e infraestructura (por ejemplo, acogió las dependencias de la dirección del centro). No sería casual que tanto el alcalde como el primer teniente de alcalde de Soissons fueran médicos hospitalarios en el momento de la creación del centro. El delegado sanitario provincial delegó su autoridad en el área al director del centro, que era su subdelegado. Al igual que con el plan unitario de trabajo social y sanitario a domicilio, la idea era evitar duplicidades y coincidencias tanto personales como funcionales.

Según su primer director, el trabajo del centro de Soissons se ejercía en los cuatro dominios siguientes: estadística sanitaria y demográfica; higiene pública; higiene social; y formación y educación (Lataillade, 1957). Sin embargo, es interesante advertir que un diagrama incluido en el mismo texto daba una imagen más simple del centro, con sólo dos secciones: una, de salud pública general, incluyendo las de higiene pública y social, y otra de educación sanitaria, con estadística, encuestas, saneamiento y formación. Los servicios sociales ocupaban una posición central como prueba de atención integral, de tal modo que reflejaba perfectamente la esencia técnica del área de demostración: dotar de actividad experimental y cuantificadora a un servicio sanitario establecido, añadiéndole una dimensión formativa reglada.

En un principio el centro de salud pública abarcó tareas de salud materno-infantil, lucha contra la tuberculosis y el cáncer, junto con el ensayo experimental de medios de saneamiento. La cercanía de París facilitó sin duda el recurso a especialistas médicos, psicólogos y enseñantes; sólo las trabajadoras sociales procedieron de la región, si bien dos de las primeras reclutadas recibieron fuera formación complementaria en trabajo social psiquiátrico. El centro introdujo los exámenes radiográficos de rutina en el campo

mediante una unidad móvil, alentó la apertura de consultorios materno-infantiles en todas las comunas rurales y creó una unidad de prematuros en el hospital, equipada por Unicef. Instaló también tres clínicas de orientación infantil durante su primera década de existencia. A comienzos de la década de 1950, observadores externos constataron que las madres preferían ser visitadas en su propia casa por una asistente social multifuncional antes que llevar a su bebé sano al consultorio médico (Note..., 1954, p.2). Las asistentes se distribuían por parejas en cada consultorio rural, contando con la dotación de un automóvil utilitario. Aproximadamente una década más tarde, sin embargo, las actividades de base hospitalaria eran las más relevantes en el campo de la atención materno-infantil y el centro intentó reemplazar a las asistentes sociales por sanitarias especialistas. Hacia mediados de la década de 1960, pasaron a primer plano las cuestiones de la atención médica ambulatoria y las nuevas formas de hospitalización, como hospitales de día y centros de convalecencia, junto con la rehabilitación en casos de enfermedades mentales y el abordaje de los problemas de salud de los ancianos.

La dimensión formativa del centro recibió atención constante, incluyendo cursos de actualización para médicos rurales, reuniones mensuales de trabajadores sociales y asambleas de personal de enfermería, así como charlas de especialistas. El centro de salud pública recibió diversos grupos de alumnos de disciplinas y profesiones diversas, provenientes de distintos puntos del país y entre 1955 y 1967 realizó hasta seis cursos de salud pública rural organizados por la oficina regional europea de la OMS (Euro-OMS). Al menos desde 1957 sus instalaciones sirvieron de lugar de enseñanza práctica para los estudiantes de la Escuela Nacional Francesa de Salud Pública y del Centro Internacional de la Infancia. Oficiales sanitarios de varios países europeos y de Oriente Próximo acudieron a Soissons para recibir cursos, discutir con expertos y realizar trabajos de campo. En 1955 hubo 137 invitados en régimen de internado y 42 visitantes de 49 países. En 1959 proporcionó un curso de dos meses para enfermería de salud pública que contó con asistencia de nueve alumnos europeos y tres marroquíes. Todavía en 1967 y 1968 el centro recibió al menos a dos grupos de una docena de oficiales sanitarios españoles cada uno, guiados por un asesor de OMS (WHO, 1973, p.257).

### **Uusimaa (Finlandia), 1959-1966**

Uusimaa apareció nombrada por primera vez en el Informe Anual del Director General de la OMS correspondiente a 1959, dentro del proyecto EURO 61.2. Informes posteriores hablaron de un “Curso de sanidad rural” (1959, 1961, 1962) y de un “Cursillo sobre práctica sanitaria” (1966). Con antelación, entre 1952 y 1954, la OMS había patrocinado el proyecto Finlandia 4 de salud pública general, incluyendo lucha antituberculosa, antivenérea y contra otras enfermedades transmisibles, administración sanitaria, saneamiento, enfermería, salud ocupacional e higiene social, salud materno-infantil, salud mental y formación en salud pública.

Al igual que Soissons, este territorio fue objetivo anterior de la filantropía americana. La División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller comenzó su apoyo a los estudios de enfermería en Finlandia en 1930, y lo mantuvo hasta 1957 (Tallberg, 2006). En

1939 la Sanidad Nacional finesa había aprobado la instalación de un área de prácticas para enfermería y matronería encomendada a las autoridades de la provincia de Uusimaa, que después de la guerra abarcó a la totalidad de la misma, excepto la capital, Helsinki. Para la organización del área y la formación del personal docente la Fundación Rockefeller concedió una subvención de US\$ 36.000 para el periodo 1950-1953 (Certification..., 1953) tras un decidido apoyo de John B. Grant (1949), renovada por otros US\$ 32.500 para el siguiente cuatrienio (Official..., 1954). Con este dinero se costeó la contratación de consultores, inspectores sanitarios y personal de oficina, además de suplementar los salarios de los profesionales sanitarios involucrados en tareas de formación.

La zona de Uusimaa abarcaba unos 10.000km<sup>2</sup> y una población ligeramente superior a 300.000 personas. Contenía tres hospitales psiquiátricos, cuatro sanatorios antituberculosos dotados con tres unidades móviles, 16 hospitalillos y 22 residencias comunales de ancianos (Uusimaa..., 1953). El director de la misma era el subinspector sanitario provincial, en aquel momento Leo A. Kaprio (1918-1999), quien había realizado una estancia en la Universidad Johns Hopkins becado por la Fundación Rockefeller en 1947-1948 y de nuevo en 1955 para obtener su doctorado en Harvard. Dirigió el Centro de Demostración y Formación Sanitaria de Uusimaa entre 1948 y 1952 y, en condición de director de la Sección de Salud Pública del Consejo Nacional de Sanidad, entre 1952 y 1956 supervisó la organización sanitaria de las diez provincias de Finlandia (Kaprio, 1991, p.31; WHO, 2010, p.24). La primera supervisora-jefa de matronería y enfermería fue Kather Brotherus, que estudió en EEUU durante 1949 con una beca de la División de Sanidad Internacional.

El área de demostración sanitaria de Uusimaa no suprimió los servicios ya existentes sino que les añadió una dimensión de formación profesional (Finland, 1949). Sus ámbitos de trabajo fueron similares a los de Soissons e incluyeron asistencia obstétrica rural, salud materno-infantil, salud mental, atención domiciliaria de personas con tuberculosis y saneamiento ambiental. El sistema sanitario finés se basaba en la provisión por los ayuntamientos de servicios sanitarios de primer nivel (Lataillade, 1954). Así, cada comunidad rural contaba con al menos un médico, que dividía su dedicación entre la propia de oficial sanitario y la asistencia médica benéfica y privada, así como con un número de enfermeras y matronas en función del tamaño de la población. Lataillade (1954, p.661) lo describió así:

En el campo, de largo el lugar mas poblado, la asistencia médica propiamente dicha está unida a la medicina preventiva y a las tareas de saneamiento y educación sanitaria, pues son desempeñadas por los mismos profesionales, responsables de un servicio polivalente que pivota sobre la familia.

Con una dotación mínima, compuesta por un Director a tiempo parcial, una secretaria y un ayudante, las actividades propias del área las llevaba a cabo el personal local de manera coordinada. Algunos programas estaban dirigidos por especialistas, (obstetra, pediatra, psiquiatra) que viajaban periódicamente desde Helsinki. El puesto de especialista en maternidad fue asignado a la doctora Anja Huhtinen entre octubre de 1951 y octubre de 1952, hasta que fue elevada al puesto de subinspectora médica provincial y directora del área de demostración de Uusimaa. Tras su temprana muerte en 1955, su puesto pasó a la doctora Kirsti Valanne (Maier, 1955). Una nutricionista, única existente en Finlandia en aquellos

momentos, también fue empleada en los momentos iniciales de la zona (Lataillade, 1954).<sup>3</sup> La idea general era instaurar una formación que añadiera a los estándares profesionales de enfermeras y matronas competencias en materia de nutrición, salud mental, aspectos sociales del bienestar materno, etc.

Cuatro centros docentes, la Escuela Estatal de Enfermería de Salud Pública, la Escuela Sueca de Enfermería, la Escuela de Enfermería de Helsinki y la Escuela Estatal de Matronas, enviaban anualmente hasta 324 estudiantes a Uusimaa para estancias de entre cuatro y seis semanas (Valanne, 1964). Su éxito permitió que, al ampliarse el número de escuelas de enfermería, de las que en 1963 había 22 en Finlandia, se extendiera a otras provincias un modelo similar de enseñanza práctica, si bien la formación práctica de matronas quedó concentrada en el área de Uusimaa (Lataillade, 1954). Alumnos de medicina del curso de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Helsinki recibieron clases impartidas por profesionales del área de Uusimaa, si bien no existió un acuerdo formal para ir más allá, lo que suponía un objetivo incumplido a primeros de la década de 1960. Dos cursos sobre salud campesina, en inglés, se realizaron en 1959 y 1961 y otro cursillo práctico en 1966 para una audiencia internacional que suministró entre 25 y 30 estudiantes extranjeros por año. Con antelación, se habían recibido desde la India y el Sureste de Asia funcionarios implicados en el desarrollo rural a través de programas de Naciones Unidas (Maier, 1953). A partir de 1960 se impartieron otros cursos únicamente accesibles para estudiantes nacionales.

A través de encuestas llevadas a cabo en Uusimaa se halló que el papel de matrona y enfermera visitadora concentrado en una misma persona era el medio ideal para la intervención sanitaria en las comunidades pequeñas.

### **Larissa (Grecia), 1958-1972**

En 1958 comenzó un proyecto del programa de ayuda técnica de Naciones Unidas titulado Grecia 25, con apoyo de la OMS y Unicef y la intención de organizar un área de demostración sanitaria en el distrito de Chrysoupoli (Macedonia oriental), en estrecha unión con un proyecto de desarrollo comunitario acorde con los planes de la Agencia Europea de Productividad, un organismo autónomo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico que se cerró en 1960, y que era financiado mayoritariamente por los EEUU (WHO, 1961, p.150). Tras un año de estudio por las autoridades griegas y la visita de un consultor de la OMS, dicha localización fue abandonada, por razones no explicitadas, a favor de Larissa, en la región de Tesalia, donde se desarrollaría entre 1959 y 1965. Tras ese año el programa 25 se denominó "Organización de servicios de salud pública y formación de personal", aunque su contenido se mantuvo inmutable. Dicha zona se estableció sobre una intervención anterior, proyecto Grecia 4, una demostración de salud materno-infantil, comenzada en la misma área en 1952 con el apoyo de la OIT, Unicef y el programa de ayuda técnica de Naciones Unidas. Aprovechó los servicios móviles del Servicio de protección materno-infantil de la Fundación Nacional Benéfica, fundada en 1915 con el nombre de Institución Patriótica para la protección y tutela social, a su vez relacionada con el apoyo anglo-norteamericano a Grecia en la inmediata posguerra (Close, 2004; Gillespie, 2008; Giannaki, 2014).

Los objetivos del área se describieron del siguiente modo: “establecimiento de servicios sanitarios completos e integrados en una zona rural en la que se ensayarán nuevos métodos de administración sanitaria, se dará formación práctica a personal sanitario de todas las categorías y se realizarán demostraciones y trabajos de investigación” (WHO, 1960, p.196). El área de demostración de Tesalia comprendía casi 14.000 km<sup>2</sup>, cuatro distritos (Larissa, Karditsa, Magnesia y Trikala) y cerca de 700 mil habitantes. Su puesta en marcha se comenzó en Larissa y en 1963 se esperaba extenderla a los restantes distritos (Strakalis, 1964). Además de visitas periódicas a los pueblecitos, la oficina central de Larissa proporcionaba servicios de salud mental, centro antituberculoso, servicio de odontología, consulta de enfermedades de transmisión sexual, unidad materno-infantil y laboratorio de salud pública, con capacidad para el análisis de aguas, leche, alimentos y diagnóstico de enfermedades infecciosas. En la cercana ciudad de Farsala existía una Escuela de Sanidad rural con su dotación de profesorado y estudiantes de distintas profesiones. Existían además cuatro hospitales públicos, cuatro centros sanitarios de distrito, delegados del Ministerio de Sanidad, una red de dispensarios públicos, según la legislación vigente (leyes 2592/1953 y 3487/1955), unidades móviles dotadas con uno o dos vehículos por sector (el distrito de Larissa, por ejemplo, estaba dividido en nueve sectores), encargados de la atención materno-infantil y vigilancia sobre saneamiento, junto con otras diez estaciones sanitarias, de ellas cuatro en Larissa, que suministraban atención médica general y obstétrica, atendían urgencias y consultorio materno-infantil. La titularidad de los servicios era plural e incluía organismos como los seguros sociales del estado, la Cruz Roja, el Servicio Médico-Escolar y la Fundación Nacional Benéfica, todos coordinados por la oficina central del área en Larissa, compuesta por un director médico experto en salud pública mas diversos especialistas y consultores externos. Los cometidos y objetivos de la empresa griega eran muy parecidos a los de las anteriores áreas europeas e incluían la coordinación de los servicios sanitarios existentes y su mejora mediante el empleo de estadísticas y encuestas, educación sanitaria de la comunidad y formación reforzada con la intención estratégica de desarrollar un modelo de atención sanitaria integrada válido para una zona rural.

Como era habitual, la OMS proporcionó consejeros especialistas y becas, mientras que otras instituciones, en especial Unicef, suministraron equipamientos y suministros. Según los Informes anuales, los consultores llevaron a cabo estudios en sus materia respectivas – laboratorio, estadística sanitaria, administración sanitaria y de hospitales, salud materno-infantil, tuberculosis – a la vez que ayudaban en las tareas de formación y evaluación. Se concedieron becas a sanitarios griegos para estudios en el extranjero (WHO, 1954, p.34-35). En 1959, gracias a una beca de cinco semanas, el futuro director del área viajó por Finlandia, Dinamarca y Francia y visitó las zonas piloto de Soissons y Uusimaa.

### **Otras zonas europeas de demostración y formación sanitaria**

En 1961, el Comité Regional Euro-OMS dedicó una “atención especial” a las áreas de demostración existentes en Europa a través de la convocatoria de un simposio con el que pretendía ayudar a países incluidos en el programa de asistencia técnica (WHO 1964, p.80). La reunión tuvo lugar en Le Vésinet, una pequeña y encantadora ciudad-jardín

cercana a París, entre el 20 y el 23 de marzo de 1963. Acudieron representantes de trece países, Albania, Argelia, Bulgaria, España, Finlandia, Francia, Grecia, Malta, Polonia, República Federal Alemana, Suecia, Turquía y Yugoslavia. Cuatro funcionarios de la OMS formaron el secretariado y junto a otros tres consultores y dos observadores completaron el total de asistentes. Los consultores fueron el profesor Bruno Kesić, director de la Escuela de Sanidad de Zagreb, la Dra. Jeanne Bruyelle, directora del Centro de Salud Pública de Soissons y la Dra. Kirsti Valanne, directora del área de Uusimaa. Entre los funcionarios de la OMS participantes se encontraban Lataillade y Kaprio. Los organizadores prepararon cinco casos, añadiendo los de Lublin (Polonia) y Rude (Yugoslavia [Croacia]) a las tres áreas ya explicadas. Además se presentaron otras cinco experiencias procedentes de Senegal, Turquía, Berlín Occidental, Serbia y Malta. Los casos de los centros sanitarios de la Rude, en Croacia, y la ciudad senegalesa de Khombole, junto con la estación sanitaria turca de Kazan así como las brevísimas descripciones de varias demostraciones en Serbia, iban en la línea del modelo de servicio sanitario integrado rural.

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, Rude dependía del distrito sanitario de Samobor, según las directrices emanadas de la Escuela de Salud Pública de Zagreb, y un centro subsidiario se instaló en dicha pequeña población para atender a una población poco mayor de 2,600 habitantes, repartidos en seis aldeas (Centre..., 1964). Este centro estaba atendido de forma permanente por una matrona de salud pública y una ayudante, mientras que un médico general acudía tres veces por semana. Los programas que se llevaban a cabo eran los habituales de protección materno-infantil, alimentación, saneamiento, tuberculosis e incluían atención médica y preventiva. Al centro de demostración de Rude acudían estudiantes de pregrado y graduados de la Escuela de Zagreb, médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios y técnicos. Los estudiantes de Medicina recibían un mes de prácticas en grupos reducidos de cinco o seis personas, tras su sexto semestre. Rude se pensó como núcleo de una red de centros similares que cubriese la totalidad del distrito de Samobor, de 36.000 habitantes.

Aunque el ponente polaco en el simposio, doctor J. Rychard, habló sobre el Instituto de Medicina del Trabajo y Sanidad Rural "Witold Chodzko", de Lublin, como un área de demostración sanitaria, este poseía una base institucional mucho más amplia (Rychard, 1964). Creación gubernamental, con autoridad sobre todas las zonas rurales de Polonia, su objetivo principal era proteger la salud de la población rural, lo que incluía la salud ocupacional y la mejora de las condiciones de la salubridad rural mediante investigaciones, estudios de campo y atención médica, incluyendo traumatología y el estudio y tratamiento de las enfermedades zoonóticas, dermatológicas y la salud infantil (Parnas, 1954). Abierto en 1951, este Instituto se inspiró en una institución búlgara hasta la fecha desconocida para mí, y en la figura y obra del psiquiatra y activista Witold Chodźko (1875-1954) (Parnas, 1961). Estuvo dirigido hasta 1964 por el parasitólogo Józef Parnas (1909-1998), antiguo investigador de la Universidad Veterinaria de Lviv, y experto de la OMS. Estudiantes y profesores de medicina acudían regularmente al Instituto en verano, y se impartían cursos de actualización para médicos rurales y todas las categorías de personal sanitario.

Las diferencias entre las distintas zonas eran evidentes en términos de organización, financiación y métodos de trabajo y tenían que ver con la situación sociopolítica de cada

país, pese a lo cual se alcanzó un consenso sobre la conveniencia, para los países en vías de desarrollo, del empleo de la técnica de la demostración sanitaria en los apartados de experimentación de laboratorio, ensayos de campo y dimensión formativa. Se subrayó igualmente que las áreas de demostración debían reforzar la oferta existente, de tal modo que sus actividades no debían comprometer la prestación de servicios médicos y preventivos ordinarios, que debían supervisar. Mas que adoptar un modelo único de ADS, se aceptó explícitamente la existencia de múltiples formas, respetando los diferentes objetivos, territorios y estructuras posibles, para conseguir “el estilo que mejor convenga [a cada lugar]” (Zones..., 1964, p.1), si bien resultaba claro para todos que su existencia debía estar estrechamente vinculada a los procesos de desarrollo socioeconómico en los distintos países.

Los aspectos más problemáticos de estos proyectos, es decir, los más difíciles de alcanzar, eran conseguir el compromiso de la población y establecer una colaboración permanente con las universidades y centros de investigación. Ambos fueron cuidadosamente diseccionados en las discusiones mantenidas y las actas del Simposio incluyen cierto número de recomendaciones razonables. Pese a tanto consenso, en los años siguientes sólo se crearía una nueva ADS en Europa, la de Talavera de la Reina, en Toledo (España), resultado del proyecto país España 30, 1965-1976.

### **Consideraciones finales**

Las áreas de demostración sanitaria apoyadas por la OMS en Europa durante la década de 1950 respondieron a la situación de déficit rural de los servicios sanitarios básicos. Se levantaron en lugares en los que existía una tradición de intervenciones internacionales. Las zonas de demostración de Soissons y de Uusimaa nacieron con voluntad de convertirse en centros-piloto de buenas prácticas sanitarias rurales con proyección global, gracias a la formación de sanitarios procedentes de distintas partes del mundo. No respondieron a ningún déficit en recursos económicos o profesionales, mas bien vinieron a consolidar una herencia norteamericana en la recién fundada OMS, como reconoció un antiguo director de su Oficina Europea (Kaprio, 1991, p.8), y a contribuir a generar conexiones globales. Vinieron a reforzar un sector sanitario que estaba organizado con anterioridad y añadieron una dimensión formativa, nacional e internacional, al trabajo desempeñado de manera regular por los servicios sanitarios preexistentes, a los que se suplementó con especialistas de fuera de la zona, generalmente en régimen de tiempo parcial. La formación de enfermería, trabajo social y matronería era lo importante a nivel local, mientras que la mayoría de visitantes extranjeros fueron médicos y oficiales sanitarios. Esta dimensión internacional mantenida por becas y ayudas para estancias cortas respondía a uno de los objetivos fundamentales de la OMS, la creación de una “comunidad de expertos ... para asegurarse colaboradores valiosos” (Kaprio, 1991, p.8-9). De hecho sus primeros directores, Louis Lataillade y Leo Kaprio, pasaron a trabajar para la OMS de forma inmediata una vez que dejaron sus puestos de responsabilidad en sus respectivos países; el primero fue incluso motivo de disputa entre la Fundación Rockefeller y la OMS, acusada de robar los mejores individuos de aquella (Birn, 2014).<sup>4</sup>

Los casos de Larissa y Talavera tenían mas raigambre nacional, enfocados a favorecer cambios internos en la organización sanitaria de Grecia y España, respectivamente. Su aspecto mas relevante desde el punto de vista funcional era el establecimiento de servicios sanitarios omnicomprensivos y coordinados, junto a programas de formación práctica para personal sanitario y aspectos de desarrollo comunitario.

Si quisiéramos evaluar el efecto a nivel nacional de estas zonas de demostración sería necesario contar con acercamientos particularizados. En Francia, hasta donde yo se, el centro de salud pública de Soissons fue una absoluta rareza, al menos hasta el comienzo de la puesta en marcha de los programas de Salud Para Todos, de acuerdo con la tendencia que mostró el cambio en la orientación de la investigación en salud pública hacia la biomedicina, ejemplificado por la transformación del Institut National d'Hygiène (Instituto Nacional de Higiene) en Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Instituto Nacional de la Salud y la Investigación Médica) en 1964 (Berlivet, 2008). El caso finlandés debería ser estudiado en conexión con el periodo conocido como *Sairas Suomi* (Finlandia enferma) vivido durante la década de 1960 – “¿cómo y por qué los niños mas sanos del mundo crecen como los adultos mas enfermos de Europa?” – y con el cambio del sistema finés de salud para desarrollar la atención primaria en 1972 (Harjula, 2004, 2016). Carezco de las fuentes adecuadas para explorar de forma completa las actividades del área de Larissa y sus consecuencias, mientras que el área española, comenzó a funcionar a partir de la segunda mitad de la década de 1970 como una institución modelo, hoy conocida como Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha, sin que los cambios en su entorno resultaran significativos a nivel nacional. Esto procede en gran medida de la tremenda división entre las dos administraciones sanitarias coexistentes en España en aquellos momentos, el Instituto Nacional de Previsión, que controlaba la Seguridad Social obligatoria para el mundo del trabajo, y la Dirección General de Sanidad, con jurisdicción sobre los servicios preventivos y la red pública de beneficencia (Rodríguez-Ocaña, Atenza Fernández, 2019).

Las figuras mas destacadas de entre los profesionales empleados en las áreas de demostración fueron las enfermeras y/o matronas de salud pública y las trabajadoras sociales polivalentes, reconocidas como los profesionales mas cercanos al público en las áreas rurales, con acceso al interior de los domicilios y perfectamente accesibles y responsables. Esta alta valoración es congruente con la tendencia dentro de la OMS a valorar la enfermería de salud pública, que defendía, frente a la tradicional formación sólo hospitalaria, una enseñanza universitaria acompañada de prácticas en servicios locales, tal y como muestra el cuarto informe (1959) del Comité de Expertos en Enfermería de la OMS (Galiana-Sánchez, 2017).

La estrategia de las demostraciones sanitarias integró el objetivo de conseguir una protección integral de las poblaciones, unificando la atención preventiva y la terapéutica, un ideal aparecido antes de la guerra entre los salubristas, aunque no compartido por todos los profesionales de la medicina y de la salud. Así, los distritos de demostración sanitaria para la Oficina Regional del Sureste de Asia de la OMS debían contar con “servicios sanitarios omnicomprensivos, de manera que tal organización pudiera recomendarse para su eventual adopción en otros distritos” (WHO/SEARO, 13 Sept. 1957). Sus funciones incluirían la evaluación de los problemas de salud mas importantes, la creación de una organización

sanitaria integrada, la coordinación de todos los servicios sanitarios de la zona, su mejora y desarrollo con otros adicionales si era necesario, y una evaluación final (WHO/SEARO, 8 Mar. 1961). Es decir, que el paralelismo existente entre las Oficinas Europea y Surasiática nos muestra tanto el consenso técnico interno dentro de la OMS como la fortaleza del concepto de 'salud integral' en dichos círculos profesionales. Y, sin embargo, la integración se convirtió en un objetivo fallido. En Soissons conocemos que muchas dificultades impidieron la integración de actividades preventivas y curativas mientras que Uusimaa nunca se empleó para la docencia médica. En aquellos terrenos sanitarios donde se había alcanzado un alto grado de unidad, la lucha antituberculosa o la salud materno-infantil, a mediados de la década de 1960, según la información suministrada por el Simposio EURO-OMS de 1963, parece imponerse una preeminencia del hospital y la atención por especialistas. El desarrollo de la tecnomedicina en la posguerra no facilitó el triunfo de la idea de atención integrada y comunitaria; por el contrario, fortaleció un modelo hospitalocéntrico enfocado sobre los individuos.

Pese a su fracaso a corto plazo, las ideas de integración y participación destacada de trabajadores sociales y otros profesionales sanitarios no médicos se mantuvieron dentro del campo de la salud pública, aunque no fuese de manera destacable, y contribuyeron a preparar el terreno para la posterior promoción de salud. Es conveniente recordar que la región europea fue la primera (1969-1970) dentro de la OMS en producir una estrategia a largo plazo, bajo la dirección de Leo Kaprio, que incluía la promoción de estilos de vida saludables, la reducción de riesgos prevenibles y la provisión de atención médica universal, esfuerzos claros en el camino de la estrategia de la atención primaria de salud con el objetivo de Salud Para Todos en el Año 2000 (WHO, 2010, p.27-28). Si la atención primaria se puede explicar como la unión entre una forma determinada de organización sanitaria y un sentido político-educativo de participación comunitaria, la técnica de las áreas o distritos de demostración y formación sanitarias aplicada por la OMS durante las décadas de 1950 y 1960 contribuyó de manera decisiva a establecer la base organizativa de aquella.

#### AGRADECIMIENTOS

Este trabajo, perteneciente al proyecto HAR2015-70688-C2-1-P, SALUDOMS, fue financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad del gobierno de España y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. El doctor Juan Atienza, la doctora Agata Ignaciuk y la profesora Anne-Emanuelle Birn compartieron conmigo amistosamente informaciones relevantes.

#### NOTAS

<sup>1</sup> Tras la muerte de Anne Morgan en 1952, la AHSA pasó a denominarse como actualmente, *Association Médico Social Anne Morgan*.

<sup>2</sup> Una biografía sucinta en: <<https://hsl.lib.unc.edu/specialcollections/bios/lataillade>>, consultada el 2 de octubre de 2018. Su fecha de muerte se encuentra en: <<https://data.bnf.fr/>>.

<sup>3</sup> Una lista completa de los trabajadores sanitarios de este área se encuentra en el documento "Uusimaa province health demonstration and teaching area, its activity and objectives for the next few years", sin fechar, pero que puede suponerse como del 16 de marzo de 1953, el cual está incluido en RF records, projects RG1.2(FA387), series 787 Finland, Box 1, Folder 4, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY.

<sup>4</sup> La noticia del conflicto en Birn, 2014, sin mencionar nombres. En comunicación mantenida el 23 de enero de 2019, la autora me confirmó que se trataba de Lataillade.

## REFERENCIAS

- BEAGLEHOLE, Robert; BONITA, Ruth. What is global health? *Global Health Action*, v.3, n.1, article 5142. Available at: <<https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142>>. Access on: 13 July 2020. 2010.
- BERLIVET, Luc. Between expertise and biomedicine: public health research in France after the Second World War. *Medical History*, v.52, n.4, p.471-492. 2008.
- BIRN, Anne-Emanuelle. WHO's health agenda? 70 years of struggle over WHO's mandate. *Lancet*, v.391, n.10128, p.1350-1351. 2018.
- BIRN, Anne-Emanuelle. Backstage: the relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization. Part I: 1940s-1960s. *Public Health*, n.128, p.129-140. 2014.
- BOROWY, Iris. *Coming to terms with world health: the League of Nations Health Organisation, 1921-1946*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 2009a.
- BOROWY, Iris. Thinking big: League of Nations efforts towards a reformed health system in China. In: Borowy, Iris (Ed.). *Uneasy encounters: the politics of medicine and health in China 1900-1937*. Frankfurt am Main: Peter Lang. p.205-228. 2009b.
- BROCKINGTON, Fraser C. *Rapport sur l'organisation des services de santé en Espagne*. Mission effectuée du 28 septembre au 17 décembre 1967. Project Files, SPA-SHS-001 1965-1979 SHS Health Demonstration and Training Area (SPA/68/004), PRO.528 (Archives of the World Health Organisation, Geneva). 1967.
- BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elisabeth. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American Journal of Public Health*, v.96, p.62-72. 2006.
- BROYELLE, Jeanne. Centre de santé publique de la région de Soissons. In: *Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO- 251, hors commerce; mimeo]. Annexe 2, p.40-45. 1964.
- CENTRE... Centre sanitaire de Rude, Yougoslavie. Directeurs: Professeur B. Kesic et Dr. Z. Sestak. In: *Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO- 251, hors commerce; mimeo]. Annexe 4, p.57-64. 1964.
- CERTIFICATION... Certification of the State Medical Board of Finland regarding the use of Rockefeller funds in 1952. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 4 (Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY). [1953].
- CHOREV, Nitsan. *The World Health Organization between North and South*. Ithaca: Cornell University Press. 2012.
- CLOSE, David H. War, medical advance and the improvement of health in Greece, 1944-53. *South European Society and Politics*, v.9, n.3, p.1-27. 2004.
- CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, v.94, n.11, p.1864-1873. 2004.
- CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elisabeth. *The World Health Organization: a history*. Cambridge: Cambridge University Press. 2019.
- D'ANTONIO, Patricia. *Nursing with a message: public health demonstration projects in New York city*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. 2017.
- DIEBOLT, Evelyne; FOUCHE, Nicole. 1917-1923: les américaines en Soissonnais, leur influence sur la France. *Revue Française d'Études Américaines*, v.59, p.45-63. 1994.
- DJUKANOVIC, V.; MACH, E.P. (Ed.). *Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries: a joint UNICEF/WHO study*. Geneva: WHO. 1975.
- FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: Oxford University Press. 2004.
- FEE, Elisabeth; CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M. WHO at 60: snapshots from its first six decades. *American Journal of Public Health*, v.98, n.4, p.630-633. 2008.

FINLAND.

Finland Uusimaa field training area-Designation Resolution IH 40025, 4-5 Nov 1949. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 4 (Rockefeller Archive Centre, Sleepy Hollow, NY). 1949.

GALIANA-SÁNCHEZ, María Eugenia.

The role of international organisations in the development of public health nursing, 1933-1974. *Gesnerus*, v.74, n.2, p.188-204. 2017.

GALOIN, Alain.

L'aide américaine en Picardie. *Histoire par image*. Available at: <<http://www.histoire-image.org/fr/etudes/aide-americaine-picardie>>. Access on: 24 Sept. 2018. Nov. 2007.

GIANNAKI, Dora.

Youth work in Greece: a historical overview. In: Taru, M.; Cousse, F.; Williamson, H. (Ed.) *The history of youth work in Europe*. v.4. Strasbourg: Council of Europe Publishing. p.91-106. 2014.

GILLESPIE, James A.

Europe, America, and the space of international health. In: Gross Solomon, Susan; Murard, Lion; Zylberman, Patrick (Ed.). *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. Rochester: University of Rochester Press. p.114-138. 2008.

GISH, Oscar.

The political economy of primary care and health by the people: a historical exploration. *Social Science and Medicine*, Part C, v.13, n.4, p.203-211. 1979.

GORSKY, Martin.

The Gloucestershire Extension of Medical Services Scheme: an experiment in the integration of health services in Britain before the NHS. *Medical History*, v.50, n.4, p.491-512. 2006.

GORSKY, Martin; SIRRS, Christopher.

From "planning" to "system analysis": health services strengthening at the World Health Organisation, 1952-1975. *Dynamis*, v.39, n.1, p.205-233. 2019.

GRANT, John B.

John B. Grant to George K. Strode, August 5th, 1949. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 4 (Rockefeller Archive Centre, Sleepy Hollow, NY). 1949.

HARJULA, Minna.

Health citizenship and access to health services: Finland 1900-2000. *Social History of Medicine*, v.29, n.3, p.573-589. 2016.

HARJULA, Minna.

Sick Finland? The crisis of Finnish health policy in the 1960s. *Michael*, v.1, p.287-299. 2004.

HORWOOD, Murray P.; SCHEVITZ, Jules.

The value of the public health survey in the public health campaign. *American Journal of Public Health*, v.11, n.2, p.113-117. 1921.

ICHOK, G.

Les enquêtes sur l'hygiène publique aux Etats-Unis d'Amérique. *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, n.51, p.834-842. 1929.

JAMISON, Dean T.; FRENK, Julio; KNAU, Felicia.

International collective action in health: objectives, functions, and rationale. *The Lancet*, v.351, p.514-517. 1998.

KAPRIO, Leo.

*Forty years of WHO in Europe: the development of a common health policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1991.

KOPLAN, Jeffrey P. et al.

Towards a common definition of global health. *The Lancet*, v.373, p.1993-1995. 2009.

LATAILLADE, Louis.

Le centre de santé publique de la région de Soissons. *Techniques hospitalières, médico-sociales et sanitaires*, v.12, n.143-144, p.50-56. 1957.

LATAILLADE, Louis.

Formation du personnel de la santé publique en Finlande. *Semaine médicale professionnelle et médico-sociale*, v.30, n.26-27, p.357-369. 1954.

LEE, Kelley; FANG, Jennifer.

*Historical dictionary of the World Health Organization*. Plymouth: The Scarecrow Press. 2013.

LITSIOS, Socrates.

On the origins of primary health care In: Medcalf, Alexander et al. (Ed.). *Health for all: the journey of universal health coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan. p.1-9. 2015.

LITSIOS, Socrates.

The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, v.32, n.4, p.709-732. 2002.

LÖWY, Ilana; ZYLBERMAN, Patrick.

Medicine as a social instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45. *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Science*, v.31, n.3, p.365-379. 2000.

MAIER, John.

John Maier's diary, September 14, 1955: Helsinki, p.156, Uusimaa Field Training Area 1949-57. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 5 (Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY). 1955.

MAIER, John.

John Maier's diary, October 13, 1953: Helsinki, p.131-132, Uusimaa Field Training Area 1949-57.

RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 4 (Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY). 1953.

MCGUIRE, Michael M.  
"A highly successful experiment in international partnership?" The limited resonance of the American Committee for Devastated France. *First World War Studies*, v.5, n.1, p.101-105. 2014.

MURARD, Lion.  
Design within disorder: international conferences on rural health care and the art of the local, 1931-1939. In: Gross Solomon, Susan; Murard, Lion; Zylberman, Patrick (Ed.). *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. Rochester: University of Rochester Press. p.141-174. 2008.

MURARD, Lion.  
Health policy between the international and the local: Jacques Parisot in Nancy and Geneva. In: Borowy, Iris; Gruner, Wolf D. (Ed.). *Facing illness in troubled times*. Frankfurt am Main: Peter Lang. p.207-245. 2005.

NOTE...  
Note on a visit by Professor J.M. Mackintosh and Dr. J.H.F. Brotherton to Soissons training area, 18th-21st May, 1954. RF records, RG 6, series 2, subseries 01, box 35, folder 325 (Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY). 1954.

OFFICIAL...  
Official notification from the Secretary, Rockefeller Foundation, to Dr Alexis Tähkä, Director General of the State Health Board of Finland, of the 1954-57 grant on January 28, 1954. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 5 (Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY). 1954.

PACKARD, Randall.  
*A history of global health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2016.

PARNAS, Józef.  
Protection de la santé de la population rurale en Pologne. Son développement. *Le Concours Médical*, v.83, p.1611-1615. 1961.

PARNAS, Józef.  
Rola i zadania Instytutu Medycyny Pracy Wsi [Role and tasks of the Institute of Occupational Hygiene in Rural Areas]. *Zdrow Publiczne*, v.2, p.151-156. 1954.

PORTER, Dorothy (Ed.).  
*Social medicine and medical sociology in the twentieth century*. Amsterdam: Rodopi. 1997.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban.  
*Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal. 1992.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban.  
La Academia de Higiene Social de Düsseldorf y el proceso de constitución de la medicina social como especialidad en Alemania. *Dynamis*, v.3, p.231-264. 1983.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban; ATENZA FERNÁNDEZ, Juan.  
El proyecto E30 OMS-España para el establecimiento de una zona de demostración sanitaria en Talavera de la Reina, 1965-1976. In: Porras, María Isabel (Coord.). *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*. Madrid: La Catarata. p.124-145. 2019.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban; MOLERO MESA, Jorge.  
La cruzada por la salud: las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la construcción de la cultura de la salud. In: Montiel, L. (Ed.). *La salud en el estado de bienestar: análisis histórico*. Madrid: Complutense. p.133-148. 1993.

ROEMER, M.I.; WILSON, E.A.  
Pattern of organized medical care programs in a rural county. *American Journal of Public Health*, v.40, n.7, p.821-826. 1950.

ROSEN, Georges.  
The first neighborhood health center: its rise and fall. *American Journal of Public Health*, v.61, n.8, p.1620-1637. 1971.

RYCHARD, J.  
Les zones de démonstration et de formation en Pologne. In: *Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO- 251, hors commerce; mimeo]. Annexe 5, p.65-68. 1964.

SAINT-GILLES, Laurence.  
Le comité américain de secours civil. In: Duménil, Anne; Nivet, Philippe (Ed.). *Les reconstructions en Picardie*. Amiens: Encrage. p.229-242. 2003.

SPIEGEL, Jerry M.; LABONTE, Ronald; OSTRY, Aleck S.  
Understanding "globalization" as a determinant of health determinants: a critical perspective. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v.10, n.4, p.360-367. 2004.

STRAKALIS, L.  
La zone de démonstration de santé publique de Thessalie, Grèce. In: *Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale

- de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO- 251, hors commerce; mimeo.]. Annexe 3, p.46-56. 1964.
- STURDY, Steve; FREEMAN, Richard; SMITH-MERRY, Jennifer.  
Making knowledge for international policy: WHO Europe and mental health policy, 1970-2008. *Social History of Medicine*, v.26, n.3, p.532-554. 2013.
- SYMPOSIUM...  
Symposium on the Health Center. *American Journal of Public Health*, New York, v.11, n.3, p.212-233. 1921.
- TALLBERG, Marianne.  
Venny Snellman, Finnish nurses and Rockefeller Foundation support, 1929-1956. *Nursing History Review*, v.14, p.175-188. 2006.
- TENNANT, Mary E.  
*Mary E. Tennant's Diary 1952: Soissons Center, April 7, 1952*. Rockefeller Foundation records, officers' diaries, RG 12- 2 Tennant, 1932-1955 (Rockefeller Archive Centre, Sleepy Hollow, NY). 1952.
- TERRIS, Milton; KRAMER, Nathan A.  
Medical care activities of full-time health departments. *American Journal of Public Health*, v.39, n.9, p.1129-1135. 1949.
- THE FRAMINGHAM...  
The Framingham community health demonstration. *Tubercle*, v.1, n.9, p.437-440. 1920.
- UUSIMAA...  
Uusimaa province health demonstration and teaching area, its activity and objectives for the next few years. RF records, projects, RG1.2 (FA387), series 787 Finland, box 1, folder 5 (Rockefeller Archive Centre, Sleepy Hollow, NY). 1953.
- VALANNE, Kirsti.  
Zone de démonstration, de formation et de recherche en santé publique d'Uusimaa, Finlande. In: *Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO- 251, hors commerce; mimeo.]. Annexe 2, p.34-39. 1964.
- WEINDLING, Paul.  
American foundations and the internationalizing of public health. In: Gross Solomon, Susan; Murard, Lion; Zylberman, Patrick (Ed.). *Shifting boundaries of public health: Europe in the twentieth century*. Rochester: University of Rochester Press. p.63-86. 2008.
- WEINDLING, Paul.  
Interwar morbidity surveys: communities as health experiments. In: Borowy, Iris; Gruner, Wolf (Ed.). *Facing illness in troubled times: health in Europe in the interwar years 1918-1939*. Frankfurt am Main: Peter Lang. p.75-128. 2005.
- WEINDLING, Paul.  
From moral exhortation to the new public health, 1918-45, In: Rodríguez-Ocaña, Esteban (Ed.). *The politics of the healthy life, an international perspective*. Sheffield: EAHMH. p.114-130. 2002.
- WHO.  
World Health Organization. *Sixty years of WHO in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2010.
- WHO.  
World Health Organization. The work of the World Health Organization 1972. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.205. 1973.
- WHO.  
World Health Organization. *The second ten years of the World Health Organization, 1958-1967*. Geneva: World Health Organization. 1968.
- WHO.  
World Health Organization. The work of the World Health Organization 1965. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.147. 1966.
- WHO.  
World Health Organization. The work of the World Health Organization 1963. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.131. 1964.
- WHO.  
World Health Organization. The work of the World Health Organization 1960. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.105. 1961.
- WHO.  
World Health Organization. The work of the World Health Organization 1959. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.98. 1960.
- WHO.  
World Health Organization. *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. 1958.

WHO.

World Health Organization. Methodology of planning an integrated health programme for rural areas. Second report of the Expert Committee on Public Health Administration, Geneva, World Health Organization. [*Technical Report Series*, n.83]. 1954.

WHO.

World Health Organization. Executive Board, eleventh session held in Geneva from 12 January to 4 February 1953. Resolution on criteria for the development of health aspects of the technical assistance programme (EB11.R57.6). *Official Records of the WHO*, n.46, p.28-30. 1953a.

WHO.

World Health Organization. The work of the World Health Organization 1952. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.45. 1953b.

WHO.

World Health Organization. Rapport des discussions techniques sur les méthodes de protection sanitaire à appliquer sur le plan local. Discussions techniques à la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé. *Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé*, v.6, n.7-8, p.33-57. 1952.

WHO.

World Health Organization. The Work of the World Health Organization 1950. Annual report of the director-general to the World Health Assembly and to the United Nations. *Official Records of the WHO*, n.30. 1951.

WHO.

World Health Organization. Programme of technical assistance for economic development of underdeveloped countries. Executive Board Sixth Session, held in Geneva from 1 to 9 June 1950. Resolutions and Decisions. Annexes. *Official Records of the WHO*, n.29, p.1-2. 1950.

WHO/SEARO.

World Health Organization/South-East Asia Regional Office. Memorandum 8 March 1961, to WHO Headquarters, PHA Section. Subject: District Demonstration Projects in India (India 125). WHO 3&4, P8/522/9 (Archives of the OMS, Geneva). 8 March 1961.

WHO/SEARO.

Technical Circular No.14, 13 September 1957. WHO 3&4, P8/522/9 (Archives of the OMS, Geneva). 13 Sept. 1957.

WILINSKY, Charles Francis.

The Health Center. *American Journal of Public Health*, v.17, n.7, p.677-682. 1927.

ZONES...

*Zones de démonstration, de formation et de recherche en santé publique*. Rapport sur un Séminaire réuni par le Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Vésinet, 20-30 mars 1963. Copenhague: Bureau Régional de l'Europe; OMS, [EURO-251, hors commerce; mimeo.]. 1964.

ZYLBERMAN, Patrick; FLAHAULT, Antoine.

Introduction to history and global health. *Gesnerus*, v.74, n.2, p.159-173. 2017.

