

HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA INTERNACIONAL POLITICAS SECTORIALES Y COOPERACION INTERNACIONAL LAS EXPERIENCIAS DE LA OMS Y DE LA OPS (*)

DR. ALFREDO LEONARDO BRAVO(**)

La estrecha relación que existe entre el desarrollo económico de una comunidad y la capacidad física y mental de sus miembros para producir bienes y servicios en cantidad suficiente y de calidad adecuada para satisfacer las necesidades de esa misma comunidad, ha sido, a través de la historia, el factor determinante para que el Sector Salud haya sido reconocido como un elemento importante de toda política multi-sectorial de desarrollo económico y social.

Fueron, especialmente, las así llamadas, "enfermedades pestilenciales" las causantes del fracaso de muchas campañas guerreras de la Edad Media y el gran obstáculo para el transporte marítimo hasta puertos europeos de las materias primas y productos alimenticios provenientes de la colonias de Asia y Africa, durante el siglo XIX.

Las enfermedades pestilenciales eran la viruela, el paludismo o malaria, la fiebre amarilla, la peste bubónica o simplemente peste o plaga, el cólera y el tífus exantemático, todas ellas enfermedades transmisibles de origen microbiano o parasitario, cuya etiología y epidemiología es hoy perfectamente conocida y, por lo tanto, son enfermedades erradicables o controlables, como lo veremos más adelante.

La peste bubónica, enfermedad transmitida al hombre por las ratas, asoló los países europeos en el siglo XIV y se calcula que provocó la muerte de una cuarta parte de la población del continente europeo de aquella época. Albert

Camus, el gran escritor francés de este siglo, dramatizó una epidemia de peste en Oran, Argelia, idealizando en hermosas frases la actitud de un médico heroico, que descubre la cadena epidemiológica a partir de una rata muerta, insólito hallazgo, frente a la puerta del edificio de departamentos en que vivía.

La epidemia de Tífus Exantemático, en la post-guerra de la Primera Guerra Mundial, unida a una epidemia de influenza concomitantes, mataron más personas en Europa que las que habían muerto en los campos de batalla.

El cólera y la fiebre amarilla fueron en el pasado con frecuencia causa de interrupción de las comunicaciones marítimas entre Inglaterra y su colonia de India con el consiguiente trastorno del intercambio comercial.

La "cuarentena marítima" y la declaración de "puerto infectado" fueron en el siglo XIX las medidas aplicadas para prevenir el contagio de las tripulaciones y la eventual transmisión de estas epidemias a otros países. Ambas eran medidas graves y muy temidas por el trastorno económico que ellas traían consigo, no

(*) Conferencia leída en el Ciclo sobre "Las Organizaciones Internacionales en un mundo en cambio: Análisis crítico y testimonios personales", auspiciado por la Corporación de Estudios Internacionales de la Universidad de Chile (15 de Junio al 8 de Julio de 1982).

(**) Presidente, Depto. de Salud Pública, Colegio Médico de Chile (A.G.)

sólo a los países comprador y vendedor, sino también a las empresas navieras propietarias de los barcos. No es extraño, en consecuencia, que los países importadores, que eran los más afectados, buscaran acuerdos internacionales que protegieran el intercambio comercial, evitando, o conociendo a tiempo la aparición de estos brotes epidémicos.

I. HISTORIA DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN EL SECTOR SALUD.

1. Las Conferencias Sanitarias Internacionales.

Entre 1851 y 1926 se celebraron 13 Conferencias Sanitarias Internacionales en diferentes países de Europa. Su objetivo era buscar la base de entendimiento mutuo para establecer un convenio internacional dirigido al control de las epidemias de cólera y de peste bubónica que asolaban los puertos asiáticos y africanos y que, con cierta frecuencia alcanzaban también los puertos europeos, con la consiguiente pérdida de vidas y grave trastorno del comercio marítimo internacional. Este objetivo nunca fue alcanzado.

2. La Oficina Sanitaria Panamericana

Para los Estados Unidos de América, país joven, vigoroso y en pleno período de industrialización acelerada, resultaba incomprensible esta política de "laissez faire, laissez passer" de los países europeos. Decidió, en consecuencia, buscar soluciones en el ámbito americano. Así fue como, bajo el alero protector de la "Unión Panamericana" (que más tarde se transformaría en la Organización de los Estados Americanos, O. E.A.), fue convocada la Primera Convención Sanitaria Internacional, reunida en Enero de 1902 en la ciudad de Washington, D.C., y en ella se fundó lo que se llamó, en ese entonces, la "Oficina Sanitaria Internacional", encargada de reunir información sanitaria, de ayudar a los pueblos de las Américas a perfeccionar sus servicios de salud y propender al mejoramiento sanitario de los puertos. En 1920, terminada la Primera Guerra Mundial, esta Oficina adoptó el nombre

de "Oficina Sanitaria Panamericana", y en 1924 aprobó el Código Sanitario Panamericano, que regiría la política sanitaria de los 18 países signatarios, debiendo reunir una Conferencia Sanitaria Panamericana cada cuatro años, la que elegiría un Director de la OSP. El primer Director fue el Dr. Hugh S. Cumming, de los Estados Unidos, que fue sucedido en 1947 por el Dr. Fred L. Soper y en 1958 por nuestro compatriota Abraham Horwitz. Posteriormente, en 1974, fue elegido el médico mexicano Dr. Héctor Acuña.

Para todos los efectos históricos, la Oficina Sanitaria Panamericana se considera fundada en 1902 y, en consecuencia es el organismo internacional de salud más antiguo, ya que, aunque más tarde se afilió a la Organización Mundial de la Salud, legalmente mantuvo su personería como Oficina Sanitaria Panamericana y ese es, hasta hoy día, su nombre legal en los Estados Unidos.

El Código Sanitario Panamericano, por su parte, sigue vigente y ha sido ratificado por los 32 países miembros actuales de la OSP. Constituye, sin duda, una poderosa arma de combate a las enfermedades, no sólo las pestilenciales, sino que toda enfermedad que sea susceptible de prevención, control y/o erradicación. Además, su programa de becas ha contribuido a formar el personal especializado tanto para los servicios de salud como para la docencia en los países latinoamericanos.

3. L'Office International d'Hygiène Publique.

En la Undécima Conferencia Sanitaria Internacional, reunida en París en 1903, se acordó establecer una oficina sanitaria internacional, que, en cierto modo repitiera en Europa la misma labor que su homóloga de Washington había iniciado un año antes. Recién en 1907, luego de un acuerdo especial firmado en Roma, logró ponerse en marcha l'Office International d'Hygiène Publique, con sede en París. Las funciones de esta oficina eran recoger y llevar al conocimiento de los Estados Miembros información de salud pública, especialmente relacionada con las enfermedades pestilenciales, así como las medidas adecuadas para su control.

La Oficina de París mantenía un Boletín Informativo para los Estados Miembros y organizaba reuniones periódicas para el estudio de diversas enfermedades de trascendencia social, tales como tuberculosis, venéreas, etc.

Cuando al término de la Primera Guerra Mundial se creó la Liga de las Naciones, ésta tuvo la intención de absorber sus responsabilidades, pero negociaciones diplomáticas y, especialmente la influencia de los Estados Unidos, consiguieron mantener su existencia independiente, hasta 1948, en que la creación de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, Suiza, la hizo desaparecer.

4. La Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.

La Liga de las Naciones, organismo internacional destinado a mantener la paz en el mundo, que posteriormente cambió su nombre a Sociedad de Naciones, procuró en 1919, poco tiempo después de su creación, establecer, dentro de su estructura político-administrativa, una Organización de Sanidad Internacional. Se opusieron tenazmente a esta idea Francia, que defendía su Oficina de Higiene Pública de París, que sería absorbida por la nueva organización, y los Estados Unidos, que ya tenían en Washington la Oficina Sanitaria Panamericana, que aún cuando no era amenazada de extinción en esta primera etapa, podría serlo más adelante si la Organización propuesta por la Liga llegaba a adquirir un nivel verdaderamente mundial.

Después de muchas negociaciones, recién en Septiembre de 1923 se logró organizar el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, dentro del cual tenía representación mayoritaria la Oficina de Higiene Pública de París. El Comité fue presidido por el Prof. Dr. Jacques Parisot, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nancy, teniendo como Vicepresidente al Dr. Hugh S. Cumming, a la sazón, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington. Las actividades del Comité eran financiadas por una pequeña asignación presupuestaria de la Liga de las Naciones y por un "grant" de la Fundación Rockefeller.

Durante este período, el Comité constituyó una serie de Grupos de Trabajo sobre tu-

berculosis, alcoholismo, drogadicción y tráfico internacional de drogas. Aprovechando la cercanía con la Oficina Internacional del Trabajo, se desarrollaron comisiones mixtas de expertos en higiene industrial, en condiciones de trabajo en fábricas, en buques mercantes y aún en la aviación comercial, que comenzaba a desarrollarse rápidamente.

Cuando la Liga de las Naciones cambió su nombre por Sociedad de Naciones, el Comité pasó a ser la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, rompió su semi-dependencia con la Oficina de Higiene Pública de París, aún cuando mantuvo lazos de coordinación técnica con ella.

La Organización de Higiene inició, a partir de 1925 la publicación de un Informe Semanal y de un Boletín Epidemiológico mensual, a través de los cuales se mantenía informados a todos los Estados Miembros de la situación epidemiológica Mundial. Para obtener información oportuna y veraz, estableció una Estación Epidemiológica en Singapur, encargada de recoger los datos de todos los países asiáticos y transmitirlos telegraficamente a Ginebra, donde se procesaban y publicaban semanalmente para conocimiento de los Países Miembros.

Para uniformar esta información, que se hacía cada vez más abundante y más compleja se preparó una Nomenclatura Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte, que poco a poco se fue introduciendo hasta que se hizo de aplicación universal.

Talvez la actividad más trascendental de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones fue proyectar la acción del Sector Salud a la colaboración multisectorial, coordinando, por ejemplo, los problemas de la agricultura, la producción, procesamiento, envase y distribución de alimentos; con la nutrición infantil y los trastornos nutritivos del niño como asimismo las enfermedades nutricionales del adulto, como la obesidad. Aún cuando, en aquella época, especialmente cuando estalló la Segunda Guerra Mundial, no se podía ir más allá que enunciar estos problemas y diseñar estudios científicos y sociales para su análisis y orientación futuras, estas actividades tuvieron el valor de iniciar la exploración de un terreno que más tarde ha sido profundizado y, con la colaboración de univer-

sidades, institutos científicos y organismos internacionales, se han estructurado programas de alto relieve social y científico, tales como el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile (INTA), dirigido con eficiencia y espíritu creativo por el Dr. Fernando Monckeberg.

5. La División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA).

La UNRRA fue organizada por los países aliados antes del término de la Segunda Guerra Mundial y en Mayo de 1944 fue encargada de tomar a su cargo la publicación del Boletín Epidemiológico, iniciado por la Oficina de Higiene Pública de París y continuado por la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, ambas inhabilitadas para continuar su publicación como consecuencia de los trastornos provocados en los países europeos por la situación de guerra. En Enero de 1945, asumió, además, la supervigilancia de la aplicación de tratados y convenios en el sector salud.

Al cesar las hostilidades, apareció la necesidad urgente de ayudar a los países devastados por la guerra a combatir las epidemias, reorganizar sus servicios sanitarios y, por sobre todo, dar asistencia médica y social a las enormes masas humanas de exiliados, prisioneros y desertores de los ejércitos. En vista de que ninguna organización sanitaria internacional se hallaba en condiciones de asumir esta magna tarea, el Consejo de la UNRRA decidió "considerar las actividades sanitarias como una de sus responsabilidades más urgentes y fundamentales".

Pese a que la UNRRA era una organización de carácter provisional creada con el fin de hacer frente a una situación de emergencia, la labor de su División de Higiene en la lucha contra las epidemias y en la aplicación de los convenios sanitarios internacionales, el suministro de equipo médico esencial y la ayuda prestada a los gobiernos de quince países para reconstruir, e incluso mejorar, sus servicios de salud, constituyeron el nexo indispensable entre los organismos sanitarios de pre-guerra y su continuación en la post-guerra. Hacia el final de su mandato

trasladó sus oficinas centrales a la ciudad de Nueva York, transformándose así en asesora de la Organización de las Naciones Unidas, recién en formación y actuando, de hecho, como una precursora de la Organización Mundial de la Salud, creada en 1946, pero que entró efectivamente en funciones en Abril de 1948.

6. La Organización Mundial de la Salud

Casi cien años transcurrieron desde la convocatoria de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (1851) hasta la fundación de la Organización Mundial de la Salud (1948). Ese fue el plazo necesario para la materialización de la voluntad de los países de establecer una colaboración internacional eficaz en el sector salud. Es necesario reconocer que la idea de establecer un organismo internacional que, al margen de las diferencias políticas, prestara ayuda a los países para resolver sus problemas de salud, existió desde el comienzo, pero el conflicto entre los médicos que defendían una posición técnica pura, sin disponer de soluciones eficaces para los graves problemas que planteaban las sucesivas epidemias, y los diplomáticos, irremisiblemente atados a la defensa de la soberanía nacional y al respeto de los Tratados y Convenios políticos entre los países impidió la materialización de este propósito.

Los descubrimientos científicos de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, la gran era de la bacteriología médica, forjaron nuevas armas para la lucha contra las enfermedades transmisibles, cuya naturaleza microbiana y la posibilidad de preparar vacunas específicas había abierto un vasto campo a la epidemiología y a la salud pública. Una vez más los descubrimientos de la Ciencia abrían nuevas perspectivas a la acción sanitaria internacional, contribuyendo a aumentar su eficacia. Los adelantos científicos y técnicos alcanzados en el curso de la Segunda Guerra Mundial, llevaron aún más lejos este proceso evolutivo. Para probar este aserto basta con recordar el descubrimiento de la penicilina, y el DDT, que abrieron el amplio campo de los antibióticos y de los insecticidas respectivamente, creando así las armas eficaces que el Sector Salud necesitaba para erradicar algunas enfermedades y controlar otras, liberando a la

especie humana de muchos de los flajelos que la asolaban en el siglo pasado.

Al término de la Segunda Guerra Mundial el Sector Salud entró en una nueva etapa de evolución acelerada cuando los gobiernos y los pueblos, anhelaban reconstruir un mundo en el que los seres humanos pudieran vivir "libres del temor y de la miseria", como lo dejaron tan magníficamente expuesto el Presidente de los Estados Unidos Franklin D. Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill en su famosa declaración conocida como la "Carta del Atlántico", la cual sirvió en gran parte de inspiración de los participantes en la Conferencia de San Francisco en 1945, cuyos acuerdos dieron nacimiento a la Organización de las Naciones Unidas.

La Conferencia de San Francisco decidió, entre muchos otros acuerdos, "convocar en los próximos meses una Conferencia Mundial, encargada de establecer una "Organización Sanitaria Internacional". La convocatoria debería hacerse bajo los auspicios del Consejo Económico y Social recién creado por la propia Conferencia. Este acuerdo fue cumplido con premura y es así como el 10 de Enero de 1946 se constituyó la Asamblea General de las Naciones Unidas, diez días más tarde entró en funciones el Consejo Económico y Social, uno de cuyos primeros acuerdos fue establecer una Comisión Técnica Preparatoria, a fin de que preparara la convocatoria, "a más tardar para el 20 de Junio de 1946", de una Conferencia Internacional, "compuesta de técnicos en salud, designados por los Estados Miembros", para que redactara un proyecto de Constitución y propusiera una "organización adecuada para la acción internacional en la esfera de la salud".

La Comisión Preparatoria se reunió en París, durante los meses de Marzo y Abril de 1946, bajo la presidencia del Dr. René Sand, Profesor de Medicina Social en la Universidad Libre de Bruselas y padre de la Medicina Social en el mundo. En su informe al Consejo Económico y Social, la Comisión Preparatoria, habiendo considerado propuestas de los Estados Unidos, de Francia, de China y de Brasil y habiendo escuchado a los representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana, de l'Office d'Hygiène Publique de París y de la UNRRA, estuvo en condiciones

de sugerir una Orden del Día y de someter a la consideración de la Conferencia Internacional de la Salud ideas concretas, que debían transformarse fácilmente en lo que habría de ser la Constitución de la futura Organización Mundial de la Salud. La Comisión insistió en que los delegados de los países a la Conferencia Internacional de la Salud deberían ser médicos, nombrados por sus países y con plenos poderes para firmar los tratados o convenios y la constitución que surgiera de los debates de la Conferencia. Igualmente, se propuso que la Conferencia tuviera autoridad para elegir la sede de la futura Organización. El Informe dedica un largo párrafo a defender la "universalidad" del organismo sanitario internacional que, en definitiva, se apruebe. Rechazan los términos de internacional, naciones unidas u otros que limiten o califiquen la calidad de sus miembros, llegando a la conclusión que la organización de salud que se cree debe ser "mundial".

Anticipándose en un día al plazo fijado por el Consejo Económico y Social, el 19 de Junio de 1946 se reunió, en la ciudad de Nueva York, la Conferencia Internacional de la Salud. Acreditaron delegaciones los 51 Estados Miembros, de las Naciones Unidas en aquel momento y, por invitación especial del Consejo, concurrieron 13 Estados no miembros de las Naciones Unidas y, además, delegaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, de l'Office d'Hygiène Publique de París y de la UNRRA. En cinco semanas de deliberaciones hasta el 22 de Julio, la Conferencia aprobó el proyecto de Constitución y dejó establecido que el nombre del organismo que se creaba sería "Organización Mundial de la Salud" y que la Constitución entraría en vigencia cuando fuera ratificada por los parlamentos de 26 Estados Miembros, es decir la mitad de los participantes en la Conferencia. Esto ocurrió el 7 de Abril de 1948, fecha que se considera como la de fundación de la Organización Mundial de la Salud y que ha sido, posteriormente, reconocida como el Día Mundial de la Salud.

La Conferencia dictaminó, además, que la OMS tendría su sede en la ciudad de Ginebra, Suiza, y que su estructura reconocería una Asamblea Mundial de la Salud, un Consejo Ejecutivo y un Secretariado, dirigido por un Director General. Se estableció, además, que la nueva

administración de la salud internacional sería descentralizada en Oficinas Regionales, cada una a cargo de un Director Regional. Se dejó a la Asamblea la decisión sobre el número, la extensión y la ubicación geográfica de cada Región.

L'Office International d'Hygiène Publique y la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones fueron simplemente absorbidas por la Organización Mundial de la Salud y el escaso personal técnico, que aún quedaba en funciones fue re-ubicado de acuerdo con sus especialidades.

Diferente fue la situación con la Oficina Sanitaria Panamericana. Era Director de la OSP el Dr. Fred L. Soper, distinguido especialista en salud pública, que durante más de veinte años había sido el representante de la Fundación Rockefeller en Brasil. De profundas convicciones americanistas, el Dr. Soper defendió con pasión la persistencia de la Oficina Sanitaria Panamericana y en esta tarea tuvo el respaldo de todos los gobiernos de las Américas, resultado de lo cual fue que el problema fue transferido a la Comisión Interina y posteriormente a la Asamblea Mundial de la Salud y sólo vino a resolverse en la Segunda Asamblea, que en un acuerdo especial de fecha 30 de Junio de 1949 aprobó un Convenio entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, por el cual la primera "conserva su identidad, integridad y futuro desarrollo" y acepta "actuar como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud". "El Director de la OSP, elegido por la Conferencia Sanitaria Panamericana, será, a su vez, nombrado Director Regional de la OMS y el Consejo Directivo de la OSP actuará como Comité Regional para las Américas". Además, "la Oficina conservará su presupuesto y, también, recibirá la parte que le corresponda del Presupuesto Mundial distribuido por la OMS entre todas las Regiones".

Durante el período intermedio entre la redacción de la Constitución y su ratificación por 26 Estados Miembros se designó una Comisión Interina cuyo Secretario Ejecutivo fue el Dr. Brock Chisholm. Esta Comisión se hizo cargo de los bienes, de la administración del personal y de las actividades de información epidemiológica que anteriormente manejaba la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones.

Este interinato se prolongó por casi dos años, desde el 9 de Julio de 1946 hasta el 7 de Abril de 1948 que fue el período necesario para que 26 países ratificaran la Constitución. Aún cuando su sede estaba en Nueva York, sus actividades se fueron progresivamente trasladando a Ginebra ciudad que sería elegida, más tarde, como la sede permanente de la OMS.

La Constitución aprobada y que dio origen a la Organización Mundial de la Salud declara, en su preámbulo, lo siguiente:

"Los Estados Partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos".

"La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

"La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más alta cooperación de las personas y de los Estados".

"Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos".

"La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común".

"El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo".

"La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud".

"Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo".

"Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sa-

nitarias y sociales adecuadas".

"Aceptando estos principios, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado de conformidad con los términos del art. 57 de la Carta de las Naciones Unidas".

Estas son las bases filosóficas, políticas y técnicas sobre las cuales la OMS ha podido llevar a cabo en sus treinta y cuatro años de existencia la enorme labor que trataremos de resumir a continuación. Por otra parte la creación de la OMS vino a satisfacer una muy antigua aspiración de los gobiernos y particularmente de los médicos que tienen sobre sus hombros la responsabilidad de la salud de sus pueblos.

II. LAS GRANDES CAMPAÑAS

1. Erradicación del paludismo.

El Paludismo o Malaria es una de las seis enfermedades pestilenciales de la antigüedad. No la más temida ni la más extendida. Sin embargo, la importancia de la endemia palúdica derivaba de su grave repercusión en la capacidad de trabajo de las poblaciones atacadas por el mal. En efecto, esta enfermedad que se caracteriza por accesos febriles de altas temperaturas, que se repiten diariamente, debilitan al paciente, haciéndolo prácticamente incapaz para el trabajo. En las zonas tropicales, donde la enfermedad era endémica, se producía un grave trastorno de la explotación agrícola debido a la incapacidad física total de los campesinos para llevar a cabo los trabajos corrientes de siembras y cosechas de las plantaciones. La debilidad provocada por los accesos febriles llevaba a los campesinos a la caquexia y muerte consecutiva, la producción agrícola se interrumpía, con la consiguiente extrema pobreza de los sobrevivientes. En breves palabras un típico problema médico-social, en el que una endemia, con brotes epidémicos frecuentes, no controlada lleva a la destrucción, la ruina y la muerte a toda una población.

Es comprensible que un problema de esta magnitud, aún cuando estuviera confinado a sólo ciertas regiones tropicales, era de suficiente

gravedad médica y económico-social como para movilizar todos los recursos de esta naciente Organización Mundial de la Salud, que por primera vez en la historia tenía la autoridad, el poder y los recursos para intentar la erradicación de una enfermedad transmisible, de trascendencia económico social. Se calculaba, en ese momento que la magnitud del daño era de unos 20 millones de enfermos, con una mortalidad anual cercana a los 2 millones de personas. La distribución era amplia y cubría las seis Regiones de la OMS, incluyendo a Europa que tenía focos en Grecia y en el departamento francés de Algeria (asimilado a la región europea, aún cuando geográficamente está en el norte de Africa).

Con estos antecedentes, la Octava Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ciudad de México en 1955, bajo la presidencia del Dr. Ignacio Morones Prieto, Secretario de Salubridad y Asistencia de ese país, adoptó el siguiente acuerdo: "la Organización Mundial de la Salud debe tomar la iniciativa, prestar asesoramiento técnico y fomentar las investigaciones y la coordinación de los recursos para poner en práctica un programa que tenga como objetivo final la erradicación del paludismo en todo el mundo". La misma resolución autorizó al Director General para formar un Fondo Especial de Erradicación del Paludismo y obtener contribuciones de otras fuentes para ayudar a financiar el programa. El UNICEF respondió de inmediato a este llamado y se constituyó en socio activo y contribuyente del programa, habida cuenta que el paludismo contribuía en gran proporción a mantener altas tasas de mortalidad infantil en los países afectados por la endemia. También el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas aportó importantes contribuciones, especialmente destinadas a mejorar el abastecimiento de agua potable y la eliminación de excretas. Con un cierto optimismo, los técnicos aseguraron que si se disponía del dinero y del personal adiestrado, en un plazo de tres años, gracias a los insecticidas de acción prolongada, sería posible erradicar el paludismo del mundo entero, con una inversión que se calculó en 20 millones de dólares. Los hechos se encargaron de demostrar lo contrario.

Un Comité de Expertos definió la tarea a cumplir diciendo que "Erradicación del palu-

dismo significa poner fin a la transmisión de la enfermedad y eliminar el reservorio de casos infecciosos mediante una campaña limitada en el tiempo. Este concepto debe distinguirse claramente de el "control del paludismo" que era hasta hace poco tiempo el único objetivo de las campañas. La erradicación del vector significa la eliminación de todas las especies de mosquitos que actúan como vectores, de manera que no se reproduzcan cuando el programa termine. Los expertos terminan diciendo que "un programa de esta especie es practicable y se ha realizado en algunos sitios, pero no es posible en todas partes".

Esta advertencia de los expertos resultó profética ya que el programa fue extraordinariamente exitoso al comienzo, pero luego empezaron las dificultades y, en definitiva hubo algunos sitios en que la erradicación fue absolutamente imposible (Chaco, Africa Ecuatorial, Sudeste Asiático). La erradicación, en definitiva, no se produjo. Parece haber sido una meta demasiado ambiciosa. Sin embargo, la reducción de 20 a 2 millones de enfermos, todos concentrados en áreas tropicales más o menos aisladas, donde no representan un peligro para regiones de alta densidad de población, es un éxito indiscutible, ya que el paludismo ha dejado de ser un riesgo para la salud mundial y grandes áreas han sido recuperadas para la producción agrícola, especialmente de alimentos, y el sufrimiento humano se ha reducido a una décima parte de lo que era en el pasado. Sólo en vidas salvadas y capacidad de trabajo recuperada se compensan con creces los cientos de millones de dólares invertidos en el programa.

Aún cuando el programa internacional ha sido interrumpido, los países continúan con sus propios recursos la campaña iniciada bajo supervisión y financiamiento internacional. Por otra parte, la OMS sigue promoviendo la investigación científica en busca de una vacuna antipalúdica y hay fuertes razones para esperar el éxito dentro de ciertos plazos no muy prolongados. Si esto se obtiene, sería la solución definitiva del problema.

2. Erradicación de la Viruela

Esta es otra de las así llamadas enfermeda-

des pestilenciales. Su erradicación era mucho más fácil por cuanto se contaba con una vacuna eficaz, descubierta por Jenner en 1798. Pocas enfermedades han sido históricamente tan temidas especialmente porque, con cierta frecuencia, provocaba ceguera, cuando las pústulas aparecían sobre la córnea. Eran igualmente temibles las cicatrices indelebles que dejaba esparcidas en todo el cuerpo y especialmente en la cara. Los programas de vacunación eran, a menudo, descuidados y los certificados de vacunación, obligatorios para viajes internacionales, frecuentemente se concedían con mucha liberalidad. Lo corriente era que sólo cuando aparecía uno o más casos, entonces se hacía una vacunación masiva de la población.

La Asamblea Mundial de la Salud en su Undécima Reunión en 1958 adoptó unánimemente una resolución para iniciar un Programa Mundial de Erradicación de la Viruela. Los fundamentos de acuerdo indicaban que "los fondos dedicados al control y vacunación contra la viruela en el mundo entero eran superiores a aquellos que serían necesarios para su erradicación". El programa era perfectamente realizable y en los países y regiones que comenzaron a cumplirlo se notó de inmediato una reducción de la incidencia de la enfermedad. Sin embargo la importación de casos de países que no estaban cumpliendo el programa esterilizaba todos los esfuerzos.

La OMS estableció una Cuenta Especial para dar asistencia técnica a los países que la necesitaran y pidió que se hicieran donaciones a esta cuenta, ya que no podía ser incrementada con cargo al presupuesto regular de la OMS. La respuesta no se hizo esperar, ya que durante los años 1960-65 el UNICEF intensificó el envío de equipos y vacunas a los países que mayor necesidad tenían. Por su parte la OMS dio becas de estudio a especialistas y organizó cursos nacionales para vacunadores.

En 1969, cuando el programa de erradicación del paludismo tocaba a su fin, un nuevo ímpetu se traspasó a la erradicación de la viruela. Para este efecto la Asamblea Mundial de la Salud aquel año autorizó que se gastaran fondos del presupuesto regular para estimular este programa. Se instalaron Centros de Referencia y cada uno de ellos estaba conectado con una red

de laboratorios nacionales especializados en la producción de vacunas. Uno de ellos estaba en Atlanta, Ga. en los Estados Unidos y el otro en Moscú, Unión Soviética. Se obtuvo, además, la cooperación del Programa Mundial de Alimentos de la FAO, para proporcionar alimentos en regiones remotas a los grupos de vacunadores enviados por la OMS. Se organizaron Seminarios en India y en Tailandia y se realizaron tres cursos para técnicos de laboratorio en América Latina, con la ayuda del UNICEF, el que, además, proveía los equipos para los laboratorios especializados en viruela. A todo lo anterior debe agregarse la donación de millones de dosis de vacuna desecada de la Unión Soviética destinada a países asiáticos.

Toda esta enorme movilización de voluntades y recursos nacionales e internacionales permitió alcanzar el objetivo que se había propuesto la OMS de erradicar la viruela del mundo entero. En efecto, a partir de 1975 no ha habido denuncia de casos de viruela en ningún país del mundo y eso permitió a la Asamblea Mundial de la Salud, dándose un margen de seguridad de 5 años, firmar en Mayo de 1980 un Acta Solemne en la cual se reconoce oficialmente que la viruela ha sido erradicada y, en consecuencia, ya no es necesaria la vacuna, lo cual trae consigo una importante economía para todos los presupuestos nacionales de salud y, además, facilita el tráfico internacional de pasajeros.

Este ha sido, sin lugar a dudas, el triunfo más resonante de los programas de la OMS, el que ha sido posible, primero porque en esta enfermedad se disponía de una vacuna cien por ciento eficaz, segundo porque se logró concitar la voluntad decidida de todos los países del mundo, sin excepción para una acción coordinada, sin divisiones ni reservas religiosas o políticas y; finalmente, se obtuvo la cooperación generosa y espontánea de varios organismos internacionales.

3. Abastecimiento de Agua Potable

Aún cuando en ningún país el abastecimiento de agua potable es responsabilidad de los Servicios de Salud, es indudable que el goce de agua pura, de escasa concentración de minerales y libre de micro-organismos patógenos es una

condición "sine qua non" para la preservación de la salud de una comunidad.

Esta es la razón por la cual desde la Primera Asamblea Mundial de la Salud, y aún antes en el período de la Comisión Interina, se ha puesto de relieve la importancia que reviste el saneamiento del medio ambiente, del cual forma parte el aprovisionamiento de agua potable, para la acción sanitaria en general. Este es un problema que afecta gravemente a las comunidades rurales, pero que también está presente en las necesidades sanitarias básicas de muchas ciudades y, especialmente, en los barrios populares de las grandes urbes. No se puede, además, ignorar que el agua, fuera de sus usos higiénicos y de bebida, tiene una enorme importancia y es indispensable para el desarrollo económico e industrial.

Esta trascendencia sanitaria, económica y social del aprovisionamiento de agua potable ha atraído la atención de los organismos financieros de fomento. En nuestro continente latinoamericano el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), desde su fundación en 1959, bajo la diestra dirección de su primer Presidente, nuestro compatriota Felipe Herrera, puso en operación un amplio programa de agua potable rural al comienzo y que pronto extendió sus beneficios a las fuentes de abastecimiento urbano en ciudades de mediano y gran tamaño. El mecanismo de la asistencia era la concesión de créditos blandos a los países. En Chile, un proyecto mixto BID-OPS se inició en 1962 y se mantiene hasta ahora, habiendo sido renovado varias veces, ya ha extendido sus beneficios a numerosas ciudades del norte, centro y sur del país.

El progreso alcanzado por este programa, que se inició en Chile, pero que pronto se extendió a toda Latinoamérica, se debió, principalmente, a que la asistencia que se ofrecía a los países era amplia en sus aspectos técnicos y gerenciales. La meta era proporcionar agua potable al 70 % de la población urbana y a un 50 % de la población rural. En lo urbano se ha excedido el 80 %, pero en lo rural no se ha alcanzado el 50 %. Una vez más, el éxito de este programa se puede atribuir en gran parte a que se logró una perfecta armonía de objetivos y de procedimientos de dos organismos internacionales (BID y OSP), gran aceptabilidad de los go-

biernos para un proyecto que podía mostrar hechos concretos y, finalmente, un componente docente que permitía adiestrar al personal necesario y, además, educar a la población para que hiciera un uso racional del sistema.

La inversión total de este proyecto en Latinoamérica ha sido superior a los 6 mil millones de dólares en los últimos veinte años, de los cuales un 60 % ha sido aportado por los propios países beneficiados, un 25 % por el BID y el resto por aportes de otras organizaciones de asistencia internacional tales como el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos (AID), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y el Banco de Exportación e Importación (EXIMBANK) y el UNICEF.

La OPS, por su parte, se ha preocupado, paralelamente, de organizar y contribuir a la realización de estudios de costo-beneficio, a adiestrar personal para el mantenimiento y a educar a la población para evitar pérdidas innecesarias de agua.

La creación del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente en Lima, Perú, ha contribuido enormemente a realizar estudios sobre la realidad latinoamericana, los que se publicaron en un Manual titulado "Teoría, diseño y control de los procesos de clarificación del agua".

4. Planificación de la Familia

Ante el creciente interés social y la inquietud científica que despierta este tema en la mayoría de los países del mundo, la OMS inició, alrededor de 1970, una exploración de este campo de acción médico-social, con la intención de propiciar un programa, si las condiciones de aceptabilidad operacional de los proyectos justificaban un esfuerzo internacional y poniendo el énfasis en estudios de genética humana.

El empleo de métodos de regulación de la fecundidad, como los contraceptivos hormonales o los dispositivos intrauterinos, ofrecen un excepcional campo para la investigación científica y social. Por otra parte, el uso masivo de estos métodos, sin vigilancia médica, y la expansión del aborto clandestino, con todos los graves

peligros para la vida de la madre que ellos traen consigo, fueron las razones que indujeron a la OMS a explorar científicamente y bio-estadísticamente este campo, con miras a lanzar un programa mundial, solidamente sustentado sobre bases éticas y científicas, que le dieran al programa el necesario respeto a los hábitos y creencias nacionales y la seriedad indispensable para toda acción internacional.

La acogida en algunos países fue excelente y casi exagerada, mientras en otros fue fría y hasta combativa. Los países que pusieron en práctica el proyecto integralmente tuvieron un excelente resultado, en cuanto a reducción de abortos clandestinos y disminución de las tasas de natalidad, a tal extremo que algunos bajaron por debajo de sus tasas de mortalidad general, con lo que ponían en peligro el necesario crecimiento vegetativo de la población. Se llegó a tales extremos que en un país se pagaba a los hombres para que se sometieran a operaciones esterilizantes. En otros el uso y abuso de las píldoras anti-conceptivas trajo consigo el nacimiento de niños con graves defectos derivados de trastornos cromosómicos.

La OMS ha limitado su acción a la organización de cursos para la formación de especialistas, a la organización de centros locales de información y a la convocatoria de seminarios regionales, para discutir el problema. Todo esto, siempre que sea solicitado por el país o los países interesados. Además se han facilitado suministros esenciales, tales como reactivos, instrumentos y repuestos, a investigadores que participen en proyectos de genética humana y de regulación de la fecundidad y tropiezan con dificultades para obtener esos materiales.

La actitud actual es que la planificación familiar debe ser parte integrante de los programas de protección materno-infantil de los servicios de salud pública y no establecerlos como un programa independiente y semi-autónomo. La magnitud e intensidad que se le quiera dar al programa dependerá de las necesidades locales y de la orientación que las autoridades nacionales deseen dar a sus servicios de salud.

5. Atención Primaria de Salud

El Dr. Halfdan Mahler, actual Director

General de la OMS, cuando asumió sus funciones en 1973, en su primer mensaje a la Asamblea Mundial de la Salud, dijo textualmente: "Se afirma con frecuencia que los países en desarrollo son demasiado pobres para costear sistemas completos de asistencia sanitaria para toda la población". "Creo que es posible, en cambio, idear un sistema de asistencia sanitaria de gran radio de acción, que sea bastante económico y que cumpla con los requisitos fundamentales indispensables en muchas poblaciones". "El costo de un servicio de esa naturaleza podría muy bien ser accesible para muchos países..."

En estas pocas palabras están contenidos los fundamentos del programa de "Atención Primaria de Salud", que ha dominado la escena internacional durante los últimos 8 o 9 años y que se ha ido perfeccionando progresivamente hasta encontrar su ubicación trascendente como parte integrante y puerta de entrada de todo sistema nacional de servicios de salud.

De acuerdo con una Declaración conjunta del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del UNICEF, "la atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. Es igualmente válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptará diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales". Agrega la Declaración que "para los países en desarrollo ésta es una realidad apremiante".

Tradicionalmente, todos los países han organizado, como parte integrante de su red de servicios de salud, lo que se ha llamado "servicios básicos" o "consultorios periféricos" o "postas rurales", destinados todos ellos a servir de primera línea de batalla o de puerta de entrada a los niveles de mayor complejidad del sistema de servicios de salud.

De acuerdo con el nuevo planteamiento de la OMS, la atención primaria de la salud es mucho más que eso. Se la define como parte integrante del desarrollo económico-social, aceptando que dentro del concepto moderno de "desarrollo", lo social y lo económico están estrechamente entrelazados y son interdepen-

dientes. El desarrollo económico, al aumentar la producción y la riqueza, produce, como consecuencia una elevación del standard de vida y de salud. A la inversa, el desarrollo social, al mejorar las condiciones del ambiente y la nutrición dan origen a generaciones más sanas y vigorosas y se reducen las ausencias por enfermedad en las fábricas, con lo que aumenta la capacidad de trabajo y la producción.

La atención primaria de salud se incorpora así a la política de desarrollo económico-social de los países y adquiere relieve internacional que la habilitan para recibir asistencia técnica y financiera de los organismos internacionales.

El programa presupone una participación activa de la comunidad local en la planificación, ejecución y evaluación de los programas locales de salud. Una educación sanitaria intensiva debe capacitar a las personas para cuidar su propia salud, con medidas de promoción de la salud y de prevención y aún de tratamiento sencillo de ciertas enfermedades comunes. El médico pasa a ser un consejero de la comunidad local y de las familias y su intervención personal será necesaria sólo en determinados casos de complejidad diagnóstica y terapéutica.

Naturalmente, que este esquema simple está diseñado para comunidades muy pequeñas de países de escaso desarrollo y especialmente para zonas rurales. El programa reconoce que en países que se encuentran en una etapa más avanzada de desarrollo, el esquema podrá ser diferente, de acuerdo con los recursos locales.

Los promotores de este programa están conscientes de que este nuevo enfoque de la salud nacional e internacional tendrá que recibir objeciones y el ataque de grupos de presión política y profesionales de la medicina, que verán con inquietud que esta distribución más equitativa de los recursos reducirá las disponibilidades para proyectos más sofisticados de especialización o investigación científica.

En la Declaración conjunta UNICEF-OMS se establece que "el apoyo político a la atención primaria de salud supone algo más que la aprobación oficial del gobierno y de los dirigentes de la comunidad. Exige una nueva orientación de las estrategias nacionales de desarrollo sanitario. En particular, para los países en desarrollo, esto impone la necesidad de aumentar la transfe-

rencia de recursos de salud a esa parte más numerosa de la población que se encuentra insuficientemente atendida y, al mismo tiempo, aumentar el presupuesto nacional de Salud hasta que la atención sanitaria esencial quede al alcance de todas las personas. Gran parte de este aumento se habrá de consagrar a las instituciones que prestan apoyo directo a la atención primaria de salud”.

La adopción de una política y una estrategia de atención primaria de salud en el ámbito mundial tiene como objetivo poner al alcance de todos los habitantes del mundo la asistencia mínima indispensable para asegurar el más alto grado de salud posible, de acuerdo con los recursos disponibles en cada país. Es decir que la política mundial y su estrategia debe servir de apoyo y estímulo a las políticas y estrategias nacionales, para asegurar su adecuada aplicación.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (URSS) en 1978, los Gobiernos en ella representados (incluyendo Chile) adoptaron la siguiente definición de Atención Primaria: “La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los *individuos y familias de la comunidad* mediante su plena participación y a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de servicios de salud, del cual constituye la función principal y el núcleo central, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de servicios de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen, trabajan o estudian las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Delegados de 134 naciones concurren a Alma Ata y dieron su aprobación a esta definición, la que parece representar un compromiso entre delegados de distintas ideologías en la mención que se hace de “individuos y familias

de la comunidad” fraseología que da cabida a aquellos que piensan que la medicina es un problema privado entre el médico y su paciente, como aquellos otros que aceptan que la familia es el núcleo social básico que hay que reforzar y darle protección y otros que enfocan el problema de salud con criterio comunitario. Otro elemento importante de la definición, quizás el más importante, es el reconocimiento de que la atención primaria de salud “forma parte integrante del sistema nacional de servicios de salud”, del cual constituye la “puerta de entrada”.

El reconocimiento de que la atención primaria no constituye un simple perfeccionamiento de los servicios básicos de salud, sino que está estrechamente incorporada al desarrollo social, obliga a proyectar su acción hacia el fortalecimiento de políticas sociales, lo que trae consigo la necesidad de armonizar y fortalecer las políticas sociales en una acción inter-sectorial armónica de manera de promover, simultáneamente un mejoramiento del ambiente humano y de los niveles de alimentación, vivienda, educación, empleo, seguridad social, jubilación, etc. particularmente de los grupos humanos más postergados y, en especial, de los grupos en extrema pobreza.

Es evidente que un programa de esta magnitud rebasa con mucho la órbita del sector salud y proyecta la acción de la OMS hacia perfiles económico-sociales y políticos, que la obligan a buscar cooperación y coordinación con otros sectores y organismos internacionales.

El programa es todavía muy reciente para que sus resultados puedan ser sometidos a un análisis evaluativo.

Es evidente, sin embargo, que la atención primaria de salud es el único medio por el cual se puede alcanzar la meta que la OMS se ha trazado para los años que restan de este siglo y que es “Salud para todos en el año 2000”.

III. COORDINACION Y COOPERACION INTER-SECTORIALES.

En los capítulos anteriores se ha podido apreciar que desde el momento mismo de la fundación de la Organización Mundial de la Salud, se inició una etapa de colaboración inter-agencial dentro del seno de la Organización de las Naciones Unidas. Esta colaboración fue creciendo a

medida que se establecían y consolidaban las distintas agencias internacionales y se ampliaba el campo de acción de la OMS. Este proceso ha llegado a su máximo desarrollo en los últimos ocho años debido al enfoque global que la OMS ha impreso a sus actividades de asistencia a los países a través del Programa de Atención Primaria de Salud.

A continuación se presenta un breve resumen de estas actividades coordinadas con diversos organismos internacionales de Naciones Unidas y otros ajenos a la ONU.

1. Organización de las Naciones Unidas (Programa Regular)

Entre las actividades del Programa Regular de las Naciones Unidas que ofrecen particular interés para la OMS cabe citar las de planificación del desarrollo económico y social, que adquiere especial relieve en el momento actual; en colaboración con los programas de desarrollo rural y de la comunidad, es igualmente importante el aprovechamiento de los recursos hidráulicos y naturales; también dicen relación con el sector salud los programas de estudios de población y de recursos humanos, vivienda, planificación regional y, muy especialmente, rehabilitación.

La OMS ha preparado informes circunstanciados sobre contaminación del medio ambiente y sobre problemas sociales derivados de la expansión de los Servicios de Salud. También se han redactado Memorias sobre los aspectos sanitarios de la Situación Social en el Mundo. Cada día se tiende más a proporcionar a los gobiernos servicios consultivos coordinados y a promover reuniones, seminarios, cursos, etc. en conjunto entre diferentes organismos especializados, los que contribuyen con documentos de trabajo y envían consultores especializados.

2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Este Programa, que se inició en 1966, fue el producto de la fusión del Programa Ampliado de Asistencia Técnica y del Fondo Especial de las Naciones Unidas, conservando, sin embargo, cada Fondo sus características especiales y su

propio campo de acción. Todos estos Fondos están financiados por contribuciones voluntarias de los países. Los programas de desarrollo presentan múltiples facetas y cada vez es más difícil tratarlos aisladamente. Por esta razón está generalizándose el enfoque multidisciplinario, especialmente para proyectos complejos de alcance regional. La labor de coordinación que exigen estos proyectos, suele ser sumamente compleja, ya que envuelven corrientemente tres o cuatro administraciones diferentes, entre las que el PNUD es el factor común que las une a través del financiamiento. La armonía indispensable en las operaciones de terreno es difícil de conseguir y de mantener.

Los proyectos de la OMS han tenido siempre una prioridad muy baja y nunca han representado más de un 5 % de los proyectos que financia el PNUD.

3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Este programa de Naciones Unidas fue creado en 1946, y tuvo por objeto llevar a cabo una ayuda de Emergencia en favor de las centenas de miles de niños huérfanos, separados de sus padres o abandonados, algunos de ellos enfermos o heridos que era el saldo dramático que dejaba tras de sí la Segunda Guerra Mundial. Al poco tiempo se hizo evidente que el problema de la infancia era de largo plazo y, para todos los efectos prácticos, tenía carácter permanente. Fue así como UNICEF se transformó en una agencia de las Naciones Unidas.

Las relaciones de trabajo con la OMS se remontan a los tiempos de la Comisión Interina, pero se oficializaron y transformaron en 1954, cuando el UNICEF fue reconocido como agencia permanente de Naciones Unidas y la Séptima Asamblea Mundial de la Salud declaró que "los proyectos asistidos conjuntamente por la OMS y el UNICEF contaban entre las actividades más importantes de la OMS y que las relaciones de cooperación entre las dos organizaciones habían resultado eficaces y debían mantenerse y fortalecerse".

Desde entonces los proyectos conjuntos de ambas agencias se cuentan por millares en todos los países. Para evitar conflictos de competencia

se acordó que el UNICEF no contrataría médicos en su personal y que, cuando sus proyectos necesitaran la asesoría médica, esta debía buscarse a través de la OMS. El campo de acción del UNICEF va mucho más allá de la preocupación por la salud de la madre y el niño -actividades que caen más bien dentro de la órbita de la OMS- y se extienden al bienestar, alimentación, educación y cultura de los niños dentro del contexto, más amplio, del desarrollo social de los países.

Un Comité Mixto UNICEF-OMS de Política de Salud fue creado en la Primera Asamblea Mundial de la Salud y más tarde confirmado por la Junta Ejecutiva del UNICEF. El Comité tiene por funciones proponer la política sanitaria, aprobar los proyectos mixtos, supervigilar su ejecución y evaluar sus resultados, informando de todas estas actividades al Consejo Ejecutivo de la OMS y a la Junta Directiva del UNICEF. En 1960 aprobó promover una campaña de vacunación con BCG, contra la tuberculosis y en 1967 dio su respaldo a la planificación familiar que había lanzado como programa mundial la OMS.

Otros proyectos de la OMS, como los de erradicación del paludismo y de la viruela no han tenido la misma acogida. La dificultad estriba en que la OMS da a sus proyectos un enfoque global, mientras que el UNICEF se interesa por el programa, sólo en cuanto éste beneficie a la madre y al niño. Cuando este tipo de conflicto se ha presentado, es necesario reconocer que ha habido voluntad y decisión para salvar los obstáculos por ambas partes, facilitando una a la otra los medios para salvar las objeciones derivadas de diferentes ángulos para enfocar los problemas.

La coordinación y la cooperación entre la OMS y el UNICEF descansan sobre bases firmes y cada organización tiene una clara conciencia de sus responsabilidades. El dispositivo establecido en el Comité Mixto de Política Sanitaria ha resistido la prueba del tiempo y permite atender las necesidades de los países respetando, al mismo tiempo, los diferentes matices de las políticas de ambas organizaciones.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Las relaciones de trabajo con la OIT fueron preocupación desde la Primera Asamblea Mundial de la Salud, que estableció dos Comités Mixtos, uno de Higiene Social y del Trabajo y otro de Higiene de los Marineros. Ambas actividades habían sido preocupación de la OIT desde su fundación en 1918 y ahora aparecían como una de las principales responsabilidades para la naciente Organización Mundial de la Salud. Desde el comienzo se adoptó un acuerdo entre ambas organizaciones, redactado en términos muy generales, que dejaban amplio campo para la interpretación. La verdad es que nunca hubo un acuerdo amplio y las diferentes posiciones de ambas organizaciones aparecían a cada paso. La diferencia principal, a nuestro juicio, es que la OMS es un organismo técnico de la Salud mientras que la OIT tiene una composición tripartita de Gobiernos, Patronos y Obreros que necesariamente tiene marcados ribetes políticos. Cada uno de estos tres grupos desea mantener el control de los derechos de los trabajadores y ninguno de los tres está dispuesto a delegar este control a la neutralidad profesional de los técnicos de la OMS.

Los Comités Mixtos han funcionado gracias a transacciones y compromisos que mantienen el status quo.

En el campo en que se han hecho grandes progresos es en las relaciones entre la asistencia médica y la seguridad social, tema sobre el cual, un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS, reunido en 1970, logró llegar a acuerdos muy constructivos y a conclusiones que dan la pauta para que cualquier país pueda organizar un seguro social para financiar un sistema de servicios de salud a nivel nacional.

5. Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y Alimentación (FAO)

La coordinación y cooperación de la FAO con la OMS se ha desarrollado, como es comprensible, en el campo de la Alimentación y la Nutrición. El PNUD y el UNICEF, con frecuencia, han contribuido a financiar estas actividades coordinadas. Existe un Comité Mixto FAO-

OMS que se reúne alternativamente en Roma o Ginebra para dar consejo de Expertos en Nutrición a ambas organizaciones. Con el respaldo financiero del UNICEF se han organizado numerosos cursos multi-disciplinarios para la formación de especialistas de diversos niveles.

6. Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)

Este Organismo Internacional se incorporó un poco tarde a la familia de las Naciones Unidas. Su Estatuto Constitutivo data solamente de 1956 cuando se reunió en París la Primera Conferencia Internacional sobre los usos pacíficos de la Energía Atómica.

El Estatuto de este organismo establece que sus tareas serán, entre otras, "proteger la salud y reducir al mínimo el peligro para la vida" y más adelante agrega "protección y seguridad del trabajo" en el uso de la energía atómica. Es indudable que estas frases crean cierta duplicación con las responsabilidades de la OMS y de la OIT. Las tres organizaciones progresan hacia una colaboración más estrecha, la que está en cierto modo limitada por el carácter de confidencial de las informaciones en este campo.

7. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Aunque se trata de un organismo regional, la participación en él de países de fuera de la región de las Américas y la enorme ayuda financiera que ha prestado para numerosos proyectos del sector salud en países latinoamericanos obligan a mencionarlo como uno de los colaboradores más destacados de la Oficina Sanitaria Panamericana. Su colaboración en los proyectos de abastecimiento de agua potable y de eliminación de desechos sólidos en países latinoamericanos ha tenido una magnitud que supera con creces a otras fuentes de financiamiento de actividades de terreno.

Recientemente, el BID y la OPS han establecido un Grupo de Trabajo Mixto para estudiar y proponer "medidas para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades de América Latina, en las áreas de suministro de agua potable, eliminación de desechos sólidos,

programas de nutrición infantil, educación sanitaria y desarrollo social integrado". Por lo que se refiere a atención médica, el énfasis se pondrá en la atención primaria de salud.

La participación del BID en los proyectos de abastecimiento de agua potable en las zonas rurales de los países latinoamericanos ha sido descrita con cierto detalle en el capítulo destinado a las grandes campañas y no es necesario repetirlo.

Como ya se ha dicho repetidamente el avance de la tecnología moderna y el enfoque global de los problemas del desarrollo económico y social de los países han traído como consecuencia que la asistencia técnica internacional haya adoptado un criterio multisectorial en el que las diversas agencias especializadas de las Naciones Unidas actúan en estrecha colaboración entre sí y con intermediarios financieros como son los bancos de fomento, nacionales e internacionales y organismos estatales y fundaciones privadas establecidos en los países desarrollados con el objetivo esencial de promover el desarrollo de los países del Tercer Mundo.

La experiencia ha sido exitosa cuando los objetivos de los proyectos coinciden con las necesidades y aspiraciones de los pueblos que reciben la ayuda y siempre que cuenten con una amplia y desinteresada colaboración y similitud de objetivos y procedimientos de las organizaciones participantes en los programas.

RESUMEN

La necesidad de colaboración internacional en el sector salud comenzó a preocupar a los países a mediados del siglo XIX como consecuencia de los desastrosos efectos de las epidemias de enfermedades tropicales que con frecuencia creciente, se extendían hasta los países europeos, provocando gran mortalidad y un ruinoso trastorno de las comunicaciones marítimas y el comercio entre Europa y los países asiáticos y africanos. Diez Conferencias Sanitarias Internacionales, convocadas en diferentes países europeos y del Medio Oriente, entre 1851 y 1900, no lograron superar las reservas derivadas de convenios diplomáticos y tratados comerciales que contenían cláusulas limitativas. Finalmente en 1902, la Primera Conferencia Sanitaria Paname-

ricana logró el acuerdo de los Estados Unidos de América de todos los países de Centro y Sudamérica para la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana. Poco después, entre 1903 y 1907 se celebraron en Europa tres Conferencias Sanitarias Internacionales, de las cuales nació la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París. Después de la Primera Guerra Mundial, en 1923, se estableció el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones que desapareció junto con la iniciación de la Segunda Guerra Mundial. Finalmente, en 1948 se fundó la Organización Mundial de la Salud que introdujo tres elementos nuevos en el manejo de la Salud Internacional, primero la extensión mundial de su campo de acción, segundo financiamiento propio, a través de cuotas de los Países Miembros y tercero, el enfoque multisectorial del problema Salud, como parte del desarrollo económico social de los países.

En el segundo capítulo se describen las grandes campañas de la OMS, mencionando la erradicación del Paludismo, la erradicación de la Viruela que tuvo un resonante éxito, ya que desde 1975 desapareció esta enfermedad de todos los países del mundo, lo que permitió a la OMS, en 1980, firmar un Acta Solemne, por la que se declaró definitivamente erradicada la viruela, lo que hizo innecesaria la vacunación obligatoria en el transporte internacional. Se mencionan, a continuación el Abastecimiento de Agua Potable programa en el que han participado numerosos organismos de créditos y de ayuda financiera internacional. La planificación de la familia, como parte de los programas de protección materno-infantil y la atención Primaria de Salud, que representa la incorporación de los programas de salud al desarrollo social y al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones más desamparadas de todos los países.

En el tercer capítulo se describen la coordinación y/o cooperación inter-sectoriales, mencionando el Programa Regular y el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, el UNICEF, la Organización Internacional del Trabajo, la FAO, la Organización Internacional de la Energía Atómica, el BID y el Banco Mundial.

SUMMARY

The need for co-operation in the Healthy Sector became a concern of different countries in the middle of last century as a result of the disasters provoked by tropical diseases epidemics, which from time to time devastated european countries with high mortality and disastrous ruinous economic effects on international trade, with Asian and African countries. Ten International Sanitary Conferences convened by European countries between 1851 and 1900 were unable to reach an agreement. It was only in 1902 that the First Panamerican Sanitary Conference succeeded in creating the Panamerican Sanitary Bureau with the cooperation of all countries of Public Hygiene was created in Europe with Headquarters in Paris. The agreement was ratified by the 13th International Sanitary Conference held in Rome in 1907. After World War I, a Hygiene Committee was established by the League of Nations and its activities were interrupted by the beginning of World War II. After end of it, in 1948, "World Health Organization" was founded under the sponsorship of United Nations. "WHO" introduced three new elements in the international approach to health, namely: world wide coverage of its activities; self-financing through direct country contributions and a multi-sectorial approach, within the context of economic and social development.

In the second chapter the main campaigns of "WHO" are described: as Malaria Erradication, Smallpox erradication, elimination that, allowed "WHO" to sign a Solemn Declaration in 1980, at the end of a 5 year security period without any case of smallpox reported around the world. Vaccination was, therefore, no longer needed for international travel. Pure drinking water programs, carried out with the support of international financing institutions are also mentioned, as well as, Family Planning, a part of MCH programs; and Primary Health Care, that means full incorporation of health programs in social development and improvement of the quality of life for helpless populations in all countries.

The third chapter coordination and co-operation with other international organizations such as UNIP, UNICEF, ILO, FAO and IDB are mentioned.

RESUME

Au cours du XIX^e siècle, les besoins de collaboration internationales dans le domaine de la santé publique inquiétèrent les gouvernements à cause des désastreux effets des épidémies de maladies tropicales que dans une fréquence grandissante s'étendaient aux pays européens causant une haute mortalité et troublant les communications maritimes et le commerce entre l'Europe et les ports de l'Asie et de l'Afrique.

Dix conférences sanitaires internationales convoquées entre 1851 et 1900 dans des différents pays d'Europe et du Moyen Orient ne réussirent pas à vaincre les réserves dérivées des conventions diplomatiques et des traités commerciaux contenant des clauses limitatives. Finalement en 1902, la Première Conférence Sanitaire Panaméricaine obtint l'accord des Etats-Unis d'Amérique et de tous les pays de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud pour créer le Bureau Sanitaire Panaméricain. Peu de temps après, entre 1903 et 1907, eurent lieu en Europe trois Conférences Sanitaires Internationales, des suites desquelles naquit le Bureau International de l'Hygiène Publique avec siège à Paris.

En 1923, après la Première Guerre Mondiale, fût établi le Comité d'Hygiène de la Ligu des Nations, disparu avec la Deuxième Guerre. Finalement, en 1948, fût créée l'Organisation Mondiale de la Santé, qui introduisit trois nouveaux éléments dans la conduction de la Santé Publique Internationale:

1. l'extension au monde entier de son champ d'action.

2. des finances issues des cotisations des Etats Membres et,

3. la vision multisectorielle des problèmes de santé publique, faisant partie du développement économique et social des peuples.

Dans le deuxième chapitre sont décrites les grandes campagnes de l'O.M.S. telles que l'erradication du Paludisme et de la Variole. Résonnant succès celui-ci, qui fit disparaître en 1975 cette maladie de tous les pays du monde, ce qui permit à l'O.M.S. de signer en 1980, l'Acte Solennelle déclarant la Variole définitivement éradiquée, supprimant ainsi l'obligatorité de la

vaccination des passagers du transport international. Ce chapitre parle ensuite de la Provision d'eau potable, programme dans lequel ont participé de nombreuses organisations de crédit et d'aide financière internationales; de la planification de la famille, insérée dans les programmes de protection maternelle et infantile; et des Soins de Santé Primaires, qui représentent l'incorporation des programmes de santé au développement social et à l'amélioration de la qualité de vie des populations désavantagées du monde entier.

Dans le troisième chapitre sont décrites la coordination et la coopération intersectorielles, faisant mention du Programme Régulier et du Programme Elargi d'Assistance Technique des Nations Unies, l'UNICEF, l'Organisation Internationale du Travail, la F.A.O., l'Organisation Internationale de l'Energie Atomique, le B.I.D. et la Banque Mondiale.

BIBLIOGRAFIA

- Barquín, Manuel. "Historia de la Medicina. Su problemática actual". Impresiones Modernas S.A., México 18, D.F., 1971.
- Bryant, John. "Mejoramiento Mundial de la Salud Pública". Cornell University Press. Copyright by Rockefeller Found. AID. State Department, 1971, U.S.A.
- Saralegui, José. "Historia de la Sanidad Internacional". Imp. Nacional, Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay, 1958.
- Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 26a. Ed. Ginebra, Suiza, 1976.
- Organización Mundial de la Salud. Los primeros diez años. 1948-1957. Ginebra, Suiza.
- O.M.S. The second ten years 1958-67. Ginebra, Suiza
- O.M.S. The third ten years, 1968-77, Ginebra, Suiza
- O.M.S. Informes Anuales del Director General, 1958-76. Ginebra, Suiza.
- O.M.S. Actas Oficiales N° 181. Estudio Orgánico de las relaciones con las Naciones Unidas y Agencias Especializadas. Ginebra, Suiza, 1979.
- Organización Panamericana de la Salud. Número Especial del Boletín - 50 años al servicio de la salud de las Américas, 1952.
- O.P.S. Documento oficial N° 179. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción, 1982.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 15 años de actividades 1960 - 74.
- Sand, René, "Vers la médecine sociale". Liège, Belgique. Editions Desoer, 1948.
- Soper, L. Fred. "Hacia la conquista de la Salud". Publicación Científica N° 233. OSP, Washington, 1970