

# UN SALUDO A LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD<sup>1</sup>

Dr. Myron E. Wegman<sup>2</sup>

*El 2 de diciembre de 1977 la Organización Panamericana de la Salud, el más antiguo de los organismos internacionales de salud, celebra su 75° Aniversario. La Organización, limitada en un principio en cuanto a alcance y actividades y, por consiguiente, restringida en su crecimiento durante la primera parte de este siglo, ha ampliado extraordinariamente su importancia e influencia en el transcurso de los últimos tres decenios. En realidad, en el ámbito mundial y en el Hemisferio Occidental las organizaciones internacionales de salud, de entre todos los organismos especializados de las Naciones Unidas o de la Organización de los Estados Americanos, han dado pruebas de constante progreso. Muchos observadores, con considerable justificación, lo atribuyen tanto al innato deseo del hombre por lograr un entendimiento general y una comunidad de intereses como a los avances específicos en el sector salud. Parece evidente de por sí que la colaboración internacional, tan a menudo frustrada en la arena política, se adapta particularmente a la universalidad implícita en un organismo de salud. Cabe recordar que la interacción de la salud y el comercio internacional constituyeron un factor clave en el establecimiento, a principios de siglo, de la entidad que ha pasado a ser la Organización Panamericana de la Salud.*

## Reseña histórica

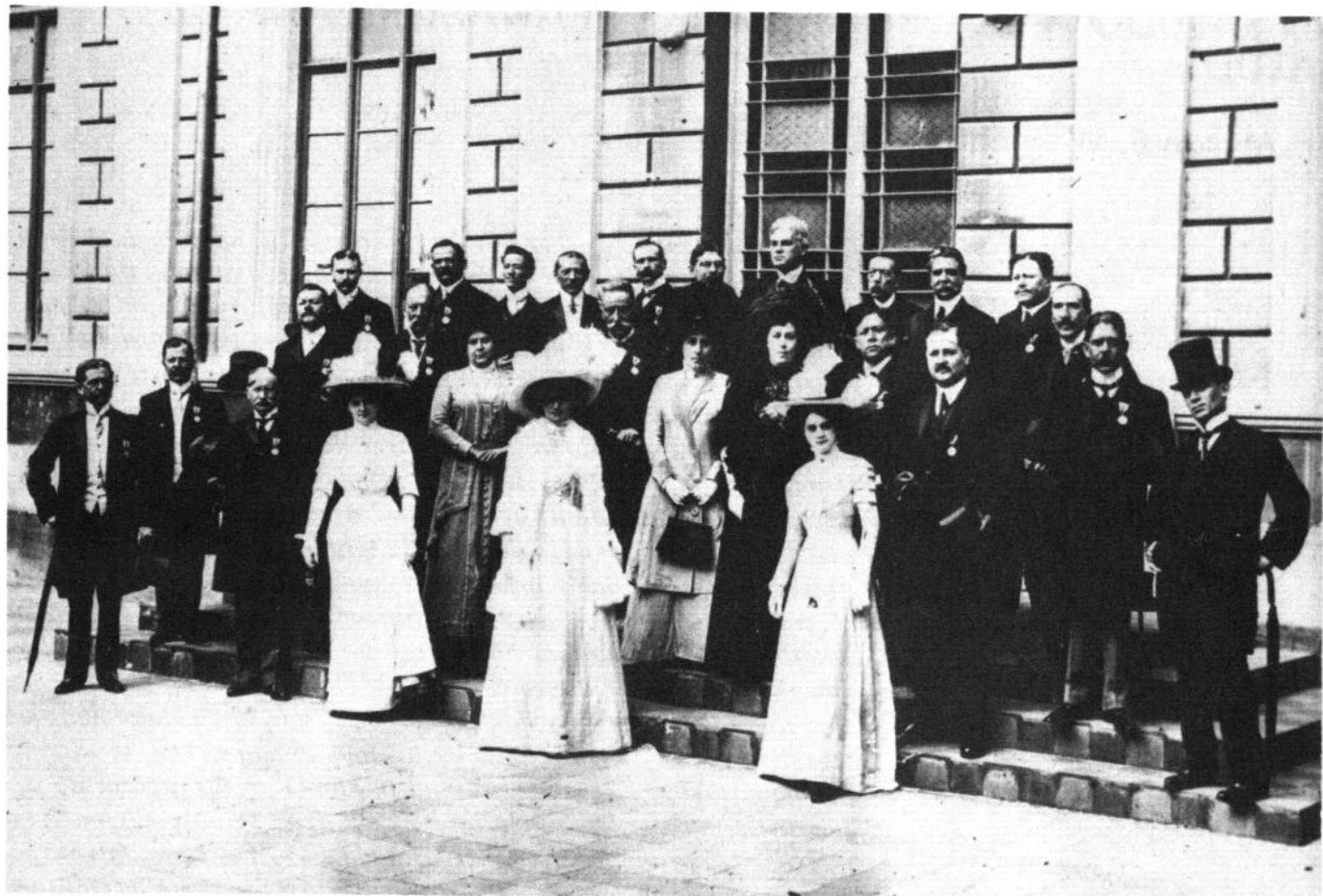
En esta era de viajes rápidos y cada vez más frecuentes es obvio que las condiciones de salud y ambientales de un país afectan muy directamente a la salud de los ciudadanos de todos los países. Con todo, la colaboración internacional en el campo de la salud, que estuvo mucho tiempo en las etapas de deliberación y preparación, fue cobrando realidad con lentitud. La Asociación Americana de Salud Pública (APHA), fundada en 1872 se anticipó a la creación de la OPS en 30 años. Además, fue en 1851, apenas 20 años antes, que se iniciaron, en una reunión celebrada en París, los primeros esfuerzos por organizar, con algún carácter

oficial, la cooperación multinacional en el ámbito de la salud pública. La historia de esa reunión y de la serie de conferencias sanitarias internacionales que la siguieron ha sido reseñada recientemente en una fascinante monografía de Norman Howard-Jones (1). Lamentablemente, aunque los datos históricos sobre las cuarentenas extranjeras datan del siglo XIV (2), los resultados de estas conferencias fueron desalentadoramente magros y la participación de Estados Unidos limitada.

La falta de un progreso significativo, conjugada con los obstáculos que planteaban los problemas de salud al comercio internacional en las Américas, debe haber figurado entre los factores que dieron lugar a que la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (celebrada en Ciudad de México, del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902) instara la convocatoria de una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas con el fin de designar un consejo

<sup>1</sup> Texto traducido del artículo del mismo nombre publicado en *American Journal of Public Health*, Vol. 67, No. 12, 1977, págs. 1198-1204. Una versión condensada se publica en inglés en *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. XI, No. 4, 1977.

<sup>2</sup> Profesor de Salud Pública (Cátedra John G. Searle) y Decano Emérito, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan, E.U.A.



Delegados a la IV Conferencia Sanitaria Internacional, San José, Costa Rica, 1909.



El Dr. Soper, en representación de la OSP, y el Dr. Chisholm, primer Director General de la OMS, firmaron el convenio por el cual la OSP se convirtió en Oficina Regional de la OMS para las Américas. Nueva York, 1949.

ejecutivo permanente . . . que se denominará "Oficina Sanitaria Internacional" y residirá en Washington, D.C. (3, 4). Tanto Estados Unidos como otros países estaban interesados en acelerar el transporte de las cargas perecederas y en simplificar el laberinto de reglamentos de cuarentena, inspección y exclusión que dificultaban seriamente el transporte de mercancías. A decir verdad, eran pocas las razones científicas que interferían, a veces en forma caprichosa, los movimientos de las naves que fue característica de la época. Otra cuestión oportuna en la convocatoria de la Conferencia fue la entonces recentísima prueba de la teoría de Carlos Finlay,<sup>3</sup> el gran

<sup>3</sup> Presidente, Asociación Americana de Salud Pública, 1903-1904.

médico cubano, respecto de la transmisión de la fiebre amarilla por el *Aedes aegypti*. La demostración de este hecho en La Habana por parte de Reed, Lazear y Agramonte puso de relieve las posibilidades de la cooperación internacional.

La convención se celebró en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902, con la asistencia de representantes de 11 países. Se adoptó una serie de resoluciones, incluida una relativa a la constitución de la Oficina (véase la Resolución VII que se cita abajo). El nuevo organismo debía concentrarse en los problemas inmediatos, aunque, con laudable presciencia, su mandato fue más amplio.

El presupuesto de EUA\$5,000 evidente-

## VII.

*La Oficina Sanitaria Internacional ha de ayudar á las diferentes Repúblicas y ha de ser ayudada por ellas.*

Por cuanto la Segunda Conferencia Panamericana, celebrada en la ciudad de México, de octubre de 1901 á enero de 1902, dispuso que se reuniera en Washington una Convención Sanitaria dentro de un año, á contar de la fecha de la firma de las resoluciones relativas al saneamiento y á la cuarentena, y que se eligiese una Oficina Sanitaria Internacional, cuyo centro permanente había de establecerse en Washington, con el fin de prestar servicios efectivos á las diferentes Repúblicas representadas en esta convención; Por tanto,

*Se resuelve:* (a) Que será deber de la Oficina Sanitaria Internacional pedir á cada República, que remita pronta y regularmente á dicha oficina todos los datos de toda clase relativos al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.

(b) Proporcionar á dicha oficina todo el auxilio posible para que haga un estudio detenido y científico de las invasiones de cualquiera enfermedad contagiosa que pueden ocurrir en el territorio de dichas Repúblicas.

(c) *Se resuelve, además,* Que la Oficina Sanitaria Internacional estará obligada á prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir á que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas Repúblicas, á fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas.

(d) *Se resuelve, además,* Que la Oficina Sanitaria Internacional deberá estimular y ayudar ó imponer por todos los medios lícitos á su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en las bañías, el alcantarillado ó sistema de cloacas, el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todos los edificios, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos.

(e) *Esta convención recomienda, asimismo,* Que á fin de poner en práctica las medidas precitadas, la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas ha de recaudar un fondo de \$5,000, moneda de los Estados Unidos, de acuerdo con el párrafo 7 de las resoluciones de la Segunda Conferencia Panamericana, á que antes se ha hecho referencia.

(Versión original *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics* —New Willard Hotel, Washington, D.C., 2-4 de diciembre, 1902 U.S. Senate, Document No. 169. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, 1903)

mente no reflejaba el programa total, por cuanto la mayor parte de los trabajos la realizaba personal científico y técnico proporcionado con carácter de adscrito, por los Países Miembros. Esta medida pareció perfectamente lógica a los gobiernos respectivos, ya que el hecho de trabajar en la Oficina Sanitaria Internacional permitía a estos profesionales realizar, de manera más eficaz, las tareas para las cuales los empleaban sus gobiernos. El control de las enfermedades transmisibles y la minimización de la interferencia de los reglamentos de cuarentena satisfacían directamente los intereses económicos de los gobiernos y de las empresas comerciales que los influían. Sin embargo, sean cuales fueren los motivos, se habían echado los cimientos de la cooperación multinacional en el ámbito de la salud cinco años antes del primer esfuerzo mundial organizado: la firma, en París, del Convenio Constitutivo de l'Office International d'Hygiène Publique (2). Esta Oficina, encargada fundamentalmente de compilar y diseminar información epidemiológica y de control de enfermedades, sobrevivió dos guerras mundiales hasta que su patrimonio se transfirió a la nueva Organización Mundial de la Salud.

Cabe observar que la elección original del nombre de esta organización puso de manifiesto la cautela de los países de las Américas al iniciar sus actividades en el campo de la cooperación internacional en salud. En los idiomas francés e inglés la palabra "Bureau" alude a una dependencia que no posee muy alto rango y que, por lo común, está subordinada a una autoridad superior. Las palabras "Oficina" en español y "Repartição" en portugués tienen connotaciones similares. En términos de paralelos nacionales, cabe señalar que en ese tiempo el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos estaba organizado en forma de oficinas.

En la Conferencia Sanitaria Internacional de 1902 se estableció el sistema de convocar periódicamente una conferencia similar que serviría de órgano directivo de la Oficina, aprobaría su presupuesto y elegiría un Comité y Presidente para supervisar el programa. El

primer Presidente fue el Dr. Walter Wyman, a la sazón Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública y Hospitales Marítimos de Estados Unidos. Las conferencias sanitarias internacionales siguientes dieron lugar a una lenta expansión en cuanto a la participación y en cierta medida a una ampliación del programa, aunque, en el ámbito del personal, se mantuvo la práctica de prestación de servicios a tiempo parcial.

Alrededor de 1924 las 21 repúblicas americanas se habían asociado a los trabajos de la Oficina y la Conferencia Sanitaria Panamericana de ese año, a la que asistieron 18 países, tomó la significativa medida de adoptar el Código Sanitario Panamericano (5) que, por constituir un tratado internacional, fue ratificado oficialmente por las 21 repúblicas americanas. El Código, culminación de 12 años de esfuerzo y todavía en vigencia, atribuyó al organismo que denominó Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) facultades y objetivos más amplios y estableció un cimiento jurídico más firme para su futura expansión.

El Cirujano General Rupert Blue había sucedido al Dr. Walter Wyman en la Presidencia y, a su vez, fue sucedido en 1920 por el Cirujano General Hugh S. Cumming. Cuando en 1936 se retiró de su puesto de Cirujano General, el Dr. Cumming pasó a ser el primer Director de la OSP, a tiempo completo; en esta Organización prestó 26 años de servicio hasta su nombramiento como Director Emérito por la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en enero de 1947. El Dr. Cumming mantuvo con éxito los programas de la OSP a través de una depresión y una guerra, en estricta adherencia a sus objetivos básicos. El estallido de la Segunda Guerra Mundial estimuló la expansión de las actividades internacionales de salud en las Américas, debido a la posibilidad de explotar el caucho y otros cultivos cuyo suministro había sido interrumpido por la actividad militar en el Lejano Oriente; sin embargo, la OSP no aprovechó esa oportunidad para ampliar sus funciones.

La Conferencia de 1947 eligió Director

al Dr. Fred L. Soper, que había tenido una distinguida carrera en las actividades de la Fundación Rockefeller en América del Sur, Italia y África septentrional. Inmediatamente, el Dr. Soper se ocupó de ampliar, en gran medida, el alcance de las actividades y la influencia de la OSP. La Conferencia de 1947 adoptó una constitución estableciendo la Organización Sanitaria Panamericana, compuesta por la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo y la Oficina Sanitaria Panamericana, esta última con carácter de secretaria. Se determinó que todo el territorio de las Américas constituiría el ámbito geográfico de sus actividades. El presupuesto de EUAS\$1,300,000 aprobado representó un grandísimo aumento en relación con aquel primer presupuesto de 1902 que era de EUAS\$5,000.

La firma de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 inauguró una nueva etapa en la colaboración internacional en salud. Una disposición especial (Artículo 54) previó la integración de la OSP y otros organismos regionales de salud a la OMS. Sobre la base de este artículo y de una serie de negociaciones, el Dr. Soper, en representación de la Organización Sanitaria Panamericana, y el Dr. Brock Chisholm, primer Director General de la Organización Mundial de la Salud, en representación de la OMS, firmaron en 1949 un acuerdo formal en virtud del cual la OSP se convertiría a su vez en Oficina Regional de la OMS para las Américas. El Consejo Directivo o la Conferencia Sanitaria Panamericana pasaron a ser simultáneamente Comité Regional de la OMS para las Américas y, dado que la Constitución de la OMS disponía que el Director Regional para las Américas fuera designado por el Consejo Ejecutivo, en común acuerdo con el Comité Regional, la Conferencia Sanitaria Panamericana, en su carácter de Comité Regional, podía asegurar el nombramiento del Director de la OSP como Director Regional.

Según los términos del acuerdo (5), la organización internacional de salud del Hemis-

ferio Occidental conservaría su condición independiente establecida en 1902, pero asumiría las funciones adicionales de una Región de la OMS, razón por la cual las actividades intergubernamentales de salud en las Américas se realizarían en el contexto de un solo programa. En la práctica y con el correr del tiempo, este arreglo ha funcionado de manera muy satisfactoria y la mayor parte de los miembros del personal de la OSP no sabe cuál de las Organizaciones es realmente su empleador. En el Programa y Presupuesto, naturalmente, se identifican las distintas fuentes de recursos, pero para todos los fines prácticos se aplican los mismos procedimientos operativos, políticas de empleo, normas y beneficios de personal y arreglos fiscales. El hecho de mantener ambas identidades ha sido beneficioso para los pueblos de las Américas porque, como sus gobiernos contribuyen a la salud internacional por conducto de la OPS y de la OMS, el programa en las Américas es correlativamente más amplio que en otras regiones de la OMS. A fin de simplificar la terminología y dado que este artículo está dirigido al 75° Aniversario, en él se usa solamente la sigla OPS. Hoy se acostumbra utilizar la designación OPS/OMS al referirse al programa de las Américas para poner de relieve y fortalecer la relación integral.

El Dr. Fred Soper fue reelegido dos veces como Director y durante sus 12 años de servicio los trabajos de la Oficina se descentralizaron sistemáticamente y se expandieron de manera significativa. El programa ya no comprendía solo la lucha contra las grandes enfermedades contagiosas endémicas y epidémicas, sino que atendía a la necesidad fundamental de fortalecer los servicios nacionales de salud, ya sea del medio o del individuo, y preparar un número mucho mayor de trabajadores de salud capacitados, tanto profesionales como no profesionales. El Dr. Soper dio gran impulso a la lucha contra la viruela y, a su instancia, el Consejo estableció en 1949 un programa hemisférico de erradicación, a fin de terminar con la en-

fermedad de una vez para siempre. En 1954 se aprobó una resolución análoga respecto de la malaria. Se establecieron tres centros internacionales de investigación y capacitación, incluidos el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAF-TOSA), cuyas actividades se concentran en una enfermedad de los animales que amenaza al suministro mundial de proteínas, y el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO).

En 1958 se eligió Director al Dr. Abraham Horwitz de Chile, el primer latinoamericano que ocupó ese puesto y que introdujo una nueva dimensión de innovación imaginativa, sumada a los conocimientos de un profesional de la salud educado en un país en desarrollo. La Conferencia de 1958 decidió, además, teniendo en cuenta la evolución del significado de la palabra "sanitaria", modificar el nombre oficial de la Organización, que pasó a llamarse Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Dr. Horwitz fue reelegido tres veces y en sus 16 años de servicio se observó una expansión constante y vigorosa de la Organización en campos nuevos y establecidos, la ampliación sostenida de sus programas, presupuestos e influencia, la intensificación del programa de investigaciones y la construcción de un magnífico edificio que es hoy día su sede. Iniciaron sus actividades varios centros internacionales nuevos, incluido uno vinculado con ingeniería sanitaria y una biblioteca regional de medicina y ciencias de la salud.

En 1974 el Dr. Horwitz fue sucedido por el Dr. Héctor R. Acuña de México, quien, a su vez, ha traído nuevas percepciones e ideas orientadas hacia la consolidación de los progresos realizados y hacia la iniciación de nuevas actividades. Una de las primeras medidas adoptadas por el Dr. Acuña fue realizar un estudio a fondo de las actividades de la sede y del campo. Este estudio profundo culminó en una reorganización que reconoció las crecientes capacidades de los distintos organismos nacionales de salud dando fun-

ciones más amplias, en la Organización, a las Oficinas de la OPS en los países. La descentralización ha sido un principio importante desde hace mucho destinado a minimizar el riesgo de que el cuadro técnico, alejado de los problemas reales de los distintos países, elabore programas y dé asesoramiento poco adaptados a las necesidades nacionales reales. El Dr. Soper había institucionalizado el concepto de las oficinas de campo, establecido en los primeros días de la OSP, ampliándolo a todo el Hemisferio; el Dr. Horwitz había fortalecido este concepto mediante una estructura de niveles en la cual las oficinas en los países debían responder a las oficinas de zona. Las medidas adoptadas por el Dr. Acuña de manera realista y atinada tuvieron en cuenta los progresos realizados en los Países Miembros. En realidad, entre las distintas organizaciones internacionales, los organismos de salud se han destacado por su devoción a los principios de las actividades de campo descentralizadas (6, 7).

Una acotación de cierta significación histórica es la historia del edificio de la sede de la OPS. La Organización tuvo su sede original en el edificio de la Unión Panamericana; su expansión después de 1947 estimuló a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana a deliberar en 1950 respecto de una sede permanente. Cuatro países—México, Panamá, Perú y Estados Unidos de América—solicitaron el privilegio de ser sede de la Organización y ofrecieron terrenos para la construcción del edificio que albergaría a la Organización. Aunque Estados Unidos fue elegido como sede, los predios ofrecidos en primer término no fueron considerados satisfactorios por la Organización. El Dr. Soper obtuvo donaciones de las Fundaciones Rockefeller y Kellogg que permitieron la adquisición de una sede provisional en Dupont Circle, en Washington, D.C.

Luego de prolongadas negociaciones, a finales del decenio de 1950, se llegó a un acuerdo respecto de un predio triangular limitado por la Avenida Virginia y las Calles 23 y E. Por cuanto los Países Miembros tenían di-

facultades en establecer sus contribuciones respectivas a los fondos de capital necesarios para la construcción del edificio, se hizo un llamamiento a la Fundación Kellogg, que respondió con una propuesta singular. La Fundación proporcionaría la suma de EUA\$5,000,000 necesaria, con la condición de que se la considerara como préstamo hipotecario sin interés que debía amortizarse en un plazo de 20 años, no a la Fundación, sino en la forma de una contribución suplementaria anual de EUA\$250,000 de los Países Miembros con destino a nuevos programas de campo. Esta suma figura en los presupuestos anuales (8) y en modo alguno reduce el crecimiento del presupuesto ordinario. El edificio, diseñado por un arquitecto uruguayo, suele ser utilizado por otros organismos debido a la singularidad y funcionalidad de sus salas de reuniones y servicios de interpretación simultánea.

### Programa

Un organismo internacional de salud no es una unidad supragubernamental, sino un elemento coordinador. Presta servicios a los gobiernos y organizaciones gubernamentales de salud, en lugar de prestar servicios directamente a la población. Así se estableció muy claramente en las primeras reuniones de las Conferencias Sanitarias Interamericanas. La salud de la población de cada país y las campañas contra la enfermedad en cada país debían ser de la competencia de ese país y no transferidas a una organización intergubernamental.

Fundamentalmente un organismo como la OPS tiene ante sí dos vías principales de actividad. La primera comprende la colaboración con todos los gobiernos a fin de desempeñar funciones centralizadas, tales como la compilación de estadísticas epidemiológicas y vitales, establecer normas científicas y programáticas, y contribuir ampliamente a la investigación y el desarrollo de los recursos. Estas tareas no pueden ser realizadas con eficiencia por un solo país o un pequeño grupo

de países en un territorio que abarque un hemisferio o todo el globo. Se debe considerar que estas actividades, aunque se modifiquen con el correr del tiempo, se han de realizar por tiempo indefinido.

La segunda vía importante de acción es promover, por conducto de la cooperación técnica con gobiernos individuales, nuevas técnicas que no se encuentran disponibles en sus propios territorios y, en ese proceso, aprovechar experiencias y obtener personal que sirvan para ayudar a otros países. Aunque cabe prever una serie casi infinita de programas y cuestiones a las que se debe prestar atención, el verdadero éxito de un programa realmente eficaz de cooperación técnica se obtiene, en esencia, cuando los nacionales de un país se han familiarizado a tal punto con las nuevas técnicas que dejan de requerir el concurso de asesores extranjeros quienes, a su vez, pueden trasladarse a otro país. Por lo tanto, un programa de cooperación técnica no significa un mandato indefinido para establecer una relación permanente entre asesores y asesorados en un aspecto específico de los servicios nacionales de salud. Dicho en otros términos, no hay lugar a la expansión institucional como fin en sí misma.

Por todas estas razones, el programa de la OPS ha tenido que basarse en un conjunto altamente variable de prioridades, incluidas tanto las de alcance hemisférico—control o erradicación de las principales enfermedades transmisibles—como las que hacen a la estructura interna de los gobiernos, esto es, cómo organizan sus servicios de salud, cómo enfocan sus problemas ambientales, y cómo se puede ayudar a esos gobiernos en la realización más eficiente de funciones administrativas y de servicios.

Se ha observado que existe la necesidad uniforme de una recolección y disseminación sistemáticas de datos epidemiológicos esenciales y, en muchos países, se ha advertido la necesidad de contar con información científica básica. A medida que los viajes se hacen más comunes, mayor es la necesidad de normas biológicas de fácil aplicación. Dado que los



trabajadores de la salud se trasladan cada vez más de un país a otro, es más necesario establecer y adoptar normas educacionales. En la medida en que se adquieren nuevos conocimientos científicos e institucionales, se acrecienta la necesidad de esfuerzos cooperativos para ponerlos a prueba, en distintas circunstancias, con objeto de formular normas programáticas para asistir a todos los países. En otras palabras, la Organización debiera procurar, en forma constante, la satisfacción de todas esas necesidades que un país no puede atender con sus propios recursos.

Aunque en el curso del tiempo la prioridad en los programas se ha concentrado en la erradicación o control de enfermedades y en el fortalecimiento de los servicios nacionales y locales de salud, la educación no ha dejado de ser un motivo de honda preocupación en las actividades de la OPS. Así, este interés se ha traducido en: normas y directrices para las instituciones educacionales de las distintas profesiones de la salud y, también, para los trabajadores no profesionales; colaboración con asociaciones nacionales e internacionales y reuniones internacionales de educación; asistencia directa a escuelas importantes, especialmente las que reciben estudiantes de otros países y, por último, aunque no por ello menos relevante, un amplio programa de becas. Este último, diseñado básicamente para satisfacer las necesidades de estudiantes que deben viajar al exterior para cumplir sus requisitos de estudio, ha beneficiado tanto al personal más antiguo como al más joven de todos los países del Hemisferio Occidental.

La diseminación de datos fue una de las principales recomendaciones de la Conferencia de 1902. A partir de la distribución rutinaria de información epidemiológica se puso pronto en evidencia la necesidad, especialmente en los países de América Latina, de contar con información científica confiable. En 1922 vio la luz la primera edición del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, cuya publicación ha continuado desde entonces. En el *Boletín* se publican artículos en los cuatro idiomas oficiales de la OPS (es-

pañol, francés, inglés y portugués), pero, de acuerdo con la distribución de lectores, predominan el español y el portugués. Sin embargo, para cada artículo aparecen resúmenes en los cuatro idiomas mencionados. Durante el pasado decenio se ha publicado una versión en inglés que ahora aparece cuatro veces al año bajo el título de *Bulletin of the Pan American Health Organization*.

La publicación sistemática de estadísticas de salud comenzó mucho después. En 1949 el Consejo Directivo instó a los Países Miembros a que presentaran, en cada conferencia cuatrienal, un informe sobre el estado de la salud, preferiblemente de naturaleza estadística. Sobre la base de estos informes, la OSP ha publicado, a partir de 1954, un informe cuatrienal de estadísticas en la Región; el primero de estos informes comprendió el período 1950-1953. Estos informes se han convertido en fuentes primarias de estadísticas, no solo de nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles, sino también de servicios y personal de salud. La versión más reciente de esta publicación comprende el cuatrienio 1969-1972 (9).

Entre otras publicaciones se cuentan distintos informes especializados respecto de una gran variedad de temas y las series de publicaciones de tema específico. Muchas de estas corresponden a la Serie de Publicaciones Científicas, la cual se distingue de los Documentos Oficiales, que comprenden los informes anuales y cuatrienales del Director, así como las actas de sesiones y deliberaciones de los Cuerpos Directivos. Asimismo, se distribuye una lista de publicaciones. Además, el personal de la OPS escribe artículos para las revistas científicas de sus disciplinas de interés.

En 1970 se adoptó un nuevo tipo de asistencia internacional para promover la enseñanza de la medicina. El progreso educativo de los estudiantes de medicina de habla española y portuguesa se ha visto seriamente limitado por el elevado costo de los libros de texto; agréguese a ello el gasto que representa la traducción de los libros más populares



escritos en otros idiomas. Con el establecimiento de un fondo rotatorio que permite la compra o producción de libros en cantidades importantes y con la participación directa de las escuelas de medicina, ha sido posible vender libros directamente a los estudiantes a casi la mitad del costo habitual. En 1976 casi la totalidad de las escuelas de medicina en América Latina participaban en este programa práctico y el volumen de libros vendidos había ascendido a 100,000 al año. La extensión temprana de dicho programa a las escuelas de enfermería ha sido igualmente satisfactoria y en la actualidad se formulan planes para incluir a otras profesiones de la salud. Se procura también aplicar principios análogos a la producción y distribución de materiales para los programas de adiestramiento de personal de atención primaria de la salud.

El programa de libros de texto ha ido acompañado de otra innovación: la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF). Esta corporación independiente, que funciona en la sede de la OPS, está facultada para recibir donativos y subvenciones de diversas fuentes públicas y privadas, como el Banco Interamericano de Desarrollo, que concedió el préstamo básico en apoyo del fondo rotatorio. El personal de la OPS orienta técnicamente a los programas que utilizan esos fondos. De este modo, PAHEF constituye un complemento importante para llevar a cabo proyectos de investigación, educación y demostración en las Américas.

### Administración

Uno de los ingredientes implícitos del éxito de la Organización es su carácter multinacional, que se refleja en su cuerpo directivo y personal. El cuadro de personal, de alrededor de 1,600 empleados de 48 nacionalidades, está distribuido en 57 lugares de destino en todos los países de las Américas. Como cabe esperar del variado carácter de una organización internacional, algunos miembros del personal tienen nombramientos de carrera,

otros se desempeñan con nombramientos por plazos específicos, con frecuencia renovables, y otros son designados por períodos específicos más breves o prolongados.

De acuerdo con su Constitución, la OPS está regida por un órgano representativo, a saber, el Consejo Directivo en el que cada País Miembro tiene un voto. El Consejo se reúne una vez por año a fin de examinar las actividades realizadas, aprobar el programa y presupuesto y dar orientación e instrucciones al Director. Cada cuatro años el Consejo Directivo debe, además, elegir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; por razones tradicionales y de conformidad con el Código Sanitario Panamericano, esa reunión se denomina Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité Ejecutivo, compuesto de nueve Países Miembros, se reúne dos veces al año, para asesorar al Director y examinar en detalle asuntos, como el programa y presupuesto, sobre los cuales formula recomendaciones al Consejo Directivo o a la Conferencia.

Así como la OMS tiene establecido un convenio formal con las Naciones Unidas respecto de sus relaciones y de la designación de la OMS como organismo especializado en el ámbito de la salud, que forma parte del sistema de las Naciones Unidas, la OPS tiene concertado un acuerdo similar con la Organización de los Estados Americanos (OEA). Este acuerdo, firmado en 1950, reconoce a la OPS como organismo especializado interamericano, reafirma su autonomía y define los principios que regirán sus relaciones, la representación e intercambio de información, incluida la obligación de la OPS de "tomar en consideración las recomendaciones que le formule el Consejo de la Organización de los Estados Americanos".

Las complejidades de esta relación dual—OPS/OEA en las Américas y OPS/OMS/NU en el ámbito mundial—han creado los problemas políticos que inevitablemente se plantean aun en una organización de salud cuyo objetivo es fundamentalmente técnico. Entre los muchos casos que podrían citarse,

uno se destaca en el recuerdo del autor: la condición de Cuba como miembro de la Organización en 1962. Luego de romper relaciones diplomáticas con Cuba, Estados Unidos inició una gestión en la OEA para expulsar a Cuba, no solo de la OEA, sino de todos los órganos del sistema interamericano. El Consejo de la OEA votó en favor de la expulsión y, en virtud del acuerdo entre la OSP y la OEA, el asunto de la expulsión de Cuba debió incorporarse en el programa de la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1962.

Esto puso a la Organización ante una grave crisis constitucional. El acuerdo de 1949 relativo a un solo programa internacional de salud en las Américas establecía que cada país del Hemisferio debía presentar una sola delegación ante el cuerpo directivo, ya fuera en su carácter de Consejo Directivo de la OPS o de Comité Regional de la OMS para las Américas. Por lo tanto, aunque Cuba fuera expulsada de la OPS—una medida de dudosa constitucionalidad—la delegación podía insistir en conservar su lugar y participar como miembro de la OMS en todas las demás medidas que se adoptaran, salvo las relativas a la constitución de la OPS misma. Además, un factor importante fue el hecho de que, a principios del decenio de 1950, cuando la Unión Soviética anunció su intención de renunciar a la OMS, el Director General Chisholm había determinado que la renuncia no estaba prevista en la Constitución de la OMS. Se planteó entonces la perspectiva de una cuestión verdaderamente insoluble, pero afortunadamente, gracias a la intervención personal del Director General Marcolino G. Candau ante el Gobierno de Estados Unidos, se llegó a un acuerdo a último momento para retirar el punto del temario.

El principio en cuestión iba más allá de las relaciones puramente políticas. Está implícito en el concepto total de una organización internacional de salud que su composición debe ser universal. Ciertamente, la afirmación en el sentido de que "la enfermedad no reconoce fronteras" es un axioma. Sin una participación universal en el organismo interna-

cional de salud y en las actividades de información y control de enfermedades, todos los países se verían afectados. Esto ha quedado demostrado, con penosa claridad, en otras partes del mundo en las cuales los países han suspendido su participación en la OMS o esta ha sido suspendida involuntariamente por razones desvinculadas de las consideraciones de salud.

El principio de universalidad se pone de manifiesto en la actual composición de la OPS (figura 1), que incluye ahora a todos los Gobiernos del Hemisferio Occidental. Además de las 21 repúblicas, los Estados recientemente independizados del Reino Unido y del Reino de los Países Bajos, son ahora miembros plenos. Canadá, miembro fundador de la OMS desde 1946, adquirió la calidad de miembro pleno de la OPS en 1971. Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido continúan en calidad de Gobiernos Participantes en representación de sus territorios en las Américas.

### Comentario

Los especialistas en salud pública han aprendido hace mucho que la única prueba real de una organización se cifra en sus realizaciones. ¿Cómo se evalúa la obra realizada por un organismo, aun en su 75º Aniversario, tan complejo y, en cierto sentido, desigual como la OPS? Los primeros 50 años se dedicaron fundamentalmente a una actividad que hoy se consideraría como de alcance reducido, pero que entonces era un problema fundamental: la lucha contra las enfermedades contagiosas, el saneamiento de puertos y la cuarentena. El último cuarto de siglo se ha dedicado a continuar esa actividad y a consolidar las campañas de erradicación de enfermedades, en las cuales la función coordinadora de la OPS es tan importante. El programa de erradicación de la viruela ha sido coronado por el éxito, ya que en 1973 se declaró oficialmente que la enfermedad había sido erradicada del Hemisferio Occidental. Desde 1971 no ha habido un solo caso de

FIGURA 1—Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes de la OPS.

Gobiernos Miembros		
Argentina	Ecuador	Nicaragua
Bahamas	El Salvador	Panamá
Barbados	Estados Unidos	Paraguay
Bolivia	de América	Perú
Brasil	Grenada	República
Canadá	Guatemala	Dominicana
Colombia	Guyana	Surinam
Costa Rica	Haití	Trinidad y Tabago
Cuba	Honduras	Uruguay
Chile	Jamaica	Venezuela
	México	
Gobiernos Participantes		
Francia	Reino de los Países	Reino Unido
	Bajos	

esta enfermedad. Las campañas contra la malaria y el *Aedes aegypti* no han tenido igual éxito, pero la OPS tiene que obrar con realismo y exponer la situación concreta ante los Países Miembros.

Ahora, con paso lento pero seguro, se ha enfocado una cuestión más importante: la de ayudar a todos los países a proporcionar la gama completa de servicios de salud, comenzando con la atención primaria, a toda su población y a todos los habitantes de todos los países, esto es, los pueblos de las Américas.

Para quienes formaban o forman parte de la Secretaría, el presupuesto de la OPS para 1978, por valor de EUA\$31 millones,<sup>4</sup> en un presupuesto complejo de EUA\$63 millones, representa un avance increíble, no solo respecto del presupuesto de EUA\$5,000 correspondiente a 1902 o el de EUA\$50,000 correspondiente a 1924, sino respecto del presupuesto de EUA\$1,300,000 con que el Dr. Fred Soper dio comienzo a sus actividades en 1948. Sin embargo, es sumamente difícil evaluar los resultados de este esfuerzo. Los cambios en los índices de salud se pueden atribuir a muchas causas. El progreso econó-

mico puede existir a causa o a pesar de los cambios políticos y reflejarse, aunque sea temporariamente, en las estadísticas de salud. El efecto de las actividades de un solo organismo internacional es una parte minúscula del todo, aunque su influencia vaya más allá de sus dimensiones.

Evaluar los programas individuales, en realidad, no es mucho más sencillo. Los organismos internacionales se desempeñan en calidad de asesores y nunca es fácil juzgar el éxito del asesoramiento. Algunos programas han tenido un éxito extraordinario y, luego de un número relativamente reducido de años de servicios de asesoría, dejan en un país un legado que muy probablemente será permanente. Otros programas, hay que decirlo, han fracasado. Sin embargo, el total parece ubicarse claramente en el lado positivo.

Concluiré, pues, con una opinión personal, en modo alguno cuantificable. A mi juicio, la gran esperanza del mundo radica en la comprensión entre los pueblos. El interés mutuo en las actividades encaminadas a mejorar la salud es ciertamente uno de los denominadores más comunes. Estoy seguro de que el éxito, el progreso y el vigor de la OPS son signos positivos y este, su 75° Aniversario

<sup>4</sup>Incluido el presupuesto ordinario de la OMS, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y otros fondos.

ofrece, por lo tanto, una ocasión para expresar regocijo general.

### Resumen

La Organización Panamericana de la Salud celebra su 75° Aniversario. Su historia se inicia en 1902 con la Primera Convención Sanitaria Internacional; en ella se trató el establecimiento de una Oficina Sanitaria permanente con sede en Washington, D.C., que debía concentrarse en los problemas de salud inmediatos aunque su mandato incluía actividades más amplias que con el tiempo fueron llevándose a la práctica. En la VII Conferencia reunida en 1924 en La Habana, se adoptó el Código Sanitario Panamericano, todavía en vigencia. Dicho código atribuyó al organismo que denominó Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) facultades y objetivos más amplios y estableció un cimiento jurídico más firme para su futura expansión.

En 1946 se firmó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; también se decidió que la OSP actuaría como Oficina Regional de la OMS para las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947 adoptó una Constitución estableciendo la Organización Sanitaria Panamericana—hoy Organización Panamericana de la Salud—compuesta por la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo y la Oficina Sanitaria Panamericana.

En el transcurso de su vida, la Oficina estuvo presidida por los Dres. Walter Wyman,

Rupert Blue y Hugh S. Cumming, quien después pasó a ser el primer Director de la OSP, a tiempo completo. El mismo cargo ocuparon, sucesivamente, los Dres. Fred L. Soper y Abraham Horwitz; en 1974 fue elegido el Dr. Héctor R. Acuña, actual Director de la OSP.

La Organización colabora con los gobiernos de los Países Miembros en las actividades encaminadas a mejorar el estado de salud de los habitantes de la Región. Con este fin se cumplen actividades centralizadas de compilación de estadísticas epidemiológicas y vitales, establecimiento de normas científicas y programáticas, así como el fomento de la investigación y desarrollo de recursos, al tiempo que se realizan tareas de cooperación técnica con los gobiernos individuales. En el programa de la OPS se incluye un conjunto altamente variable de prioridades, tanto las de alcance hemisférico—control e o erradicación de las principales enfermedades transmisibles—como las que hacen a la estructura interna de los gobiernos, esto es, cómo encaran sus problemas ambientales y cómo se les puede ayudar en la realización eficiente de funciones administrativas y de servicio.

A través de su historia la OPS ha tratado de resolver los problemas de salud del Continente según las prioridades que se fueron estableciendo. Actualmente, enfoca una cuestión de suma importancia: ayudar a todos los países a proporcionar la gama completa de servicios de salud, comenzando con la atención primaria, a toda la población de América Latina. □

### REFERENCIAS

- (1) Howard-Jones, N. *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- (2) Goodman, N. M. *International Health Organizations and their work*. 2ª edición. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1971.
- (3) Moll, A. A. *The Pan American Sanitary Bureau. its origin, developments and achievements (1902-1944)*. Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación 240, Washington, D.C., 1948.
- (4) Bustamante, M. E. Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Bol Of Sanit Panam* 33 (6): 471-531, 1952, y OPS. Publicaciones Varias Nos. 3 y 23, 1953.
- (5) Organización Panamericana de la Salud. *Documentos Básicos*, 12ª edición. Documento Oficial No. 145, Washington, D.C., 1977.
- (6) Berkov, R. *The World Health Organization: A study in decentralized international administration*. Ginebra, Librairie E. Droz, 1957.
- (7) Cox, R. W. y H. K. Jacobson. *The anatomy of*

*influence: decision making in international organizations.* New Haven, Connecticut, Yale Univ. Press, 1973.

(8) *Proyectos de programa y presupuesto.* OPS, 1978; OMS, Región de las Américas, 1979 y OPS,

Anteproyecto 1979. Documento Oficial No. 148. Washington, D.C., 1977.

(9) OPS. *Las condiciones de salud en las Américas.* Publicación Científica 287. Washington, D.C., 1974.

### A salute to the Pan American Health Organization (Summary)

The Pan American Health Organization is celebrating its 75th Anniversary. Its history began in 1902 with the First General International Sanitary Convention of the American Republics, during which a permanent International Sanitary Bureau was established with headquarters in Washington, D.C. The Bureau's focus was to be immediate health problems, although its mandate included more extensive activities, and these were gradually set in motion. The Pan American Sanitary Code was adopted at the VII Conference, held in 1924 in Havana and is still in force. It endowed the agency, which it named the Pan American Sanitary Bureau (PASB), with broader powers and objectives and laid a much firmer juridical basis for its future expansion.

The Constitution of the World Health Organization was signed in 1946. At that time, it was also decided that PASB would function as the WHO Regional Office for the Americas. The XII Pan American Sanitary Conference of 1947 adopted a Constitution establishing the Pan American Sanitary Organization—today the Pan American Health Organization—to consist of the Pan American Sanitary Conference, the Directing Council, the Executive Committee, and the Pan American Sanitary Bureau.

In the course of its history the Bureau has been presided by Drs. Walter Wyman, Rupert Blue,

and Hugh S. Cumming, the latter becoming the first full-time Director of PASB. The post then went, successively, to Drs. Fred L. Soper and Abraham Horwitz. Dr. Héctor R. Acuña, the present Director of PASB, was elected in 1974.

The Organization collaborates with the Member Governments in activities aimed at improving the health of the inhabitants of the Region. Such activities include the centralized processing of epidemiologic and vital statistics, the setting of scientific and program standards, and the promoting of research and resource development and are carried out in conjunction with technical cooperation with individual Governments. PAHO's program is based on a highly variable set of priorities: some are of Hemisphere-wide scope—the control or eradication of the major communicable diseases; and others relate to the internal structure of the governments—among them, how they address their environmental problems and how they can be helped to perform administrative and service functions efficiently.

Throughout its history PAHO has sought to solve the health problems of the Hemisphere in terms of established priorities. Today it is concerned with a matter of utmost importance: helping all the countries to provide a full range of health services, starting with primary care, to the entire population of the Americas.

### Saudação à Organização Pan-Americana da Saúde (Resumo)

A história da Organização Pan-Americana da Saúde, que comemora seu 75º aniversário, começou em 1902 com a Primeira Convenção Sanitária Internacional. Na ocasião, tratou-se do estabelecimento de uma repartição sanitária permanente, com sede em Washington, D.C., que se deveria concentrar nos problemas imediatos de saúde, embora seu mandato incluísse atividades mais amplas, que passaram a ser desempenhadas com o correr do tempo. Durante a VII Conferência, celebrada em Havana, em 1924, foi aprovado o Código Sanitário Pan-Americano, ainda em vigor. Esse Código atribuía faculdades e objetivos mais amplos a um organismo denominado Repartição

Sanitária Pan-Americana (RSP) e estabelecia bases jurídicas mais firmes para sua futura expansão.

Em 1946, foi firmada a Constituição da Organização Mundial da Saúde e foi decidido que a Repartição atuaria como Escritório Regional da OMS para as Américas. Em 1947, durante a XII Conferência Sanitária Pan-Americana, foi aprovada a Constituição que estabelecia a Organização Sanitária Pan-Americana—hoje Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)—integrada pela Conferência Sanitária Pan-Americana, o Conselho Diretor, a Comissão Executiva e a Repartição Sanitária Pan-Americana.

Durante sua existência, a Repartição foi presidida pelo Drs. Walter Wyman, Rupert Blue e Hugh S. Cumming; mais tarde, este passou a ser o primeiro Diretor da RSP em regime de tempo integral. O cargo foi sucessivamente ocupado pelos Drs. Fred L. Soper e Abraham Horwitz. Em 1974, foi eleito o Dr. Héctor R. Acuña, atual Diretor da RSP.

A Organização colabora com os governos dos Países Membros em atividades destinadas a melhorar o estado de saúde dos habitantes da Região. Para tanto, realizam-se atividades centralizadas de coleta de dados estatísticos epidemiológicos e vitais, instituição de normas científicas e programáticas e promoção da pesquisa e desenvolvimento de recursos, simultaneamente com atividades de cooperação técnica com os governos individuais.

### Hommage à l'Organisation panaméricaine de la Santé (Résumé)

L'Organisation panaméricaine de la Santé célèbre son 75<sup>ème</sup> anniversaire. Née en 1902 avec la signature de la première Convention sanitaire internationale, elle reçut d'abord le nom de Bureau sanitaire et Washington, D.C. en fut choisi le siège. Sa principale mission consistait à résoudre les problèmes immédiats encore que dans son mandat figuraient des activités plus amples qui dans le temps furent menées à bien. En 1924, la VII<sup>ème</sup> Conférence réunie à la Havane adopta le Code sanitaire panaméricain, lequel est encore toujours en vigueur. Ce Code attribuait à l'organisme dénommé Bureau sanitaire panaméricain (BSP) des facultés et des objectifs plus vastes et créait une assise juridique plus solide en vue d'en assurer l'expansion.

En 1946 fut signée la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé et décidé que le BSP servirait de Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. La XII<sup>ème</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (1947) adopta une constitution établissant l'Organisation sanitaire panaméricaine—aujourd'hui Organisation panaméricaine de la Santé—qui se composait de la Conférence sanitaire panaméricaine, du Conseil directeur, du Comité exécutif et du Bureau sanitaire panaméricain.

Depuis sa création, le Bureau a été présidé par les Drs Walter Wyman, Rupert Blue et Hugh S. Cumming, lequel devint plus tard premier directeur à plein temps du BSP. Ce poste, les Drs Fred L.

O programa da OPAS inclui um conjunto altamente variável de prioridades, tanto de âmbito continental—tais como o controle e a erradicação das principais doenças transmissíveis—como as que dizem respeito à estrutura interna dos governos, ou seja, o modo pelo qual encaram seus problemas ambientais e as possibilidades de ajudá-los no eficiente cumprimento de funções administrativas e de prestação de serviços.

No decorrer de sua história, a OPAS tem procurado resolver os problemas de saúde do Continente em função das prioridades que foram sendo estabelecidas. Atualmente, dedica-se a uma tarefa de suma importância: ajudar todos os países a proporcionar completos serviços de saúde, a partir do atendimento primário, a toda a população da América Latina.

Soper et Abraham Horwitz l'occupèrent successivement. En 1974 était élu le Dr Héctor R. Acuña, actuel directeur du BSP.

L'Organisation réalise avec les gouvernements des pays membres des activités dont l'objet est d'améliorer l'état de santé des habitants de la région. A cette fin, elle exécute des activités centralisées de compilation de statistiques épidémiologiques et démographiques, d'établissement de normes scientifiques et programmatiques ainsi que d'encouragement à la recherche et au développement de ressources tout en offrant aux gouvernements intéressés une coopération technique. Le programme de l'OPS englobe de très nombreuses priorités qui portent non seulement sur l'hémisphère tout entier—combat et éradication des principales maladies transmissibles—mais encore sur la structure interne des gouvernements puisque leur but est de les aider à résoudre leurs problèmes écologiques et à remplir efficacement leurs fonctions administratives et opérationnelles.

Depuis sa naissance, l'OPS s'efforce de résoudre les problèmes de santé du Continent et ce, en fonction des priorités établies. A l'heure actuelle, elle cherche à mener à bien une mission extrêmement importante, à savoir aider les pays à fournir à tous les habitants de l'Amérique latine la gamme complète des services de santé, et avant tout, à leur assurer les soins primaires.