

La Organización Panamericana de la Salud como modelo para la cooperación sanitaria internacional

The Pan American Health Organization as a model for international health cooperation

Ana Cristina Gallego Hernández¹

Universidad de Sevilla (España)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3210-2776>

Recibido: 31-05-2024

Aceptado: 21-07-2024

Resumen

Frente a las duras pandemias y condiciones insalubres, desde mediados del S. XIX comienza a desarrollarse una verdadera cooperación internacional por la seguridad sanitaria. En este sentido, en 1902 se crea la Oficina Sanitaria Internacional, la primera organización internacional de salud de la historia, pero de ámbito regional. Esta es la antecesora de la actual OPS (Organización Panamericana de Salud) y es el resultado de múltiples conferencias que se celebraron a nivel panamericano, en la Unión Internacional de Repúblicas Americanas, actual OEA (Organización de Estados Americanos).

En lo que respecta al ámbito universal, en parecidos términos desde 1851 a 1938, se celebraron 14 conferencias de Salud que permitieron fraguar una intensa, así como necesaria cooperación sanitaria universal. Es en este contexto en el que se promueve la adopción de los primeros tratados internacionales sanitarios y la creación de distintas organizaciones internacionales, como la Oficina Internacional de Higiene Pública en 1907, antecesora de la OMS.

Palabras-clave: OPS, OMS, salud, cooperación internacional, América.

¹ (agallegoh@us.es). Profesora Permanente Laboral en Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales, Universidad de Sevilla. Doctora y licenciada por la Universidad de Sevilla. Entre las principales líneas de investigación cabe destacar Seguridad Sanitaria, Emergencias sanitarias internacionales, Derecho a la Salud, Paz y Seguridad Internacionales, Derechos Humanos, Tratados Internacionales y aplicación extraterritorial del Derecho. Entre sus publicaciones más recientes cabe destacar “Pandemias y multilateralismo”, Anuario Hispano-Luso-Americano de derecho internacional, Nº 26, 2023; “Práctica Ulterior y el reglamento sanitario internacional: la notificación de eventos que pueden constituir emergencia de salud públicas de importancia internacional”, Construyendo la gobernanza internacional: La interpretación de los tratados a través de la práctica ulterior, (Dir.) Rosa María Giles Camero, 2023; “Salud digital y derechos humanos”, El impacto de internet de las cosas en la ciudadanía europea, (Dir.) Rafael Rodríguez-Prieto, 2023.

Abstract

To combat harsh pandemics and unhealthy conditions, it was begun to develop an international health cooperation since the mid-19th century. In this sense, it was created the International Health Office, in 1902, the first international health organization in history, but at a regional level. This is the predecessor of the current PAHO (Pan American Health Organization) and is the result of multiple conferences held at the Pan-American level, in the International Union of American Republics, current OAS (Organization of American States).

Concerning the universal scope, in similar terms, 14 Health conferences were held. These allowed for the forging of an intense, as well as necessary universal health cooperation, from 1851 to 1938. And, It is promoted the adoption of the first international health treaties and the creation of different international organizations, such as the International Office of Public Hygiene in 1907, predecessor of the WHO.

Keywords: PAHO, WHO, health, international cooperation, America.

1. La OPS y la OMS: naturaleza jurídica e interrelación

La Organización Panamericana de Salud (OPS) es una organización internacional regional integrada, en la actualidad, por 35 Estados americanos² e instituida por la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud³. Simultáneamente, la OPS es un organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA), de conformidad al capítulo XVIII de su tratado constitutivo⁴ y; en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo a su idoneidad, desempeña la labor de oficina regional para las Américas⁵.

Instaurado el régimen de las Naciones Unidas, mediante la Constitución de la Organización Mundial de la Salud⁶, se constituye la OMS como la

² Así como España y Portugal como Estados observadores. Quienes Somos, OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos#:~:text=La%20OPS%20est%C3%A1%20comprometida%20a%20de%20todos%20a%20la%20salud> > [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

³ Adoptada por el 1º Consejo Directivo, 24 de septiembre – 2 de octubre de 1947, Acta Final de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana. Última enmienda aprobada por el 41º Consejo Directivo, en resolución CD41.R8, 30 de septiembre de 1999.

⁴ La OEA fue creada en 1948 cuando se suscribió, en Bogotá, Colombia, la Carta de la Organización de Estados Americanos que entró en vigor el 13 diciembre de 1951, de conformidad a su propio artículo 105. United Nations Treaty Series, Registration Number: 1609, UNTS Volume Number 119 (p.3).

⁵ Quienes Somos, OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos#:~:text=La%20OPS%20est%C3%A1%20comprometida%20a%20de%20todos%20a%20la%20salud> > [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

⁶ La Constitución fue redactada por la Conferencia Sanitaria Internacional, que había sido acordada en virtud de la resolución No. 12 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, adoptada el 15 de febrero de 1946. La Conferencia se celebró en Nueva York del 19 de junio al 22 julio de 1946 por los representantes de 61 estados. Dicho tratado está en vigor desde el 7 de abril de 1948, de

gran organización internacional (integrada por 194 Estados⁷) garante e impulsora de la salud a nivel universal.

En este sentido, si bien la OMS es un ente consolidado, que ha podido configurarse bajo la experiencia de otras organizaciones universales previas a la segunda Guerra Mundial; la OPS es la organización internacional vigente dedicada a la salud más antigua de la comunidad internacional.

Por tanto, nos encontramos ante dos fuertes y estables organizaciones internacionales que comparten en gran medida sus objetivos generales y que, para garantizar su coordinación, se encuentran convenientemente vinculadas entre sí.

Así las cosas, dado el interés de la casuística sucintamente presentada, en este trabajo nos proponemos abordar dos objetivos principales. En primer lugar, se pretende analizar histórica y jurídicamente el proceso de desarrollo de la cooperación internacional de salud para poder comprender la existencia de las dos organizaciones internacionales introducidas, lo cual será desarrollado a lo largo de dos apartados. Y, en segundo lugar, examinar la vinculación, así como retroalimentación existente entre OPS y OMS.

En consecuencia, para alcanzar estos retos y lograr conseguir unos resultados coherentes y precisos, se manejarán numerosas fuentes primarias, como los tratados internacionales y otras de carácter secundario, en especial, de naturaleza doctrinal.

En lo que respecta a la metodología, se empleará un sincretismo metodológico, que es el uso armónico y combinado, en esta ocasión, de dos métodos compatibles entre sí. En primer lugar, el método científico cartesiano, porque los objetivos propuestos se podían alcanzar a través del orden y el conocimiento. Es decir, se dividirán los objetivos de la investigación, de acuerdo a los objetivos planteados en dos grandes partes: naturaleza de cada ente e interrelación de ambos. Y, en segundo lugar, el método sociológico-jurídico, clave en un enfoque multidisciplinar donde se debe tener presente el derecho, pero también la historia, la realidad social, cuestiones médicas o científicas, etc.

2. El inicio de la cooperación internacional en la seguridad sanitaria

La lucha contra las enfermedades pandémicas y la preocupación por la seguridad sanitaria, no es una reciente preocupación que haya surgido a raíz de la globalización y ni siquiera en el último siglo en el que se institucionaliza el orden internacional.

conformidad con el artículo 80. Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 14, pág. 185.

⁷ Países, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: < <https://www.who.int/es/countries>> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

Las primeras actuaciones con las que se empieza a dar forma al concepto de salud internacional se remontan a la expansión del tráfico comercial marítimo europeo en la Baja Edad Media. Como explica el Profesor Cueto:

Ello ocurrió sobre todo en los puertos italianos que tenían un intenso tráfico comercial con Asia, de la que se sospechaba en Occidente que era el origen de muchas de las epidemias de la época, como la peste bubónica. A pesar de estos controles, Europa no pudo evitar ser asolada en el siglo XIV por una epidemia de la temida peste, la llamada “Peste Negra.” En Venecia se creó un consejo sanitario. Este dispuso que en un lazareto, ubicado en una isla, se recluyera a los enfermos procedentes de embarcaciones sospechosas y se les impusiera *quaranta* días de aislamiento (se suponía que después de ese lapso, el afectado por la enfermedad más grave ya no era contagioso)⁸.

En los siguientes siglos, constituido plenamente el Estado y tras el impulso de la Revolución Industrial⁹, se le empieza a dotar a la salud de un progresivo marco protector por parte del ente soberano. Por ejemplo, “a comienzos del siglo XVIII llegaron a Londres dos barcos procedentes de Chipre cargados de algodón, sospechosos de contener los temidos fómites de la peste bubónica, las autoridades británicas optaron por una solución radical: incendiar por completo las naves”¹⁰. Sin embargo, estas medidas eran absolutamente contraproducentes para los intereses económicos, lo cual fomentaba que en muchas ocasiones se suavizaran y redujeran para favorecer el impulso del comercio. Por tanto, la realidad es que los Estados no dejaban de enfrentarse cíclicamente a crueles epidemias, que acabaron gestionándose a través de una incipiente cooperación sanitaria internacional. Así las cosas, a continuación, se exponen cronológicamente los hitos más destacados.

Entre 1851 y 1938, célebres expertos en el campo de la salud y de la diplomacia se congregaron para celebrar un total de catorce conferencias internacionales¹¹ en

⁸ Marcos Cueto, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 2004, p. 11.

⁹ “El triunfo de la mecanización en la primera fase de la industrialización traería la nueva oleada revolucionaria europea de 1848, donde llevarán a un nivel más alto las nuevas ideas de la Medicina como una Ciencia Social”. Hernán H. Doval, “El nacimiento del concepto de salud como un derecho. De la Revolución Francesa a las Revoluciones Europeas de 1848 [carta del director]” en *Revista argentina de cardiología*, 72(4) (2004), p. 324.

¹⁰ Marcos Cueto, op. cit., p. 11.

¹¹ Primera Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1851; segunda Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1859; tercera Conferencia Sanitaria Internacional, en Constantinopla, de 1866; cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, en Viena, de 1874; quinta Conferencia Sanitaria Internacional, en Washington, de 1881; sexta Conferencia Sanitaria Internacional, en Roma, de 1885; séptima Conferencia Sanitaria Internacional, en Venecia, de 1892; octava Conferencia Sanitaria Internacional, en Dresden, de 1893; novena Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1894; décima Conferencia Sanitaria Internacional, en Venecia, de 1897; undécima Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1903; duodécimo Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1912; decimotercera Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1926; decimocuarta Conferencia Sanitaria Internacional, en París, de 1938. Juan B. Mateos Jiménez, “Actas de las Conferencias

las que, como se señala seguidamente, se fueron construyendo los cimientos de la cooperación sanitaria internacional.

La Primera Conferencia Internacional, celebrada en París, fue una de las más emblemáticas porque supuso un antes y un después en el tratamiento de la salud a nivel internacional, a pesar de que no contó con la presencia de ningún representante del continente americano¹². “Las discusiones se centraron sobre las cuarentenas marítimas en el Mediterráneo, en relación con el cólera, la peste y la fiebre amarilla, así como en la creación de puestos sanitarios de vigilancia en Oriente Medio que facilitasen información periódica respecto a la evolución y situación de estas enfermedades epidémicas, específicamente cólera y peste”¹³.

Pocos años después, como resultado de la gran epidemia de cólera que azotaba de manera prácticamente universal, se impulsa un compromiso general para la lucha contra dicha enfermedad y se dedica a dicha gran preocupación la Segunda, Tercera y Cuarta Conferencia.

La Quinta Conferencia, centrada en el control de las patentes marítimas y en las inspecciones de barcos y mercancías¹⁴, es especialmente relevante para el objeto de nuestro estudio, por dos grandes motivos con cierta interrelación entre sí. Primero, es destacado que fue la única de las catorce reuniones que se celebró fuera de Europa, en concreto en Washington D. C. Y, en segundo lugar, como explica el Dr. Cueto, fue en este evento diplomático cuando los Estados Americanos comenzaron seriamente a interesarse por la creación de un ente sanitario¹⁵ propio que les ayudara a desarrollarse más fuerte económicamente y les permitiera gestionar las duras epidemias que inciden en su historia.

Condicionados por las fuertes pandemias de cólera y fiebre amarilla que azotaban de manera universal, en Roma, se celebró la Sexta Conferencia en la que se propuso articular un sistema de alerta y respuesta compuesto por oficinas de notificación e información en cada Estado, similar en esencial al que hoy en día se ejecuta desde la propia OMS. Esto sirvió de referencia pocos años después en el Congreso Sanitario Americano de 1888¹⁶ en el que se aprobaron recomendaciones sobre la notificación recíproca de las enfermedades infecciosas activas.

De manera que, influidos por estas circunstancias, se celebran durante tres años consecutivos la Séptima, Octava y Novena conferencia en Venecia, Dresden

Sanitarias Internacionales (1851-1938)” en *Revista española de salud pública*, 79 (2005), p. 341.

¹² Marcos Cueto, op. cit., p. 11.

¹³ Juan B. Mateos Jiménez, op. cit., p. 341.

¹⁴ *Ibid.*, p. 343.

¹⁵ A pesar de que ya se habían celebrado reuniones e incluso firmado tratados trilaterales entre Argentina, Brasil y Uruguay desde 1873. Marcos Cueto, op. cit., p. 14.

¹⁶ Congreso Sanitario Americano de Lima. Perú, 2 de enero a 12 de marzo de 1888, con la intervención de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú. En él se elaboró un proyecto de Convención Sanitaria Internacional.

y París, respectivamente, dedicándose cada una de estas a objetivos muchos más concretos que hasta el momento, como favorecer el control sanitario de los buques en el canal de Suez o de la peregrinación a la Meca. Y, al mismo tiempo, en 1892, se cumplió el gran propósito, que se venía persiguiendo desde el primer encuentro, de adoptar la (primera) Convención Sanitaria Internacional¹⁷. El resultado de dicho primer tratado internacional fue tan positivo que, cada una de las siguientes tres conferencias (las ya referidas y la Décima, de nuevo en Venecia), tienen como resultado la adopción de otras Convenciones dedicadas; dos a la cólera¹⁸ y otra a la peste¹⁹.

Este gran impulso codificador fue revisado y unificado en la que muchos conocen como la primera o gran Convención Sanitaria Internacional de París²⁰ que fue adoptada en la Undécima Conferencia de 1903, en la que, además, se propuso la creación de la Oficina Internacional de la Higiene Pública (OIHP), primera organización internacional sanitaria universal que se constituye en 1907 y que se abordará en el siguiente apartado.

Las siguientes dos Conferencias, ambas celebradas en París y separadas por un amplísimo periodo de tiempo como consecuencia del transcurso de la Primera Guerra Mundial, estuvieron destinadas, en términos generales, a la revisión y mejora de la Convención. Asimismo, su efectividad se vio incrementada porque en el contexto de la primera mitad del siglo XX, en un mundo cada vez más interrelacionado²¹ y recientemente regido por la Sociedad de Naciones, el número de estados vinculados con dicho instrumento creció exponencialmente²².

Por último, la Decimocuarta Conferencia, celebrada en París meses antes de que estallara la Segunda Guerra Mundial, no resalta especialmente por sus logros y resultados, pero sí muestra por su dilación en el tiempo y sus objetivos poco pretenciosos que se aproximaba un cambio de sistema, no solo en el marco general sino, específicamente, en el sistema sanitario internacional que desde hacía casi un siglo se venía forjando²³.

¹⁷ Miguel Mínguez Gonzalo, “El nuevo reglamento sanitario internacional” en *Rev. Esp. Salud Pública*, 81 (2007), p. 240.

¹⁸ En la Octava Conferencia, “La Convención fue firmada por 10 de los países asistentes, mientras que los 9 restantes se reservaron hasta someterla a la decisión de sus respectivos gobiernos. Entre estos últimos se encontraba España”. En la Novena Conferencia, “La Convención que resultó fue firmada por los 16 representantes de los Estados participantes”. Juan B. Mateos Jiménez, op. cit., p. 344.

¹⁹ “La [Cuarta] Convención fue firmada por todos los países participantes a excepción de Dinamarca, Estados Unidos de América, Suecia y Noruega”. Ibid.

²⁰ Posteriormente corregida y mejorada en 1912, 1926 y 1938. Marcos Cueto., op. cit., p. 12.

²¹ Carlos R. Fernández Liesa, “La Sociedad de Naciones y los derechos humanos”, [en Yolanda Gamarra Chopo, Carlos R. Fernández Liesa, coord.: *Los orígenes del Derecho internacional contemporáneo*, Colección actas], p. 195.

²² En la reforma que se impulsa en la Duodécima Conferencia de París “La Convención fue firmada por los representantes de los 41 Estados presentes, pero no entró en vigor hasta el 7 octubre 1929. [Porque] en julio de 1922, todavía había 13 países firmantes que aún no habían ratificado la Convención”. Juan B. Mateos Jiménez, op. cit., p. 345.

²³ ICAO, The Postal History of ICAO, “ICAO and the World Health Organization”. Disponible en: https://applications.icao.int/postalhistory/icao_and_the_world_health_organization.htm [Última

Consecuentemente, el fin de la guerra conlleva la creación de las Naciones Unidas y desde la misma Conferencia de San Francisco, se manifestó el firme interés y preocupación por la salud²⁴.

3. Ensayo y error: entes previos a la OPS y OMS

De la Oficina Sanitaria Internacional a la OPS

Las duras epidemias ya descritas²⁵ y la progresiva internacionalización de la economía en la segunda mitad del siglo XIX, promovieron que los Estados Unidos se consolidaran como líder del incipiente capitalismo²⁶, mientras que gran parte del resto de los países americanos se convirtieron en productores de materias primas²⁷. Esto ocasionó un mayor incremento del intercambio comercial y, de manera concadenada, un aumento desmesurado de las enfermedades infecciosas y el impulso de “un movimiento sanitario propio de los países latinoamericanos”²⁸ que se desarrolló cronológicamente de manera paralela al universal.

Así, pues, “desde fines de la década de 1880, (...) [se] promovió la creación de una Oficina de las Repúblicas Americanas para asegurar la estabilidad política y comercial del continente americano”²⁹. En concreto, como ya ha sido referido, es en la Quinta Conferencia Internacional de Washington D.C. (la de carácter universal), cuando se perfila el propósito de confeccionar un ente sanitario propio, lo cual acaba conllevando la celebración durante más de un siglo de conferencias, la constitución de distintas organizaciones internacionales y la adopción de tratados internacionales sanitarios. En este sentido, los resultados más relevantes los describimos a continuación.

Del 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, se celebró en Washington, D.C, la Primera³⁰ Conferencia Internacional Americana dando, pues, un impulso

consulta, 30 de mayo de 2024].

²⁴ Miguel Bustamante, “Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XXXIII (1952), p. 506.

²⁵ “En 1870, una epidemia de fiebre amarilla azotó a Brasil, Paraguay, Uruguay y a la Argentina, y en ocho años, logró propagarse a los Estados Unidos, donde provocó más de 20 mil muertes. El transporte marítimo, que aumentó con el crecimiento del intercambio comercial, era el canal que trasladaba las enfermedades a finales del siglo XIX”. Historia de la OPS, Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

²⁶ Marcos Cueto, op. cit., p. 18.

²⁷ *Ibid.*, p. 19.

²⁸ Historia de la OPS, Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

²⁹ Marcos Cueto, op. cit., p. 20.

³⁰ Se celebran un total de diez Conferencias: la Primera en 1889, la Segunda en 1902, la Tercera en

excepcional al panamericanismo³¹, por tres principales razones. Primero, fue un rotundo éxito el hecho de que congregara a dieciocho Estados americanos³², pero es que, además, se confeccionó la Unión Internacional de Repúblicas Americanas (la predecesora de la OEA). Segundo, el objeto primordial que se perseguía en la referida Conferencia internacional era fomentar la comunicación entre los distintos Estados para el control sanitario del tráfico comercial, así como asegurar mercados más amplios a través del fomento de relaciones comerciales provechosas y recíprocas³³. Y tercero, se creó la X Comisión³⁴, “para tomar en consideración e informar sobre los nuevos métodos de establecer y mantener reglamentos sanitarios en el comercio entre los varios países representados en la Conferencia”³⁵.

La Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, se celebró en ciudad de México, del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, siendo este último un año importante para nuestro objeto de estudio, ya que la X Comisión presentó un informe en el que se recomendaba crear un ente permanente de representantes de Salud, es decir, la Oficina Sanitaria Internacional y se convocaba a “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas de América”³⁶.

En consecuencia, la Primera³⁷ Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se celebró en Washington, D. C., al final del año en el que acaba la Segunda Conferencia Internacional, del 2 al 5 de diciembre de 1902. Y podemos afirmar que fue todo un éxito, porque en la propia

1906, la Cuarta en 1910, la Quinta en 1923, la Sexta en 1928, la Séptima en 1933, la Octava en 1938, la Novena en 1948, la Décima en 1954 y la Undécima estaba programada para 1961, pero finalmente nunca se celebró.

³¹ “El “panamericanismo” fue definido entonces en oposición al aislacionismo, que había marcado la política exterior de los Estados Unidos, y (...) las relaciones pacíficas entre los Estados, la mediación diplomática en los conflictos, la reducción de la influencia europea en América y el incremento del comercio de exportación estadounidense debían ser un solo objetivo común”. Ibid.

³² Además, no fue una vez aislada, sino que “los Estados americanos decidieron reunirse de manera periódica”. Nuestra Historia, Acerca de la OEA, OEA. Disponible en: <https://www.oas.org/es/acerca/nuestra_historia.asp> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

³³ Ibid.

³⁴ En la sesión del 7 de diciembre de 1889 sus delegados aprobaron la creación de la X Comisión, compuesta por siete miembros de cinco países (Brasil, Estados Unidos, Nicaragua, Perú y Venezuela). Este se denominó Comité de Política Sanitaria Internacional.

³⁵ Historia de la OPS, Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

³⁶ Gregorio Delgado García, Eduardo Estrella y Judith Navarro, “El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental” en *Rev. Panam. Salud Pública*, 6(5) (1999), p. 354.

³⁷ De un total de 30 Conferencias Sanitarias Internacionales. La Primera fue en 1902, la Segunda en 1905, la Tercera en 1907, la Cuarta en 1910, la Quinta en 1911, la Sexta en 1920, la Séptima en 1924, la Octava en 1927, la Novena en 1934, la Décima en 1938, la Undécima en 1942, la Duodécima en 1947, que es cuando se integra en el sistema de la OMS, la Decimotercera en 1950, la Decimocuarta en 1954, la Decimoquinta en 1958 y, así hasta quince más, celebrándose la Trigésima en septiembre de 2022.

inauguración se constituyó, por 11 Estados³⁸, la Oficina Sanitaria Internacional (con sede en Washington, D. C). Esto es, se instituyó la primera organización internacional sanitaria de la historia.

Así las cosas, en menos de cuatro años, en los que se celebran 3 conferencias (dos generales y una específica sanitaria) se constituyen dos importantes organizaciones internacionales: la Unión Internacional de Repúblicas Americanas y la Oficina Sanitaria Internacional, las cuales continúan estando en la actualidad vigentes tras un lógico proceso evolutivo que procedemos a examinar.

Sucintamente, la Unión Internacional de Repúblicas Americanas, dos décadas después, acabó dando lugar a la Unión Panamericana³⁹, la cual se convertiría, finalmente, en 1948, en la OEA⁴⁰; organización internaciones regional de cooperación, de carácter general e integrada por 34 Estados⁴¹.

Sin embargo, en lo que respecta a nuestro objeto de estudio, resulta especialmente relevante detallar cómo la Oficina Sanitaria Internacional, ha ido readaptándose y se ha convertido en la organización internacional de salud vigente más antigua de la comunidad internacional, teniendo un total de cuatro denominaciones, a priori sustancialmente similares, pero con sutiles diferencias que marcan su evolución.

En este sentido, el primer cambio vino impulsado por la Quinta Conferencia Internacional de los Estados Americanos, donde se decidió que “la Oficina Sanitaria Internacional sea conocida y designada como Oficina Sanitaria Panamericana y que las Conferencias Sanitarias Internacionales en adelante sean conocidas y designadas como Conferencias Sanitarias Panamericanas”⁴².

El segundo, viene ocasionado por la creación de la OMS y la incorporación de la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) como organización internacional regional en el propio tratado constitutivo de la primera. Así las cosas, para poder hacer realidad la referida vinculación que se estudia en el siguiente epígrafe, en la Duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana se “aprobó el procedimiento para concertar el Acuerdo”⁴³ entre

³⁸ En algunos documentos indica 10 Estados, pero entendemos que aluden a que una decena de países asistieron a Estados Unidos para la celebración de la Conferencia.

³⁹ Cuarta Conferencia Internacional Americana, Buenos Aires, 12 de julio—30 de agosto de 1910.

⁴⁰ Carta de la Organización de los Estados Americanos, suscrita en Bogotá, Colombia, el 30 de abril de 1948 en la Novena Conferencia Internacional Americana. Entrada en vigor el 13 de diciembre de 1951 conforme al Artículo 145 Serie sobre Tratados, OEA N° 1-C y 61. Serie sobre Tratados de Naciones Unidas, N° 1609, Vol. 119.

⁴¹ “Incluyendo a Cuba”. OEA, Estados Miembros. Disponible en: <https://www.oas.org/es/estados_miembros/default.asp> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

⁴² Punto 11^a y 12^a, respectivamente, del Acta General de la Quinta Conferencia Internacional Americana, Santiago, 1923.

⁴³ El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana redactó el proyecto de acuerdo con la OMS, el cual fue sometido en la (primera) Asamblea Mundial de la Salud, el 24 de mayo de 1949. Y tras la firma del acuerdo de integración entre el Director General de la OMS y el Director General de la Organización Sanitaria Panamericana, entró en vigor el 1 de julio de 1949, de acuerdo

la Organización Mundial de la Salud y la OSP, las bases de la Constitución y Reglamento de la Organización Sanitaria Panamericana y las de la reorganización de la Oficina⁴⁴. A este respecto, el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, unos meses después⁴⁵, para poder dar sustento jurídico a los cambios propuestos en la Conferencia previa, adoptó la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana⁴⁶, cambiando oficialmente de nombre por tercera vez y, consecuentemente, de naturaleza y estructura. Y tras estos acontecimientos, la organización continuó su ritmo con significativos cambios, pero sin perder su identidad. Así pues, apreciándose una vinculación más fluida con la OMS, siguió su curso, cada vez con más movimiento y repercusión.

Así las cosas, la denominación actual no se adopta hasta 1958, cuando la XV Conferencia se resuelve “Substituir el título de “Organización Sanitaria Panamericana” por el de “Organización Panamericana de la Salud” en los Artículos 1, 2 (párrafo A), 3, 19 (párrafo B) y 21 (párrafo A) de la Constitución”⁴⁷, por una cuestión puramente semántica⁴⁸.

En lo que respecta a los principales resultados de la historia de dicha organización, durante el primero medio siglo de vida de la Oficina Sanitaria Panamericana, además de promoverse importantes iniciativas en aras de garantizar la seguridad sanitaria, por ejemplo: se recomendó “por primera vez en el mundo, (...) que los gobiernos organizaran cursos formales y prácticos en higiene y saneamiento”⁴⁹, se sugirió a los Estados que adoptaran medidas para el saneamiento de los puertos marítimos⁵⁰ o se adoptaron dos tratados internacionales específicos de salud. En la Segunda Convención Sanitaria Internacional, celebrada en Washington, D. C., en 1905, también es digno de destacar que se adoptó el primer Código Sanitario Panamericano, el cual introduzco un avance significativo en lo referente al control de la fiebre amarilla, pero también fue un referente en

al artículo 10 del mismo.

⁴⁴ Ibid, p. 509.

⁴⁵ Del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947, Buenos Aires.

⁴⁶ En vigor, de conformidad al artículo 29 del referido tratado, el 24 de enero de 1947. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 26(3), marzo, 1947.

⁴⁷ OPS, 15ª Conferencia Sanitaria Panamericana, San Juan, Puerto Rico, sept.–oct. 1958 DO 27, 36.

⁴⁸ “Teniendo en cuenta que el término “Sanitaria” en la denominación de la Organización Sanitaria Panamericana no expresa plena ni exactamente el carácter de esta Organización ni sus funciones en el amplio campo de la salud establecidos en el Artículo 1a de la Constitución; Considerando que la sustitución de la palabra “Sanitaria” por la expresión “de la Salud” en el título de la Organización (...) corregiría la situación expuesta, y, al facilitar una mejor comprensión de las actividades de la Organización”. Ibid.

⁴⁹ Esta iniciativa surge en la Quinta Conferencia Sanitaria, en Santiago de Chile del 5 al 11 de noviembre de 1911. Miguel Bustamante, op. cit., p. 477.

⁵⁰ Iniciativa impulsada en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, en Washington, D. C., del 2 al 5 de diciembre de 1902.

el resto de la comunidad internacional, tanto que “en diciembre de 1907 la Oficina recibió en México la autorización de la Tercera Convención Sanitaria Internacional para establecer relaciones con la recién creada Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París y para recomendar a los países europeos que adoptaran el Código Sanitario de Washington de 1905”⁵¹. De hecho, la Tercera y Cuarta Conferencia Internacional Americana⁵², giraron en torno a la relevancia que suponía la adopción del Código Sanitario Panamericano de 1905.

Sin embargo, este primer tratado internacional adolecía de algunos defectos y como, finalmente, no prosperó la iniciativa de enmendarlo en la VI Conferencia Sanitaria, cuya celebración sufrió un ineludible retraso por el desarrollo de la Gran Guerra; en la Quinta Conferencia Internacional de los Estados Americanos de 1923, se terminó impulsando la redacción de una nueva versión del Código Sanitario Panamericano. Así las cosas, en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana⁵³, se adopta con una elevada participación y apoyo el Código Sanitario Panamericano⁵⁴. De hecho, era tal la aspiración de que este acuerdo rigiera la cooperación sanitaria americana que, para incluir a aquellos estados no negociadores, no solo se incorporó una disposición sobre adhesión, sino que, en la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana⁵⁵, se adoptó otro tratado, como Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano de 1924, con el objetivo de clarificar y facilitar el sistema de nuevas ratificaciones⁵⁶ (aunque también se elaborará en 1952 un segundo Protocolo⁵⁷).

⁵¹ Gregorio Delgado García, Eduardo Estrella y Judith Navarro, op. cit., p. 355.

⁵² Río de Janeiro, 21 de junio al 26 de agosto de 1906 y Buenos Aires, 12 de julio al 30 de agosto de 1910, respectivamente.

⁵³ La Habana, del 5 al 15 de noviembre de 1924. En la que participaron “Delegados de dieciocho Repúblicas: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones”. Miguel Bustamante, op. cit., p. 483.

⁵⁴ Código Sanitario Panamericano. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/30865/csp7_2_es.pdf?sequence=1> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

⁵⁵ Lima, del 12 al 20 de octubre de 1927.

⁵⁶ “Las ratificaciones del Código Sanitario se depositarán en la Secretaría de Estado de la República de Cuba; y el Gobierno cubano comunicará esas ratificaciones a los demás Estados Signatarios, comunicación que producirá el efecto del canje de ratificaciones. La convención empezará a regir en cada uno de los Estados Signatarios en la fecha de la ratificación por dicho Estado, y quedará en vigencia sin limitación de tiempo, reservándose cada uno de los Estados Signatarios o Adheridos el derecho de retirarse de la convención mediante aviso dado en debida forma al Gobierno de la República de Cuba, con un año de anticipación”. Protocolo Adicional al Código Sanitario Panamericano, en vigor desde el 24 de abril de 1929.

⁵⁷ Este Segundo Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano fue adoptado en La Habana, el 24 de septiembre de 1952 y entró en vigor, de conformidad a su artículo V, para todos los Estados que lo hayan ratificado hasta ese momento, el 1 de octubre del mismo año. El principal cambio viene recogido en su artículo 1º y consiste en la derogación de “los Artículos 2, 9, 10, 11, 16 al 53 inclusive, 61 y 62 del Código Sanitario Panamericano, suscrito en La Habana el 14 de noviembre de 1924 durante la VII Conferencia Panamericana, todos los cuales se refieren al tránsito internacional”.

E, igualmente, en la Sexta Conferencia Internacional Americana de 1928, la principal cuestión giró en torno al Código y el reclamo de su ratificación por todos los Estados americanos⁵⁸.

A este respecto, el (segundo) Código Sanitario Panamericano de 1924 está en vigor desde el 15 de febrero de 1929, cuando se registró y continúa generando efectos jurídicos en la actualidad.

Oficina Internacional de Higiene Pública, Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones y Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas como antecedentes de la OMS

Como resultado del fuerte impulso internacional que, sobre todo, desde mediados del siglo XIX se viene desplegando contra las epidemias y para la protección de la salud en general, además de la celebración de conferencias y de la adopción de los primeros instrumentos, se constituyen distintos entes jurídico internacionales de carácter sanitarios, los cuales se señalan en las siguientes líneas.

La primera organización internacional sanitaria universal fue el resultado de más de medio siglo de intensa cooperación sanitaria internacional. Esta se propone en la XI Conferencia Sanitaria Internacional⁵⁹, de manera que, el 9 de diciembre de 1907, se adoptó la Convención Internacional de Roma por la que se constituye la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP)⁶⁰, la cual acabó agrupando a cincuenta y cinco Estados⁶¹, que en ese momento histórico era gran parte de la comunidad internacional. Por tanto, podemos afirmar que fue una organización con autoridad global.

En lo que respecta a sus propósitos, las mismas inquietudes que se abordaban durante los primeros años de vida de la OIHP en las conferencias internacionales que se celebraban simultáneamente, fueron los objetivos de la

⁵⁸ “El 30 de junio de 1938 anunció el Director [de la Oficina Sanitaria Panamericana] que el tratado internacional que es el Código Sanitario Panamericano había sido ya ratificado por todas las Repúblicas”. Miguel Bustamante, op. cit., p. 496.

⁵⁹ Samuel B. Grubbs, “International Office of Public Hygiene. Its Inauguration at Paris, France” en *Public Health Reports (1896-1970)*, 2 (1909), p. 23.

⁶⁰ La Office International d’Hygiène Publique (su nombre oficial) tenía sede en el Bulevar Saint-Germain en París, Francia.

⁶¹ “Los Estados partes en el Acuerdo para la creación en París de una Oficina Internacional de Higiene Pública, firmado en Roma el 9 de diciembre de 1907, fueron los siguientes: Argentina, Australia, Bélgica, Bolivia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chile, Dinamarca, Francia, Grecia, Hungría, India, Irán (República Islámica del), Irak, Irlanda, Italia, Japón, Líbano, Luxemburgo, México, Myanmar, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Pakistán, Perú, Polonia, Portugal, Federación de Rusia, Arabia Saudita, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay y Yugoslavia”. United Nations Treaty Collection, Protocolo relativo a la Oficina Internacional de Higiene Pública. Disponible en: <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtddg_no=IX-2&chapter=9&clang=en> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

propia organización. Así las cosas, su principal tarea se resumía en gestionar de la manera más eficiente posible la seguridad sanitaria que permitía no entorpecer el comercio, por lo que las actuaciones iban especialmente dirigidas a fomentar la salubridad de los buques y puertos; así como a controlar la expansión de las enfermedades virulentas más agresivas del momento⁶². Para ello, la principal herramienta, al igual que hoy en día, eran los instrumentos internacionales que fomentan la salud pública, por lo tanto, se promovía su impulso y supervisión.

Fruto de la necesaria evolución que han tenido los distintos entes de carácter sanitario, la OIHP, una vez constituidas las Naciones Unidas, acaba integrándose en el sistema de la OMS. De hecho, en la Conferencia Internacional de Salud de 1946⁶³, además de adoptarse el tratado constitutivo de la OMS (que hasta casi dos años después no entraría en vigor) se elaboró el Protocolo relativo a la Oficina Internacional de Higiene Pública⁶⁴, con el que “Los gobiernos signatarios de este protocolo acuerdan (...) [que] los deberes y funciones de la Office International d’Hygiene Publique, (...) serán desempeñados por la Organización Mundial de la Salud”⁶⁵.

En este sentido, tras haberse desarrollado su relativa larga existencia en un periodo tan convulso, parece oportuno preguntarse: ¿era suficientemente proactiva la OIHP? ¿Tenía las suficientes capacidades para cumplir adecuadamente las expectativas depositadas en ella?

Si bien en la primera década de vida, la OIHP se caracteriza por su prosperidad y conveniencia, la realidad es que pronto debe enfrentarse a un duro escenario condicionado por las intensas pandemias de tifus y gripe, así como el desarrollo de la Primera Guerra Mundial. Y la realidad es que esta primera organización universal de salud, a pesar del apoyo institucional y de que llevaba unos años de rodaje, se queda inmovilizada y no cumple adecuadamente con las expectativas. De hecho, el Profesor Seuba Hernández, reconoce que la OIHP “demostró estar más interesada en mantener el *estatus quo* que en afrontar los nuevos desafíos”⁶⁶. Primó el interés por no desintegrarse que el arriesgar para cumplir con los arduos objetivos.

⁶² Artículo 4 del Convenio de Roma de 1907 para la creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública.

⁶³ La resolución I (I) del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, adoptada el 15 de febrero de 1946 convocaba dicha Conferencia que se celebró en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

⁶⁴ El Protocolo relativo a la Oficina Internacional de Higiene Pública se adopta en Nueva York, el 22 de julio de 1946 y entre en vigor el 20 de octubre de 1947, de conformidad a su artículo 7 (cuando 20 Estados se obliguen con el mismo). Asimismo, se registra en United Nations Treaty Series en esa misma fecha con el número 125. Tuvo 55 Estados partes y 42 signatarios.

⁶⁵ United Nations Treaty Series, Protocolo relativo a la Oficina Internacional de Higiene Pública. Disponible en: <https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-2&chapter=9&clang=en> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

⁶⁶ *Ibid*, p. 80.

Así las cosas, con la Sociedad de Naciones y la esperanza de construir un mundo mejor, se constituye una primitiva Comisión de Epidemia que ayudaría a gestionar la trágica situación sanitaria⁶⁷, que acabó dando paso, en 1924⁶⁸, a la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones (OHSN), una segunda organización internacional que convive con la OIHP, la cual no lograron destituir o integrarla en la OHSN, especialmente, por la tenacidad de los Estados Unidos, quienes habían participado activamente en su creación.

En este sentido, la OHSN consiguió grandes avances a pesar de la oposición de otros Estados y de su deficiente presupuesto⁶⁹, gracias a que, como explica el Profesor Paul Weinding:

El Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones combinó las funciones de investigación y de organización, lo que supuso que tanto el departamento de ciencias médicas de la Fundación Rockefeller como el Consejo Internacional de Salud pudieran financiar, aproximadamente a partes iguales desde 1922 hasta 1934, al Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones, contribuyendo cada uno de ellos con más de un millón de dólares USA durante esta etapa de construcción⁷⁰.

En definitiva, no hubo sucesión. La OIHP y la OHSN a pesar de que, compartían el amplio objetivo de salud con vocación universal y que estaban fuertemente condicionadas por el contexto, convivieron hasta que la Segunda Guerra Mundial provocó una paralización prácticamente completa de ambas, dejando en dicho momento trágico desamparado la protección básica de la salud.

Afortunadamente, “on November 9, 1943 –eighteen months before the defeat of Germany- the representatives of 44 governments met at the White House to sign the Agreement establishing the United Nations Relief and Rehabilitation Administration”⁷¹ (UNRRA⁷²), la cual incluyó necesarias actividades de salud, como atención a vacunas, boletines de información

⁶⁷ Paul Weindling, “The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40” en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (2006), p. 2.

⁶⁸ *Ibid.*, pp. 3-4.

⁶⁹ Marcos Cueto, Theodore Brown, Elizabeth Fee, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría” en *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 69 (2011), p. 63.

⁷⁰ la Fundación Rockefeller aportaba más de la tercera parte del presupuesto del Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones. Paul Weinding, “La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas” en *Rev. Esp. Salud Publica*, vol.74 (2000), p. 17.

⁷¹ United Nations Relief and Rehabilitation Administration, “50 facts about UNRRA”, HathiTrust, Washington, 1947, p. 5.

⁷² Dichas siglas se comparten para el nombre en español: Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas.

epidemiológica y cuestiones generales de cuidado médico⁷³, por tanto, permitió seguir gestionando algunos de los duros desastres sanitarios que en gran medida eran resultado de las terribles circunstancias, aunque no fuese estrictamente un ente dedicado a la sanidad.

UNRRA se constituye a través de un tratado internacional⁷⁴ suscrito por un total de 44 Estados⁷⁵, el 9 de noviembre de 1943, tras un importante impulso por los Estados Unidos. Por tanto, estamos ante una organización internacional que de conformidad al artículo 1.2 de su tratado constitutivo se dedicará al

“socorro de las víctimas de la guerra en cualquier zona bajo el control de cualquiera de las Naciones Unidas mediante el suministro de alimentos, combustible, ropa, alojamiento y otras necesidades básicas, servicios médicos (...); formular y recomendar medidas (...) para la coordinación de las compras, el uso de buques y otras actividades de adquisiciones en el período posterior al cese de hostilidades, con miras a integrar el planes y actividades de la Administración con el movimiento total de suministros, y con el fin de lograr una distribución equitativa de los suministros disponibles; estudiar, formular y recomendar (...) medidas”.

En definitiva, perseguía proporcionar ayuda humanitaria y asistencia en la rehabilitación de los países afectados por la guerra.

Su actividad, desde el inicio de la constitución de las Naciones Unidas, estuvo relativamente ligada a esta misma y, finalmente, la Organización Internacional para los Refugiados (predecesora del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) en la segunda mitad de 1947⁷⁶, acaba absorbiendo a la UNRRA tras un proceso paulatino de succión durante los dos años anteriores.

De hecho, en el proceso de postguerra y construcción de las Naciones Unidas, parece curiosa la anécdota de cómo la seguridad sanitaria fue defendida

⁷³ United Nations Relief and Rehabilitation Administration, “Index to document series of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), 1943-1949”, HathiTrust, United Nations Secretariat, 1951, p. 5.

⁷⁴ Acuerdo para la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas, 9 de noviembre de 1943

⁷⁵ “Australia, Bélgica, Bolivia, Estados Unidos de Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Cuba, Checoslovaquia, República Dominicana, Ecuador, Egipto, El Salvador, Etiopía, Comité Francés de Liberación Nacional, Grecia, Guatemala, Haití, Honduras, Islandia, India, Irán, Irak, Liberia, Luxemburgo, Estados Unidos Mexicanos, Países Bajos, Nueva Zelanda, Nicaragua, Noruega, Panamá, Paraguay, Perú, Commonwealth de Filipinas, Polonia, Unión del Sur África, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela y Yugoslavia”.

⁷⁶ “Cuando IRO tomó control como sucesor de UNRRA el 1 de julio de 1947, era responsable del cuidado de 712 mil refugiados y personas desplazadas”. Yael S. Druker, “Entre política y humanitarismo: el papel de la Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (UNRRA) ante la crisis de los desplazados judíos en la Europa de la posguerra” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, 132 (2018), p. 76.

como una prioridad desde distintas fuerzas. Y, en relación con esta última organización que nos ocupa, resulta interesante conocer que:

Entre los funcionarios de la UNRRA, destacaron el chino Sze y el brasilero de Paula Souza, quienes habían tenido una valiosa experiencia sanitaria nacional e internacional. Ambos asistieron a la conferencia de San Francisco de 1945, donde se reunieron cincuenta de los países «aliados» para dar nacimiento a las Naciones Unidas. Para poder presentar mociones –ya que como miembros de la UNRRA no podían hacerlo– se las arreglaron para formar parte de la delegación de sus países y convencer a otros delegados de la importancia de crear una organización sanitaria internacional. De Paula Souza y Sze consiguieron que se incluyese el término «salud» en el acta de Constitución de la ONU y que se aprobase su propuesta de formar una nueva agencia multilateral especializada y autónoma⁷⁷.

Así las cosas, el 15 de febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas convoca la Conferencia Internacional de Salud⁷⁸ en la que, varios meses después, se constituirá la OMS. Para impulsar el éxito de dicha cumbre dicho órgano principal de las Naciones Unidas emplaza “a dieciséis líderes médicos internacionales, reunidos en el llamado Comité Técnico de Preparación, para comenzar a implementar la agencia de salud «internacional», «global» o «de las Naciones Unidas» (ya que al comienzo el nombre no estaba claro), así como para redactar su Constitución. Estos médicos fueron llamados por su prestigio y no como representantes de sus países; sin embargo, se buscó cierto balance regional, ya que ocho eran de Europa, cinco de las Américas y tres de Asia (...). Todas las propuestas coincidían en dar la mayor autonomía posible a la futura OMS para evitar los problemas que tuvo la LNHO con la Liga de las Naciones. (...). La nueva Constitución permitía que los países se adhirieran a la OMS independientemente de que fueran parte o no de la ONU, algo que no hubiera sido posible con la LNHO”⁷⁹.

Otra decisión relevante, cuya discusión no fue una cuestión baladí, fue la denominación. Con los antecedentes descritos y con la intención de no generar confusión se barajaban nombres simples como “Organización de Salud Internacional” u “Organización de Salud de las Naciones Unidas”. Sin embargo, como magistralmente explican los investigadores Marcos Cueto, Theodore Brown, Elizabeth Fee:

La delegación china, que pertenecía a una de las potencias que eran parte del Consejo de Seguridad de la ONU –a pesar de representar a un gobierno que estaba por ser reemplazado por la revolución comunista de 1949 –, encabezó la propuesta que finalmente tuvo éxito de llamarla «Organización Mundial de

⁷⁷ Marcos Cueto, Theodore Brown, Elizabeth Fee, op. cit., p. 132.

⁷⁸ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Resolución I (I) 3, 15 de febrero de 1946.

⁷⁹ Marcos Cueto, Theodore Brown, Elizabeth Fee, op. cit., p. 133.

la Salud», argumentando que esa denominación denotaba su carácter universal y su espíritu de solidaridad internacional. El término «mundial» fue también entendido por algunos —especialmente los soviéticos— como una advertencia a los países europeos de que sus colonias serían también áreas de intervención de la futura agencia. Según uno de los fundadores de la OMS, usar el término «mundial» como parte del título de la nueva institución sirvió para enfatizar la noción de que el mundo no podía funcionar teniendo a la mitad de la población mundial enferma⁸⁰.

A este respecto, como ya ha sido previamente referido, la Conferencia Internacional de Salud, la cual se desarrolló del 19 de junio al 22 de julio de 1946 en Nueva York, que tuvo como resultado la adopción de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y, por tanto, su creación, supuso la superación de la OIHP (aunque permanece un fiel reflejo de su esencia), la OHSN y, unos años después, de la eventual UNRRA, dejando a la OMS como la gran autoridad internacional.

4. Vinculación jurídica entre la OPS y la OMS: adaptación y complementariedad

Como ya ha sido puesto de manifiesto, con la creación de la OMS como organización internacional universal de salud en 1946 (y desplegando sus plenos efectos jurídicos desde el 7 de abril de 1948), se estimó oportuno reorganizar y sistematizar todos los otros entes existentes hasta el momento y con objetivos similares.

En este sentido, de conformidad al artículo 54 del tratado constitutivo de la OMS, se decidió reintegrar en el nuevo sistema a todas las organizaciones internacionales regionales que existieran antes de la creación, dando un especial protagonismo a la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual es la única que se subordinó universalmente a la OMS y que aparece expresamente en el precepto señalado.

¿Cómo se articula dicha integración y qué naturaleza tiene la OPS en lo que respecta a la OMS?

Una vez adoptada la Constitución de la OMS, la Oficina Sanitaria Panamericana consciente de los cambios que debía realizar para poder agregarse a la organización universal y cumplir con el mandato de la Constitución, incluye dicha cuestión entre los diversos temas a tratar en el programa de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana⁸¹. Consecuentemente, el Consejo Directivo celebró, del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947 en Buenos Aires, una reunión en la que

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Celebrada en Caracas, Venezuela, del 12 al 24 de enero de 1947.

se adopta la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (OPS desde 1958) con la que no solo se cambia el nombre, sino que la readapta a los nuevos tiempos y reestructura el ente para hacer posible los cambios de integración. Evidentemente, para poder hacer realidad el gran reto de vinculación, el nuevo tratado internacional se refiere en distintos momentos a la OMS y, sobre todo, a su Director, en lo relativo a clarificar la gestión de los presupuestos, la asistencia a reuniones o el ejercicio de voto⁸².

No obstante, la reestructuración de la (en 1947) recién OSP no era suficiente, aunque sí el primer paso básico. Tanto la organización internacional de salud americana como la universal (OMS) al ser sujetos de derecho internacional necesitaban consolidar la manifestación expresa de su voluntad. Así las cosas, dicha “acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas”, que exigía el artículo 54 de la Constitución de la OMS, fue materializada en un tratado internacional que redactó el propio Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

A este respecto, el Acuerdo entre la OMS y la OSP⁸³ (luego OPS) fue sometido a votación en la (primera) Asamblea Mundial de la Salud, el 24 de mayo de 1949. Y tras la firma del acuerdo de integración entre el Director General de la OMS y el Director General de la Organización Sanitaria Panamericana, entró en vigor el 1 de julio de 1949, de acuerdo al artículo 10 del mismo y en coherencia con el Derecho de los Tratados que en ese momento era absolutamente consuetudinario.

En consecuencia, desde la segunda mitad de 1949, la OSP no solo es una organización internacional regional y un organismo especializado de la OEA, sino que, simultáneamente, la OPS es el Comité Regional y la Oficina Regional para las Américas en el marco universal de la OMS.

¿Esto qué significa? De acuerdo al tratado de asociación, en primer lugar, como no puede ser de otro modo al ser la OSP/OPS un Comité Regional y una Oficina Regional de la OMS, ésta debe actuar dentro de los términos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. De manera que la organización regional tiene plena libertad para adoptar y promover tratados y programas sanitarios en su zona, siempre que no se manifieste ninguna incompatibilidad con el sistema universal, lo cual no es un peligro. No ocurrirá cuando se desarrollen actuaciones coherentes y diligentes.

Asimismo, al ser la OPS un Comité y Oficina Regional se estipula la elección del Director de dichos puestos y la asignación presupuestaria para desarrollar convenientemente las tareas.

⁸² Véanse los artículos 7, 12 y 13 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

⁸³ Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana/Organización Panamericana de Salud, documento 9, pp. 44-46. Disponible en: <<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/documentos-basicos-ops-2017.pdf>> [Última consulta, 30 de mayo de 2024].

En definitiva, OMS y OPS son dos organizaciones internacionales, es decir, dos sujetos secundarios de Derecho Internacional, pero que se complementan al formar el ente más antiguo de salud parte de la estructura de la OMS, al mismo tiempo que desempeña sus funciones independientemente y como agencia de la OEA.

5. Conclusiones

1. La OMS es una organización internacional universal y, al mismo tiempo, un organismo especializado de las Naciones Unidas. En mi opinión, es un ente firme, sólido y que ha demostrado una importante capacidad de gobernanza y autoridad. Gracias a que es el resultado de otros previos intentos y de casi dos siglos de cooperación sanitaria internacional.

2. Así las cosas, la OMS es fruto de la justificada preocupación que la comunidad internacional tenía desde hacía siglos en las cuestiones de salud. Sin embargo, esta no se constituye sin más en un primer intento, al revés, el éxito que esta autora defiende que tiene la referida organización internacional, es el resultado de dos grandes circunstancias. Primero, la OMS es la cuarta organización internacional universal sobre cuestiones de salud de la historia. De hecho, cuando se articula su tratado constitutivo se está aprendiendo de las constructivas experiencias de la OIHP, OHSN y de la UNRRA, aunque esta última como ya se ha explicado no se dedicaba estrictamente al objeto que desarrollamos. Segundo, la redacción de la Constitución de la OMS se desarrolla en un momento realmente idóneo, en el breve intervalo de paz entre el fin de la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la Guerra Fría.

3. La OPS es la organización internacional de salud más antigua del mundo que se integra como agencia especializada en salud de la OEA y, al mismo tiempo constituye el Comité Regional y la Oficina Regional para las Américas en el marco universal de la OMS.

4. Durante 122 años de historia, la OPS se ha readaptado a las nuevas circunstancias en tres momentos históricos, lo cual ha ocasionado que haya sido conocida con un total de 4 denominaciones. Sin embargo, lo realmente interesante es que, durante su largo periodo de vida, incluso en contextos de guerra o de duras pandemias, siempre ha mantenido su actividad y ha sido un referente para el sistema universal, incluso en la actualidad. En este sentido, hasta la fecha, se han celebrado un total de 30 Conferencias Sanitarias Internacionales y en su seno se han adoptado dos Códigos Sanitarios Panamericanos, el segundo, de 1924, es el tratado para gestionar la seguridad sanitaria vigente más antiguo de la comunidad internacional.

6. Bibliografía

- Bustamante, Miguel, “Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XXXIII (1952).
- Cueto, Marcos, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
- Cueto, Marcos; Brown, Theodore; Fee, Elizabeth, “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría” en *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 69 (2011).
- Delgado García, Gregorio; Estrella, Eduardo y Navarro, Judith, “El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental” en *Rev Panam Salud Publica*, 6(5) (1999). Gregorio Delgado García, Eduardo Estrella y Judith Navarro.
- Doval, Hernán C., “El nacimiento del concepto de salud como un derecho. De la Revolución Francesa a las Revoluciones Europeas de 1848 [carta del director]” en *Revista argentina de cardiología*, 72(4) (2004).
- Druker, Yael S., “Entre política y humanitarismo: el papel de la Administración de las Naciones Unidas para el Auxilio y la Rehabilitación (UNRRA) ante la crisis de los desplazados judíos en la Europa de la posguerra” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, 132 (2018).
- Fernández Liesa, Carlos R., “La Sociedad de Naciones y los derechos humanos”, [en Yolanda Gamarra Chopo, Carlos R. Fernández Liesa, coord.: *Los orígenes del Derecho internacional contemporáneo*, Colección actas].
- Grubbs, Samuel B., “International Office of Public Hygiene. Its Inauguration at Paris, France” en *Public Health Reports (1896-1970)*, 2 (1909).
- Mateos Jiménez, J. B., “Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)” en *Revista española de salud pública*, 79 (2005).
- Mínguez Gonzalo, Miguel, “El nuevo reglamento sanitario internacional” en *Rev. Esp. Salud Publica*, 81 (2007).
- Seuba Hernández, Xavier, “Los orígenes de la cooperación sanitaria internacional”, [en Xavier Pons Rafols, coor.: *Salud Pública Mundial y Derecho Internacional*, Madrid, Marcial Pons, 2010].
- Weindling, Paul, “The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40” en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (2006).