

# El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría

**Marcos Cueto**

*Casa Oswaldo Cruz/FIOCRUZ,  
Instituto de Estudios Peruanos*

**Theodore Brown**

*University of Rochester*

**Elizabeth Fee<sup>1</sup>**

*National Library  
of Medicine*

## Resumen

Este artículo estudia el proceso médico y político de surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal agencia multilateral de salud, formalmente fundada en 1948 y ligada a la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas. Este proceso se inició hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, en 1945, cuando Estados Unidos y la Unión Soviética colaboraron para vencer a los nazis, y culminó poco después del inicio de la Guerra Fría en 1947, es decir, de la rivalidad entre las superpotencias soviética y norteamericana. La OMS pudo legitimarse en este cambiante contexto y dejar un legado que hasta ahora es importante en la salud pública.

Palabras clave: Guerra Fría, historia, Organización Mundial de la Salud, salud internacional.

## Abstract

This article studies the political and medical processes in which the World Health Organization emerged and was formally created in 1948 as the main multilateral agency in health linked to the recently created United Nations. These processes begun in 1945 when the United States and the Soviet Union began to work together to defeat the Nazis and ended shortly after the beginning of the Cold War in 1947, namely after the rivalry and competition between Soviet and North-American superpowers that would take place during the second half of the 20th century. The World Health Organization could validate itself in a changing context and left a legacy that today is relevant for contemporary public health.

Key words: Cold War, history, international health, World Health Organization.

---

1. Correos electrónicos: [mcueto@iep.org.pe](mailto:mcueto@iep.org.pe); [Theodore\\_Brown@urmc.rochester.edu](mailto:Theodore_Brown@urmc.rochester.edu); [elizabeth\\_fee@nlm.nih.gov](mailto:elizabeth_fee@nlm.nih.gov). El artículo fue recibido el 17 de febrero y aprobado en su versión final el 15 de mayo de 2011.

**Siglas usadas**

FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IC	Comisión Interina
ICCAO	Organización Civil de Aviación Internacional
LNHO	Organización de Salud de la Liga de las Naciones
NA	National Archives (Maryland, Estados Unidos)
NLM	National Library of Medicine (Bethesda, Estados Unidos)
OIHP	Office International d'Hygiène Publique
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
TPC	Comité Técnico de Preparación
TPL	Harry S. Truman Presidential Library (Missouri, Estados Unidos)
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNRRA	United Nations Relief and Rehabilitation Administration
WHO	World Health Organization
WHO-L	World Health Organization Library (Ginebra, Suiza)

Hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, los vencedores del conflicto –los cuales se llamaron «Aliados» desde 1942– decidieron crear una red de organismos internacionales que asegurase su hegemonía y evitase un nuevo conflicto internacional. El centro de esta red fue la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que nació en San Francisco en mayo de 1945 (Hoopes y Brinkley 1997). Parte esencial de la red, formada por agencias especializadas de la ONU –conocidas como multilaterales, para diferenciarlas de instituciones bilaterales o filantrópicas y acentuar la cooperación intergubernamental– fue la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>.

No era la primera vez que se intentaba algo por el estilo. Desde 1907 funcionaba en París la Office International d'Hygiène Publique (OIHP) para registrar los acuerdos sanitarios internacionales y poco después de acabar la Primera Guerra Mundial se había creado una sección de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO, por sus siglas en inglés), la cual, desde Ginebra, trabajaba en varias partes del mundo. Asimismo, en las Américas existía desde 1902 la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), ligada a la Unión Panamericana. Sin embargo, las dos primeras no habían podido consolidar su autoridad a nivel internacional y la OSP funcionaba cercana al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Cueto 2004). Además, entre las tres existían tensiones por la inevitable duplicación de trabajo.

El propósito de este artículo es analizar los orígenes de la OMS, poniendo énfasis en el esfuerzo de sus líderes en legitimarla en un contexto político tenso y cambiante. Algo más, que hace interesante el estudio histórico del surgimiento de la OMS, es que aún existe y es un referente en varios programas de salud. Analizar su creación puede servir para comprender esta persistencia.

## LOS LEGADOS DE LA GUERRA

El origen de la OMS está ligado al trabajo de los Aliados por socorrer a las poblaciones civiles que iban encontrando después de conquistar los territorios europeos tomados por las potencias del Eje, a través de la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), creada en 1943. Poco después de la derrota de los nazis en Berlín –ocurrida en mayo de 1945–, la labor de la UNRRA aumentó porque más de seis millones de europeos habían sido desplazados, es decir, sobrevivían sin alimentos ni vivienda y sin protección ante la amenaza de epidemias. La ayuda que brindaba la UNRRA incluyó servicios médicos

---

2. Otras agencias conocidas de la ONU formadas entonces son: el Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco).

(Woodbridge 1950; Sawyer 1947). Una división de salud de la UNRRA, encabezada por Wilbur Sawyer –quien antes de la guerra había sido director de la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller–, sin duda la más poderosa entidad filantrópica privada norteamericana, tenía poco más de mil funcionarios. En muchos lugares, la UNRRA reemplazó los servicios sanitarios que habían colapsado por la guerra.

Esta labor sobrepasó las actividades del Office, que sobrevivió a la guerra pero perdió su credibilidad por haber operado en la Francia ocupada por los nazis y haber sido acusada de colaborar con ellos<sup>3</sup>. Asimismo, la bien financiada UNRRA asumió progresivamente las funciones de la LNHO, que junto con la Liga, sobrevivieron en Ginebra disminuidas, pero con la imagen de neutralidad intacta después del conflicto. De hecho, muchos de los primeros funcionarios de la futura OMS saldrían de la LNHO o de la UNRRA (Jones 1981: 469; WHO 1947a: 73).

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 (Sze 1982; Campos 2000)<sup>4</sup>. 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 autónoma. El pedido fue apoyado por los países más poderosos de la postguerra: Estados Unidos, Inglaterra y la Unión Soviética, lo que fue un cambio en la posición inicial de algunos de estos países, ya que por lo menos Estados Unidos e Inglaterra preferían, antes de que empiece la reunión, que la salud internacional no estuviese en la agenda de discusión<sup>5</sup>. La posición del gobierno de los Estados Unidos estaba basada en el temor de que agencias con mandatos muy amplios no fuesen bien vistas por el Congreso norteamericano, que se caracterizaba por su posición aislacionista en política exterior. La tensión entre el Congreso (proclive al aislacionismo) y un renovado Departamento de Estado (más inclinado al internacionalismo) fue parte del contexto en que se creó la OMS: una tensión donde los

- 
3. Funcionarios del Departamento de Estado consideraban que la Office había colaborado con los nazis (Department of State, «Memorandum of Conversation, Subject Position of the International Office of Public Health», 15 de enero de 1946, Calderwood, Howard B. Collection, NLM).
  4. Otro personaje menos conocido, pero crucial en esta tarea, fue el noruego Karl Evang (Ringen 1990).
  5. «Joint Declaration by the Delegation of Brazil and China regarding International Health Cooperation», carta, 9 de julio de 1948 (caja 1, folder 1945; Calderwood, Howard B. Collection, NLM).

internacionalistas norteamericanos recibieron el apoyo de prestigiosas instituciones médicas, como la New York Academy of Medicine y la American Public Health Association, así como de connotados expertos norteamericanos en salud (*The New York Times* 1948a: 15).

En febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de la ONU –la oficina encargada de la formación de agencias especializadas– convocó a dieciséis líderes médicos internacionales, reunidos en el llamado Comité Técnico de Preparación (TPC, por sus siglas en inglés), 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<sup>6</sup>. La primera reunión del TPC se realizó en marzo de 1946 en París para establecer sus principios básicos (WHO 1946b, WHO-L). Entre ellos estaba el crear una institución independiente de las decisiones políticas y de otras agencias, que reforzara los lazos entre los descubrimientos médicos y las necesidades de salud e incluyese la mayor cantidad de países posible, independientemente de su orientación política. El asunto de la autonomía era importante debido a que algunos expertos médicos europeos, así como algunos senadores norteamericanos, promovían una agencia que fuese una oficina modesta manejada desde las Naciones Unidas. Sin embargo, los que querían una organización diferenciada de la ONU, apelaban a la mala experiencia de la LNHO, que no había logrado mayor reconocimiento por estar demasiado identificada como una agencia internacional sin autoridad y cuestionada por motivos políticos.

El presidente del TPC fue el belga René Sand, respetado por haber creado en 1912 la Asociación de Medicina Social de su país y posteriormente la cátedra de Medicina Social (Anciaux 1988). La medicina social fue una corriente que nació en Europa como reacción al reduccionismo que había generado el énfasis exagerado en la bacteriología y el descubrimiento de los microorganismos como causa de muchas enfermedades infecciosas, lo que había llevado a algunos a pensar que los factores de la salud y la enfermedad eran solo biológicos. La medicina social, en cambio, resaltaba la importancia de los factores sociales, políticos y culturales en la recurrencia de enfermedades epidémicas. Asimismo, proponía una visión holística de la salud pública y la práctica médica, que luchase contra las verdaderas causas de muchas dolencias: la pobreza, la falta de educación, la indiferencia políti-

---

6. Ellos fueron: Gregorio Bermann (Argentina), René Sand (Bélgica), Manuel Martínez Báez (México), Karl Evang (Noruega), A. Cavaiillon (Francia), D. Knoparris (Grecia), Brock Chisholm (Canadá), Josek Cancik (Checoslovaquia), Wilson Jameson (Reino Unido), C. Mani (India), Thomas Jr. Parran (Estados Unidos), Aly Twefik Shousa *Pasha* (Egipto), Geraldo H. de Paula Souza (Brasil) y P. Z. Kin (China) (WHO 1958).

ca y el prejuicio. A pesar de que, debido a su edad avanzada, Sand no jugaría un papel importante en la OMS, la medicina social había marcado la carrera de muchos de los dirigentes de la LNHO y tuvo un breve renacimiento a fines de la Segunda Guerra Mundial, además, influyó a varios de los primeros líderes de la OMS.

Otra personalidad importante del TPC fue Thomas Parran, cirujano general de los Estados Unidos y jefe de los Servicios de Salud Pública de su país desde los años posteriores a la depresión. Parran estaba algo atraído por la medicina social y había promovido la seguridad social universal en los Estados Unidos (algo que eventualmente nunca existió en ese país, pero sí en buena parte de Europa Occidental). Él encabezó una comisión auspiciada por el Departamento de Estado que analizó la posición de los Estados Unidos en los asuntos sanitarios internacionales de la postguerra. Los expertos de esta comisión recomendaron al gobierno federal y al Congreso jugar un papel protagónico en la nueva agencia mundial de salud. Asimismo, elaboraron los primeros argumentos para justificar la existencia de la misma, utilizando criterios que apelaban a razones económicas y políticas. Su justificación principal fue que después de la guerra muchos de los sistemas de salud pública del mundo habían sido destruidos. Asimismo, las naciones ocupadas habían experimentado brotes epidémicos al ser liberadas, lo que representaba una amenaza para la seguridad mundial, incluyendo a los países vencedores de la guerra, que podían ser infectados. Y ello era una amenaza a la estabilidad del comercio internacional que empezaba a restablecerse y a aumentar en cuanto al consumo de productos norteamericanos. A estas razones se unieron motivos humanitarios, democráticos y geopolíticos, como el compartir los nuevos descubrimientos médicos –dondequiera que aparecieran– y la búsqueda de un orden internacional que asegurase una «paz duradera» –término clave al final de la guerra–. En un momento de colaboración entre los aislacionistas y los internacionalistas norteamericanos, el informe de la comisión dirigida por Parran fue aprobado por el Congreso, que pidió al presidente promover la fundación de la nueva agencia multilateral de salud.

Todo esto ocurría en los primeros momentos de la postguerra, cuando los Estados Unidos e Inglaterra –aunque se consultaban frecuentemente sobre sus políticas exteriores antes de hacerlas públicas– tenían una buena relación con la Unión Soviética. Este breve período solo duró entre 1944 y 1947 –pero fue intermitentemente interrumpido en este último año–, mientras las diferencias ideológicas entre los Estados Unidos y la Unión Soviética fueron dejadas de lado en aras del objetivo de derrotar a los nazis y construir un nuevo orden internacional. En términos políticos, esta colaboración permitió la creación de la ONU, también llevó a los intentos de descolonización de los países que eran parte de imperios europeos y alentó la democratización de países postcoloniales dominados por dictaduras. En términos médicos, ello se tradujo, por ejemplo, en la amistad de Parran con

médicos soviéticos y en su disposición a dejarlos que tuvieran un papel destacado en el TPC. Más importante fue que ello se reflejó en la colaboración entre líderes sanitarios de países donde predominaba la práctica privada y donde, inclusive, no había seguridad social (como Estados Unidos) y médicos soviéticos que laboraban en un sistema estatizado.

La entusiasta participación del ejecutivo de los Estados Unidos en organizaciones multilaterales, la cual estaba unida a una búsqueda de liderazgo en las mismas, significó un alejamiento de la tradicional posición aislacionista en la política exterior de ese país. Ello se produjo sobre todo gracias a la consolidación de un grupo de nuevos funcionarios profesionalizados y especializados en el Departamento de Estado. Entre ellos se encontraban ideólogos de la política exterior norteamericana, como George F. Kennan, que diseñó la noción de «contención» (*containment*), según la cual la coexistencia de capitalismo y comunismo, así como la competencia entre los dos, era inevitable y duraría un buen tiempo después de la postguerra. Otro aspecto de esta noción fue que, aunque guerras focalizadas surgiesen, había que evitar una confrontación directa entre las superpotencias (la Unión Soviética y los Estados Unidos) por el peligro de destrucción mundial con armas nucleares. Por lo tanto, los Estados Unidos debían utilizar preferentemente mecanismos no militares (como programas de cooperación, educación y salud, así como su influencia en organismos multilaterales) para asegurarse la lealtad de los países postcoloniales y minar el crecimiento del comunismo. Finalmente, se esperaba que en el largo plazo las contradicciones internas del comunismo harían que la Unión Soviética desapareciese (Mitter y Major 2004).

Las ideas de Kennan fueron fundamentales para el giro de la política exterior norteamericana durante la postguerra. Estas vinieron a fructificar en un mundo en el cual norteamericanos y soviéticos desarrollaban sus propias nociones de lo que debía ser el orden mundial y trataban de ganar las oportunidades de influencia que se presentaban con la derrota de los nazis en Europa y el declive de los imperios japonés, británico, belga y francés en África, Asia y el Medio Oriente. En marzo de 1947, el Presidente Truman solicitó al Congreso apoyo a la «doctrina» de «contención» frente al comunismo en Grecia y Turquía –Irán fue incluido poco después– (Offner 2002). Así, gracias a esta doctrina, el gobierno federal envió ayuda económica y militar –incluyendo médicos– para impedir gobiernos comunistas en estos países.

El anuncio de esta ayuda terminó formalmente las relaciones amistosas entre la Unión Soviética y los Estados Unidos y dio inicio a la Guerra Fría. Un «Acta de Seguridad Nacional» de 1947 –documento clave en la diplomacia norteamericana– estableció el importante Consejo de Seguridad Nacional en el Departamento de Estado, el cual jugó un papel

central en la emergente Guerra Fría. Desde entonces, los internacionalistas del ejecutivo norteamericano justificaron su posición en términos de proteger la hegemonía de su país y por el temor al comunismo. Los funcionarios del Departamento de Estado no dejaron de querer jugar un papel en las nuevas agencias multilaterales, pero añadieron a ello la rivalidad con Rusia. Por su parte, la Unión Soviética, aún bajo el dominio de Joseph Stalin, amainó su deseo de exportar la revolución mundial a cambio de que se respetase su influencia en buena parte de Europa Oriental, también disolvió la Internacional Comunista y empezó una tímida política de becas, propaganda y asistencia técnica con los países postcoloniales, con el fin de hacer crecer progresivamente su influencia internacional. Como resultado, la ONU y sus agencias especializadas se convirtieron en un terreno en disputa entre las dos superpotencias.

## PLANEANDO EL FUTURO DE LA OMS

La implementación inicial de la OMS se produjo en esa breve transición entre la colaboración de los Aliados y el inicio de las tensiones entre las superpotencias. El trabajo del TPC se concentró en la revisión de cuatro propuestas de Constitución presentadas por expertos franceses, ingleses, estadounidenses y un reconocido salubrista de nacionalidad yugoslava, Andrija Stampar. 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. Entre ellas, la presentada por el norteamericano Parran fue considerada la más coherente y detallada en los asuntos organizativos y fue tomada como la base del documento final. 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, ya que para ser miembro de ella había que formar parte de la Liga de las Naciones (Brand 1989: 591).

Sin embargo, el documento es célebre por un preámbulo que Parran no escribió y que se inicia con una oración conocida por los salubristas de muchas partes del mundo: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (WHO 1948). Por mucho tiempo se pensó que Stampar fue el responsable del preámbulo<sup>7</sup>, pero, recientemente, la historiadora alemana Borowy ha demostrado que las ideas básicas, e inclusive oraciones del mismo, estaban en un documento de la LNHO que circuló entre algunos expertos poco antes de que terminase la guerra (Borowy 2009). De hecho, esa primera oración del preámbulo connota las ideas de la

---

7. Quien así lo considera es Van Zile Hyde, en: «Oral History Interview with Henry Van Zile Hyde» (1975, TPL).



medicina social, es decir, la aspiración por superar la percepción de que el objetivo de la salud pública era solo lograr campañas exitosas de control de dolencias. Asimismo, el preámbulo iba más allá de la dimensión técnica de la medicina al presentar a la salud como un derecho humano («El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano»), una novedad considerando que la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada por la ONU en 1948. Como un espejo reflejándose en otro, los enunciados del preámbulo evocaban la declaración de la ONU, haciendo de la salud una responsabilidad de los gobiernos y un derecho de los ciudadanos sin distinción de raza, religión, ideología o condición económica.

Es importante anotar que la definición del preámbulo versaba sobre lo que debía ser la salud, no sobre la salud pública, y esto se hacía a diferencia de otras agencias de la ONU –como la Unesco o la FAO– que no se sintieron urgidas a definir lo que era la educación o el desarrollo agrícola. De esta manera, ello sugiere que existió una motivación idealista y en favor de una equidad universal, que en muchos sentidos era nueva, sobre todo en muchos gobiernos europeos que aun después de la Segunda Guerra Mundial conservaron con orgullo y fuego sus posesiones coloniales (como Inglaterra y Francia). Asimismo, el preámbulo ligaba la salud con términos que empezaron a ser cruciales en la postguerra, como «paz». Según el futuro director general de la OMS, la ventaja de definir la salud en la Constitución era que su cumplimiento implicaba la «habilidad de vivir en armonía entre pueblos de distintos tipos de poblaciones, con otras tradiciones, de diferentes religiones, en todas partes del mundo» (Chisholm 1948: 2, WHO-L). Es decir, se inspiraba en los postulados de la medicina social, mientras que la salud pública debía dejar de ser percibida como un producto aislado del resto de la vida social y serlo, más bien, como un proceso intrínseco del desarrollo social. Este idealismo sanitario fue clave porque había quienes temían una Tercera Guerra Mundial y la salud internacional fue vista por sus organizadores como un medio de evitarla.

El principal resultado de la TPC fue la realización de la Conferencia Sanitaria Internacional para el establecimiento de la «Organización Internacional de Salud» (el término OMS sería definido en este encuentro). La conferencia se realizó en julio de 1946 en la ciudad de Nueva York (*The New York Times* 1946a: 6). Parran, jefe de la delegación norteamericana, fue elegido como presidente del evento, al que asistieron delegados de 51 estados y una serie de observadores sin derecho a voto como representantes de los territorios ocupados por los Aliados (Alemania, Japón y Corea) y de algunas agencias de salud, como la LNHO y la OSP. La afiliación de la España de Franco quedó en suspenso, ya que muchos de los aliados consideraban que había tenido una alianza con la Alemania nazi. Posteriormente España sería admitida a la OMS.

Otro asunto importante de la reunión fue el futuro nombre de la organización. Entre las posibilidades estaba «Organización de Salud Internacional», que muchos creían que la diferenciaría del otro título también sugerido y más subordinado: «Organización de Salud de las Naciones Unidas». 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 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 (International Health Conference 1947: 9, NA). 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 enferma, así la otra mitad estuviese sana. Añadió asimismo, que muchos problemas sanitarios solo podían ser resueltos a una escala global (Chisholm 1947: 111, WHO-L). Todo lo anterior fue muchas veces encapsulado en la noción de la salud internacional como un medio de los países ricos para ayudar a las naciones pobres.

El tema de la absorción de las agencias de salud internacionales existentes y el asunto de la creación de oficinas regionales de la nueva agencia fueron motivo de importantes debates en Nueva York. Para los defensores de la idea de una única organización y la disolución de todas las otras –en general, representantes de países europeos y funcionarios de la LNHO–, se trataba de evitar la duplicación de esfuerzos y la rivalidad innecesaria que se generaría entre la nueva y las antiguas organizaciones. Entre los críticos a la idea anterior –en general, los latinoamericanos– había el peligro de querer monopolizar el campo de la salud y también la preocupación de que una nueva agencia multilateral fuese supranacional. Los latinoamericanos creían que una agencia internacional era necesaria, mas debía operar con oficinas regionales semiautónomas –entre las cuales la dedicada a las Américas debía ser la OSP–. Asimismo, consideraban que la nueva agencia nunca debía trabajar sin el asentimiento de las autoridades oficiales de cada país, poniendo a su servicio los conocimientos y el personal necesario para el desarrollo de los servicios de salud. Quienes jugaron un papel de bisagra en estas discusiones fueron los norteamericanos, que defendieron la idea de una agencia fuerte pero con oficinas regionales funcionales, como terminó siendo la OSP, recreada como brazo regional de la OMS pocos años después.

La reunión de Nueva York no tomó una postura definitiva con respecto a la absorción de todas las agencias preexistentes. Sin embargo, sí absorbió a la OIHP (casi desaparecida

entonces), a la LNHO y a la UNRRA, así como el trabajo que realizaba esta última en China, Grecia, Etiopía, Italia y Polonia. Otros resultados importantes fueron la aprobación de la Constitución de la OMS –y a partir de entonces se buscó su ratificación por los gobiernos– y la creación de una Comisión Interina (IC, por sus siglas en inglés) que funcionaría hasta la Asamblea Mundial de Salud, a celebrarse cuando se alcanzara el número suficiente de ratificaciones de su Constitución exigido por la ONU –es decir, veintiséis gobiernos que la suscribiesen y se comprometiesen a financiarla–. En Nueva York, solo los delegados de China e Inglaterra tenían el poder de comprometer a sus gobiernos en la ratificación. Todos los demás debían esperar la decisión de sus parlamentos o ejecutivos. Mientras tanto, la IC podría operar gracias a un préstamo de 1,3 millones de dólares de la ONU y a las donaciones de casi tres millones de dólares de la UNRRA<sup>8</sup>.

La IC se reunió en Nueva York a fines de julio de 1946. El peruano y director del Instituto de Medicina Social de la Universidad San Marcos, Carlos Enrique Paz Soldán, que presidió la primera sesión, propuso a Parran como presidente de la IC –en realidad, muchos, como Paz Soldán, consideraban que Parran debía ser el director de la futura agencia mundial de salud– (*The New York Times* 1946b: 4). Sin embargo, Parran –quien era cercano al Presidente Roosevelt, pero perdió progresivamente el apoyo de su sucesor, Truman– declinó y propuso al soviético Fedor G. Krotov. El ruso no pudo ocupar este cargo por mucho tiempo –por razones de salud– y el encargo recayó en Stampar (WHO 1946a: 8, WHO-L). Esta designación fue simbólica de la influencia que tuvo la medicina social después de la Segunda Guerra Mundial: Stampar había sido director de salud en Belgrado y profesor de Higiene y Medicina Social en la Facultad de Medicina de Zagreb. El yugoslavo también tenía experiencia internacional, ya que había trabajado en varios comités y países por la LNHO, como por ejemplo en China entre 1933 y 1936 (Zylberman 2004). Además, Stampar era visto como uno de los dirigentes de la medicina social, lo que hizo pensar a muchos delegados que era el principal candidato a director general de la OMS. Sin embargo, el apoyo que empezó a tener de la Unión Soviética minó sus posibilidades, especialmente ante los norteamericanos, que se volvieron más cautelosos respecto a los líderes de las agencias multilaterales en un contexto en el cual la Guerra Fría se iniciaba. Esto se refleja en una carta de un funcionario del Departamento de Estado, en la cual Stampar es mencionado como un problema y un obstáculo antes que como «un aliado»<sup>9</sup>.

- 
8. Dieciocho estados fueron convocados para designar a una persona en el IC (Australia, Brasil, Canadá, China, Egipto, Francia, India, Liberia, México, Países Bajos, Noruega, Perú, Ucrania, Unión Soviética, Reino Unido, Estados Unidos, Venezuela y Yugoslavia) (Interim Commission of the World Health Organization 1948, WHO-L). Sobre los fondos de IC, ver Winslow (1947: 120).
  9. Comunicación de Otis E. Mulliken a Louis Williams, 2 de febrero de 1946 (caja 1, folder 1946; Calderwood, Howard B. Collection, NLM).

Después de Stampar venía el secretario ejecutivo de la IC –el segundo cargo en importancia–, que era ocupado por Brock Chisholm, un siquiatra canadiense con valiosa experiencia militar, brillante capacidad organizativa y carismática oratoria. Asimismo, anunciando parte de la descentralización de la organización, se eligió a tres vicepresidentes: de China, Egipto y México. Debido a la importancia que iría a tener Chisholm, es relevante hacer una breve reseña biográfica suya. Había estudiado medicina en la Universidad de Toronto, de la cual se graduó en 1924. Durante la Segunda Guerra Mundial se convirtió en director general de los servicios médicos de su país en el ejército canadiense y en 1944, cuando su país creó la posición de Ministro de Salud, Chisholm pasó a ocuparla hasta 1946 (Farley 2008). Aunque estaba muy influenciado por las ideas de la medicina social, su compromiso no era tan intenso como el de Stampar. Por ejemplo, gustaba de diferenciar la medicina social de la medicina «socializada», o mejor dicho estatizada o vinculada a la Unión Soviética, para decir que esta última no era beneficiosa para un desarrollo integral de la salud humana (Chisholm 1949). Su posición moderada y ambivalente sirvió para que fuese aceptado por los soviéticos y los norteamericanos.

Entre abril de 1947 y comienzos de 1948, la IC creó oficinas en Nueva York y Ginebra y se reunió cinco veces, varias de ellas en Ginebra. El establecimiento definitivo de la OMS fue lento debido a que las ratificaciones de su Constitución tomaron más tiempo del esperado. Estados Unidos fue el país donde la demora fue más complicada por culpa de los intrincados procedimientos del Congreso, que tomaron casi dieciocho meses (aunque el Senado aceptó la Constitución casi unánimemente y la envió a la Cámara de Representantes [*House*], aquí las posiciones aislacionistas la entramparon). El atraso era singular y preocupante porque otras agencias multilaterales, como la FAO y la Unesco, fueron ratificadas más rápidamente. Más aun, algunas agencias, como la FAO, empezaron a anunciar que su trabajo tenía una dimensión sanitaria, algo que preocupó a los líderes de la IC, quienes consideraron que era una usurpación de sus funciones. Sin embargo, el trabajo de la IC se vio interrumpido por una emergencia sanitaria que fue percibida como una amenaza mundial.

## UNA EPIDEMIA EN EGIPTO

En septiembre de 1947, un brote epidémico de cólera en Egipto captó la atención de la mayoría de periódicos del mundo y produjo una rápida reacción de la IC. El temor a esta enfermedad estaba ligado a la memoria de epidemias que azotaron las ciudades de Europa y buena parte del mundo durante el siglo XIX. La sensación de urgencia y pavor que produjo el cólera provocó que la IC combinara las tareas de organización de la OMS y las de una institución interventora, lo que a la postre aceleró el proceso de construcción de la OMS.

La epidemia empezó el 22 de septiembre de 1947 en El Korein, un pueblo de quince mil habitantes en el Delta del Nilo (Pollitzer 1959). Tres días después, la epidemia llegó a El Cairo y tres semanas más tarde todas las provincias del Bajo Egipto registraban casos de cólera. A mediados de octubre la enfermedad ya estaba instalada en el Alto Egipto. La rápida huida de individuos asintomáticos desde los lugares infectados hacia pueblos no infectados explica en parte la acelerada difusión de la epidemia. Los otros factores más estructurales fueron las precarias condiciones de provisión de agua para consumo humano y las pobres condiciones sanitarias.

Aunque la epidemia seguramente se originó en la provincia de Bengal en la India –donde la enfermedad era endémica–, rápidamente encontró condiciones locales para su diseminación. A pesar de que Egipto era un país con serios problemas de salud y brotes epidémicos de bilharzia, anquilostomiasis y malaria, la presencia del cólera en 1947 opacó a cualquier otra enfermedad (Ministerio de Salud Pública de Egipto 1950: 65, NLM). El pico de la epidemia llegó a fines de octubre con quinientas muertes acumuladas y novecientos casos nuevos en un día. Su dimensión, sumada al hecho de que hacía varios años que el cólera no se presentaba en Egipto ni en Europa, hizo de esta enfermedad un asunto de primera importancia para la IC.

La preocupación de las potencias europeas y de los Estados Unidos también se debía a que se consideraba que el gobierno egipcio sería incapaz de controlar por sí solo la epidemia. Desde 1936 gobernaba el rey H. M. Farouk I en medio de acusaciones de corrupción y de llevar una vida de lujo indiferente a la pobreza de su pueblo. Inclusive, el verdadero poder en Egipto, es decir, el imperio británico que controlaba el Canal de Suez y la exportación de algodón (el principal producto del país), no tenía mucha injerencia en los asuntos sanitarios locales, en parte porque Egipto había dejado de ser un protectorado hacía varios años<sup>10</sup>. Un personaje local importante, que marcó una diferencia para la IC, fue Aly Tewfik Shousha *Pasha* (esta última denominación fue recibida por él más tarde como un título), descrito por muchos de sus contemporáneos como un diplomático de la medicina. En 1940 fue nombrado subsecretario de salud, una posición en la que permanecería por los siguientes años. Tenía un gran prestigio internacional y había participado en las reuniones de la IC, llegando a ser uno de sus vicepresidentes y posteriormente el primer director de una de las oficinas regionales de la OMS.

---

10. A pesar de haber experimentado una fuerte turbulencia política y militar durante la década de 1940, Egipto era un país con una tradición médica local y formó parte de la modernización médica europea de comienzos del siglo XX. Símbolo de estos cambios fueron la creación de un Instituto de Sueros y Vacunas y de un importante Instituto Pasteur en El Cairo, así como la de un Ministerio de Salud en 1936 (Francis 1951, NLM).

Shousha fue consciente de que precisaba ayuda y legitimidad de los expertos internacionales para enfrentar el pánico que atravesaba las reacciones oficiales locales. El mismo gobierno egipcio inicialmente dictaminó medidas absurdas para el conocimiento médico de entonces, como la segregación y estigmatización de los enfermos, la prohibición de los mercados públicos, de la venta de helados y del lavado de ropa en los ríos. Algo casi insoportable para la fe musulmana fue la prohibición de rezos a orillas del Nilo. La misma histeria se contagió a los países vecinos, que cerraron irracionalmente sus fronteras a todo tránsito de pasajeros, productos y hasta al correo que llegase de Egipto. Estas medidas eran, en parte, resultado de ideas miasmáticas que se remontaban al siglo XIX, cuando se pensaba que partículas diminutas del cólera podían esconderse en las cartas o en los bienes que proviniesen de países infectados. Sin embargo, estas acciones se mezclaban con las ideas y los métodos de otros paradigmas médicos. Así, por ejemplo, el gobierno griego ordenó cancelar todos los vuelos provenientes de El Cairo y al mismo tiempo tomó la decisión simbólica de proteger a la ciudad de Atenas fumigándola desde aeroplanos con el novísimo insecticida DDT (una medida ineficaz para controlar el cólera).

Según la prestigiosa revista médica *The Lancet*, las primeras reacciones a la epidemia indicaban que se estaba volviendo a una etapa salvaje de cuarentenas indiscriminadas y no productivas, especialmente en relación el estigma en contra de los peregrinos que viajaban desde Egipto y desde la India hacia La Meca. El movimiento de personas por motivos religiosos, particularmente de los musulmanes hacia sus lugares sagrados, fue considerado el origen de la epidemia –minimizando el hecho de que Egipto tenía pésimas condiciones sanitarias–. Se pensaba –una idea que tenía algo de verdad– que los inmigrantes de la India llevaban consigo el agente etiológico a La Meca, donde permanecían por varios días junto con peregrinos de todo el mundo en precarias condiciones de salubridad. A lo anterior se sumaba el hecho de que el imperio británico acostumbraba a mover trabajadores y personas entre los territorios que poseía y después de la guerra se había vuelto común el llevar y traer en aviones ingleses a trabajadores egipcios para laborar en la India<sup>11</sup>.

De una manera parecida al origen internacional y local de la epidemia, Souza unió fuerzas con la IC tanto para explicar las razones científicas que producían la enfermedad como para combatirla y conseguir el envío desde distintas partes del mundo de toneladas de vacunas y provisiones médicas (como inyecciones, plasma, cloruro de sodio, sulfas y glucosa para los enfermos que necesitasen rehidratación). A comienzos de noviembre las vacunas enviadas alcanzaban para una de cada seis personas en el país –un récord en una etapa en la cual recién se desarrollaba la inmunización– y se esperaba que en poco tiempo

---

11. Mencionado en *The Lancet*, 8 de septiembre de 1947 (citado en Pollitzer 1959: 62).

alcanzasen por lo menos para la mitad de la población egipcia. Asimismo, las vacunas fueron enviadas a países cercanos que pudiesen necesitarlas, como Siria y Arabia Saudita. Un ejemplo de la rapidez de la respuesta es que los insumos de los Estados Unidos llegaban a Egipto en menos de tres días, hecho notable para entonces (Calderone 1948). Pero no todo fue confiado a la tecnología médica. También se dio importancia al cambio de los hábitos de higiene personal y se mejoró en algo tanto la infraestructura sanitaria como la cantidad de personas que trabajaban en los servicios de salud.

Como resultado de esta feliz alianza entre un organismo internacional, un líder local y el progresivo apoyo de la opinión pública egipcia, la epidemia fue controlada tan solo seis semanas después de iniciada. Para tener un punto de comparación, la epidemia de cólera que había sacudido a Egipto en 1902 –último año en que se había registrado una de este tipo– tuvo una letalidad de 85% (es decir, 85% de las personas diagnosticadas murieron). En cambio, en 1947 la letalidad fue de 50%, lo cual no deja de ser una cifra trágica, considerando que hubieron 20.804 casos, es decir, que poco más de diez mil personas murieron (Shousha 1948). Si bien es cierto que la vacunación contra el cólera fue percibida por muchos como una «bala mágica» para contener la epidemia, los logros de la campaña de salud también estuvieron vinculados a mejoras locales en los sistemas de agua potable, la construcción de letrinas y la reorganización y expansión del laboratorio de vacunas y sueros de El Cairo. Una segunda campaña de vacunación y de salud fue realizada en 1948; una dimensión de la misma la da el hecho de que más de 161.000 muestras de heces fueron tomadas de casos sospechosos de cólera para examinarse bacteriológicamente (Ministerio de Salud Pública de Egipto 1951: 2, NLM).

Probablemente la epidemia acabó no solo por la campaña de salud, sino también porque después de unos meses enfermaron y murieron los más vulnerables y sobrevivieron los que tenían la mejor constitución física o acceso a agua potable no contaminada. De todos modos, solo diez casos fueron registrados a comienzos de 1948 y, más tarde en ese año, el país fue declarado por autoridades sanitarias locales e internacionales libre de la enfermedad. No se registró ningún caso de cólera en 1949. Aunque la seguridad y efectividad de la vacuna se convertirían después en materia de discusión entre los médicos, según un estudio realizado en hospitales egipcios, la tasa de letalidad entre los inoculados era mucho menor que entre los no inoculados. Entre los varios reconocimientos que empezó a recibir la IC por su destacada labor estuvo una medalla del gobierno egipcio (Farley 2008).

El «éxito» de la IC fue alcanzado a pesar de que, en términos del control de la enfermedad, la intervención sanitaria logró resultados mixtos. Su principal contribución fue tanto demostrar que una enfermedad temida podía ser controlada rápidamente, como confirmar el

papel que jugaban las deposiciones de los enfermos y el agua contaminada y señalar que el prejuicio y la irracionalidad debían ser desterrados, aunque en realidad esto último no se alcanzó por completo. Asimismo, validó el uso de una vacuna que solamente fue descartada en 1973 por ineficaz por la misma OMS.

La epidemia egipcia fue una experiencia de aprendizaje para la IC sobre cómo reaccionar ante una emergencia y, al mismo tiempo, seguir planificando el futuro. Los líderes de la IC no desaprovecharon la oportunidad para legitimar la existencia de su nueva organización y demostrar –contrariamente a lo que muchos creían– que iba a ser una organización útil, capaz de establecer alianzas locales, y no solo un centro de discusión sin consecuencias prácticas. La epidemia alimentó también los discursos universalistas de los constructores de la OMS, quienes la presentaron como una demostración de que la salud y la enfermedad eran –por lo menos a veces– un bien y una tragedia internacionales e indivisibles, por lo cual ninguna nación podría considerarse a salvo mientras existiesen epidemias en alguna parte del planeta (Biraud y Kaul 1947). Entonces parecieron adquirir vida frases repetidas en los primeros documentos de la OMS, como: «la enfermedad no respeta fronteras», «los microbios no necesitan pasaportes», «ningún país puede vivir en aislamiento».

Otro subproducto «exitoso» de la intervención de la IC fue que facilitó el trabajo de la ONU en la región –en un momento en que era cuestionado–, especialmente entre los refugiados de Palestina que en esos años vivían un momento dramático después de la guerra árabe-israelí de 1948. En ese año, funcionarios de la ONU y los organizadores de la OMS trabajaron juntos en la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo (*United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East*) en una serie de programas de asistencia y de salud, incluyendo un programa contra la malaria (WHO 1958: 144). De esta manera, la OMS incrementó su imagen humanitaria por encima de los conflictos políticos de la época.

## LA PRIMERA ASAMBLEA MUNDIAL DE SALUD

Cuando la IC se aproximaba a cumplir su segundo año de existencia y aún no había recibido la ratificación de su Constitución de países importantes, como Francia, la Unión Soviética y los Estados Unidos, los líderes del joven organismo decidieron convocar a una reunión de fundación como manera de hacer presión sobre los países que estaban demorándose en confirmar su acuerdo con la nueva agencia multilateral. La presión funcionó.

La Primera Asamblea Mundial de Salud fue convocada para realizarse entre el 24 de junio y el 24 de julio de 1948 en Ginebra. En su primera sesión se recibió la confirmación del país



con el que se llegaba a veintiséis ratificaciones: la República Soviética de Bielorrusia. Poco después, los delegados y observadores de setenta países eligieron a Stampar como presidente de la asamblea (Van Zile Hyde 1948, NLM). Una de las primeras cuestiones a ser analizadas en ella fue la peculiar ratificación de la Constitución de la OMS por parte del Congreso de los Estados Unidos, realizada apenas unos días antes de iniciada la reunión. En una posición que fue producto de un acuerdo interno incoherente entre las fuerzas aislacionistas e internacionalistas –y que fue criticada por los expertos médicos norteamericanos–, el Congreso norteamericano insistió en mantener el derecho a retirarse unilateralmente de la OMS con tan solo un año de aviso, algo inusual en los tratados internacionales y que ningún otro país había solicitado (Committee on Foreign Affairs. House of Representatives 1947, NA).

La Constitución no estipulaba ninguna provisión para el retiro y la posición norteamericana desconcertó a muchos porque provenía del mismo país cuyo gobierno había propiciado la creación de la ONU y de sus agencias especializadas. Habiéndose pedido la opinión de Trygve Lie, secretario general de la ONU, este devolvió el encargo, solicitando a la asamblea que interprete la posición de los Estados Unidos y tome la decisión definitiva. Parran, el líder de la delegación norteamericana, argumentó que la provisión del Congreso de los Estados Unidos era una mera formalidad y que su gobierno apoyaba plenamente a la OMS, como lo demostraba en la práctica por su subvención del 35% de los gastos de la organización (*The New York Times* 1948b: 42).

Sin embargo, no todos en la asamblea le creyeron por completo, debido a que en ese entonces Parran ya no era cirujano general de los Estados Unidos, porque su mandato había concluido un mes antes de la asamblea, ocupando su cargo Leonard A. Scheele, un joven médico sin mayor experiencia internacional. Mientras tanto, otros, como los delegados del Reino Unido y la India, consideraron la decisión congresal norteamericana como una legalidad técnica sin mayor consecuencia (Jones 1981). Luego de un debate, los soviéticos aceptaron la especial forma de ratificación de los Estados Unidos y se resolvió una primera tensión de la asamblea. Es decir, la OMS se fundó teniendo que hacer primar en la práctica las posiciones internacionalistas sobre las aislacionistas, respecto a la política exterior norteamericana con el resto de delegados, incluyendo los comunistas rusos.

Después de resuelta la confirmación de los Estados Unidos, la asamblea se dedicó a temas más institucionales. Uno de ellos fue la renovación y también la creación de una serie de publicaciones y de una red de comunicación epidemiológica internacional. El *Boletín de la OMS*, a ser publicado en inglés y francés, tomaría el papel central que otras

publicaciones parecidas habían tenido para la LNHO o la OIHP, especializándose en la difusión de trabajos de investigación. Además, la OMS ya había mantenido o inaugurado importantes publicaciones sanitarias internacionales, como *The Weekly Epidemiological Record*, *Epidemiological and Vital Statistics Report*, *Official Records of the World Health Organization*, *International Digest of Health Legislation*; también había publicado monografías e informes de comités de expertos (WHO 1998). Estas publicaciones fueron cruciales para consolidar el papel de la OMS como un centro autorizado de información sanitaria y para establecer las audiencias con las cuales iba a comunicarse con otras agencias multilaterales, gobiernos, ministerios de salud, investigadores médicos y trabajadores de salud. Para complementar esta doble vía de comunicación, y al son de las novedades tecnológicas del momento, en enero de 1949 la OMS inauguraría sus transmisiones de radio con información epidemiológica y puntos de retransmisión en Washington D. C., Ginebra, Singapur y Alejandría. El comité de expertos en epidemiología internacional y cuarentenas de la OMS también producía entonces boletines diarios que eran transmitidos en inglés y francés. De esta manera, la OMS justificaba su reclamo de ser la agencia que brindaba información rápida y certera de los brotes epidémicos y que aconsejaba sobre las medidas de cuarentena que ocurriesen en cualquier parte del mundo (Chisholm 1948a, 1948b).

La Primera Asamblea Mundial de Salud también confirmó el esquema y los principios administrativos contenidos en la Constitución de la OMS. La organización sería gobernada en última instancia por una asamblea celebrada anualmente, compuesta de tres delegados de cada país miembro. La OMS podría definir los estándares de salud y los requisitos para establecer cuarentenas y especificar la nomenclatura de las enfermedades y las causas de muerte –un asunto de creciente importancia cuando en buena parte del mundo estaban recién secularizándose los registros civiles y asentándose, en las actas de defunción, causas dictaminadas por profesionales médicos–. Un consejo ejecutivo, compuesto de dieciocho individuos calificados técnicamente sería elegido en grupos de seis personas por cada asamblea anual para servir en periodos de tres años; esta elección se convertiría en un desafío para mantener cierto equilibrio entre las diferentes regiones del mundo. Y el consejo se reuniría dos veces al año para implementar las políticas de la asamblea (WHO 1958: 53). Inicialmente, tres miembros del consejo eran del hemisferio occidental, incluyendo los Estados Unidos, y nueve de Europa –incluyendo la Unión Soviética–; los demás eran de Australia, Ceylán, China, Egipto, India, Irán y África del Sur. Una importante diferencia con la ONU fue la ausencia de un «Consejo de Seguridad», que en el caso de esta organización daba poder a las naciones más poderosas para vetar resoluciones. Ello en parte se justificó con el argumento de que sus decisiones serían técnicas, objetivas y racionales, sin ningún cariz político.

Una de las decisiones más importantes de la asamblea fue la elección de Chisholm como director general, quien, a diferencia de Stampar, fue percibido como menos político y no identificado con algunas de las superpotencias. Chisholm tenía entonces tan solo 52 años. Un rasgo importante de su personalidad, antes no mencionado, era su habilidad diplomática, su respeto a las diferencias (inclusive religiosas) y la importancia que asignaba a la salud mental. Esto último le fue particularmente útil para argumentar que la paz mundial –un valor supremo en la postguerra, especialmente entre los funcionarios de agencias multilaterales– estaría más cerca de ser conquistada si se controlaban, por medio de la educación, la salud y las políticas gubernamentales, las fuerzas destructivas de la personalidad de los individuos, como el prejuicio, el odio y la intolerancia. Chisholm pensaba que para vivir en paz los miembros de las distintas sociedades del planeta tenían que hacer un compromiso con una nueva condición de «ciudadanía mundial» (Chisholm 1946: 49, WHO-L; Farley 2008). De esta manera justificaba a la OMS no solo por su labor en el control de enfermedades transmisibles sino con la intención de legitimarla también desde la medicina y como una herramienta para evitar una nueva conflagración que se pensaba podía aniquilar a la humanidad.

Es importante destacar que estas ideas fueron propuestas antes de que se inicien las campañas «verticales» que enfatizaron excesivamente la tecnología y dieron poca importancia a la participación comunitaria; campañas que fueron realizadas bajo el supuesto ideológico de que la modernización de las naciones pobres consistía en que estas repitieran el camino de los países capitalistas. Chisholm consideraba «ingenua» la noción de que lo que faltaba a los países pobres era que se les transfiriesen las «técnicas médicas» de los países desarrollados, con la falsa esperanza de que florecieran en contextos supuestamente vacíos de nociones sobre salud y enfermedad (Chisholm 1953: 8, WHO-L).

Para no dejar de lado las enfermedades transmisibles –que significaban entonces la mayor carga de morbilidad en muchos países–, la asamblea decidió que la OMS se concentrase en el estudio y control de cuatro grandes males: malaria, tuberculosis, dolencias ligadas a la salud materno-infantil (en parte debido a los altos índices de mortalidad infantil y perinatal) y enfermedades «venéreas» (como se llamaba entonces a las enfermedades sexualmente transmitidas). Argumentos importantes para establecer este énfasis fueron que dichas dolencias podían ser mejor combatidas globalmente y que eran asuntos urgentes en muchos países que salían del conflicto armado. Asimismo, se argumentó que nuevos procedimientos de producción masiva de medicamentos costo-efectivos prometerían resolver estos problemas de salud con rapidez. Por ejemplo, la vacuna BCG, descubierta por científicos del Instituto Pasteur de París, servía para combatir muchas formas de tuberculosis y la penicilina, para una serie de infecciones, incluyendo la sífilis. Aunque

estos avances científicos existían desde poco antes de la guerra o habían sido logrados durante ella, solo después de que terminara coincidieron las condiciones políticas y económicas para producir tales medicamentos y vacunas en escala masiva y aplicarlos a grandes grupos de población.

Una decisión importante de la asamblea fue establecer la oficina principal de la OMS en Ginebra, lo que se justificó diciendo que la ubicación era la ideal por encontrarse esta ciudad en un país que había sido neutral durante la guerra y, al mismo tiempo, porque estaba cerca de los países devastados por el conflicto y de los centros de excelencia médica. Aunque lo siguiente solo está sugerido en los documentos, fue significativo tanto que el idioma más hablado en Ginebra fuera el francés –que muchos consideraban aún el latín de la medicina– y, como se trataba de una ciudad distinta a la sede principal de la ONU (Nueva York), se aseguraba mayor autonomía de la que había tenido la Liga (WHO 1947b: 71). No menos importante en la decisión fueron las generosas contribuciones suizas en dinero y terrenos, parte de un esfuerzo del gobierno de ese país por hacer de Ginebra la capital de organismos multilaterales. La primera ubicación de la OMS en esta ciudad fue en uno de los pisos del espléndido Palais de Nations –anteriormente casa de la Liga de las Naciones–; poco después ocupó un edificio especialmente construido, a un par de kilómetros de ese primer local.

La asamblea confirmó el presupuesto de 4.800.000 dólares para 1949, lo que reflejó las prioridades de la OMS, pero también reveló el compromiso de pagar el préstamo de la ONU –en lo que se consumía casi la mitad del presupuesto– y el costo de los salarios de los primeros funcionarios, que eran poco más de doscientos (Chisholm 1947:115, WHO-L). La mayoría de estos eran europeos, pero viajaban regularmente a distintas partes del mundo. El aumento de funcionarios de la OMS había sido importante: en 1946 la IC solo tenía quince personas trabajando en todo el mundo; cuando se produjo la asamblea, este número había crecido a 204, de los cuales 39 trabajan en Nueva York, 115 en Ginebra, 9 en Singapur y 41 se encontraban en misiones de campo (WHO 1948: 69, WHO-L). Muchos de ellos habían sido antes directivos y empleados de las agencias LNHO y UNRRA y varios, entre estos, ocuparon altos cargos en la nueva institución.

De esta manera, la OMS –junto con otras agencias multilaterales– empezó a formar un servicio civil internacional nuevo cuyos miembros eran leales a su agencia y tenían valores –aún algo vagos– de universalismo, dejando de lado su lealtad con los gobiernos de sus países de origen. Según Chisholm, el personal de la OMS debía trabajar con humildad y sin ninguna clase de prejuicio o afán «civilizador» respecto a los «ciudadanos del mundo», demostrando empatía, así como adquiriendo conocimientos sociológicos, de antro-

pología cultural, sicología, pedagogía y ciencia política y legislación internacional (Chisholm 1953: 8 WHO-L).

Otro desarrollo importante, que evocaba la forma de trabajo de la LNHO, fue el hacerlo a través de comités externos de expertos. El que fueran formados por los especialistas en cada tema, independientemente de que fuesen funcionarios o no de la OMS, daba autoridad y legitimidad a los informes que producían. Entre los comités más destacados de los primeros años estuvieron los de estandarización bacteriológica (para uniformizar el trabajo de los laboratorios), cuarentenas, drogas, malaria, peregrinaje (que tenía que ver con la migración a La Meca y su relación con el cólera), tuberculosis, enfermedades «venéreas» y farmacopea, entre otros. Los informes así producidos eran revisados por el consejo ejecutivo y posteriormente publicados como informes técnicos. Tales documentos podían resumir los conocimientos existentes sobre un tema y/o dar o sugerir políticas de salud; asimismo, promover una agenda de investigación. Esto último era importante porque la OMS no realizaba investigaciones, sino que dependía de estudios realizados por laboratorios y centros médicos externos.

Casi simultáneamente a la realización de la Primera Asamblea Mundial de Salud, se firmaron acuerdos con otras agencias, como el suscrito con la FAO para promover la nutrición en proteínas, el control de zoonosis y el incremento de la producción mundial de alimentos; con la Organización Civil de Aviación Internacional (ICCAO), sobre la desinfección de los aeroplanos –en los que podía trasladarse mosquitos infectados–, la uniformización de cuarentenas y la sanidad de los aeropuertos; con la OIT (Organización Internacional del Trabajo) respecto al control de enfermedades «venéreas» y al examen médico a inmigrantes, lo que hasta entonces era desordenado y variaba en cada país; y con la Unesco, el cual incluía una campaña por los discapacitados (WHO 1958). Dos organizaciones no gubernamentales con las cuales la OMS estaba asociada desde sus inicios fueron la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, ambas también con sede en Ginebra.

En los debates de la asamblea estuvieron presentes dos asuntos más complicados: la relación con Unicef, otra agencia multilateral de la ONU, y la creación de oficinas regionales, lo que en realidad se pospuso para algunos años después porque el establecerlas implicaba negociaciones regionales que en 1948 apenas empezaban. Unicef fue creada en 1946 y en pocos años pasó a ser conocida como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Esta organización estableció su cuartel general en la ciudad de Nueva York e inicialmente se concentró en la provisión de alimentos y la protección a menores y madres de países liberados del Eje, programas a través de los cuales muchas veces incursionaba en el área de salud (Black 1996).

Algunos funcionarios de la OMS en Ginebra sintieron que Unicef se estaba inmiscuyendo en su trabajo y que la OMS debía asumir los programas de salud de la agencia de Nueva York. También había una preocupación de parte de los líderes de la OMS respecto a que Unicef se estaba extendiendo a otras partes del mundo –bajo el supuesto de que los países pobres eran como los niños del mundo que precisaban de ayuda en su desarrollo–, reclutando a profesionales médicos y lidiando no solo con problemas de la salud materno-infantil sino con la de poblaciones adultas. Más aun, para muchos miembros de la OMS no tenía sentido tener una agencia especializada para los niños cuando ya existían otras multilaterales trabajando en educación, salud y nutrición. La tensión entre la OMS y Unicef se explica también porque Ludwik Rajchman, quien había sido director de la LNHO en el periodo entreguerras y un simpatizante del comunismo –pero que no fue incluido en el TPC o la IC–, fue después de la guerra un alto directivo de Unicef. Rajchman pensaba que la OMS tenía que estar ubicada dentro de la ONU y ser subordinada de esta organización; buscaba, además, la preeminencia de su agencia (Balinska 1991). Gracias a una transacción, que no eliminaría la tensión entre las dos agencias, se estableció en 1948 un Comité Conjunto de Políticas de Salud que se reuniría por lo menos una vez al año e informaría sus acuerdos a los comités ejecutivos de la OMS y de Unicef (Unicef y WHO 1948, WHO-L). Esta relación experimentaría momentos de colaboración y también de distanciamiento en las siguientes décadas, pero esa es otra historia.

## CONCLUSIONES

La OMS se creó en una ventana de oportunidad política, es decir, en el breve interregno entre el fin de la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la Guerra Fría. Cuando se realizó la Primera Asamblea Mundial de Salud, la tensión entre las superpotencias ya estaba instalada, pero la Unión Soviética coincidía con los Estados Unidos en participar y competir en los organismos multilaterales por su hegemonía. Además, los soviéticos tenían una posición poco proactiva en su política exterior, lo que permitió a los Estados Unidos, utilizando sus recursos económicos, establecer cierta hegemonía en los organismos multilaterales. (Solo después de la muerte de Stalin en 1953 y con el ascenso al poder de Nikita Khrushchev, los rusos tomaron rumbos más dinámicos en su política exterior). Sin embargo, la OMS pudo trascender el contexto en que fue creada gracias a su adaptación a las nuevas circunstancias y a la legitimación de la salud pública como una actividad funcional a un nuevo orden mundial que necesitaba preservar la paz, propagandizar el internacionalismo, evitar una nueva guerra mundial y proteger tanto a las poblaciones vulnerables como al comercio internacional. Tan importante como lo anterior fue su intervención en una crisis sanitaria: la epidemia del cólera de Egipto en 1947, que fue percibida como una amenaza mundial. Esta última experiencia no solo promovió a la OMS como una organización indis-

pensable, sino que consolidó la percepción de que la medicina moderna era vital, lo mismo que neutral con respecto a las ideologías, y demostró la necesidad de alianzas entre interlocutores locales, como Shousa, y organismos multilaterales, muchas veces pasando de lado de los gobiernos considerados ineptos.

No menos importante fue el trabajo previo de la UNRRA y la LNHO, así como los recursos que los Estados Unidos y algunos países europeos brindaron para financiar los inicios de la OMS. Sin embargo, no todo fue el dictado de una superpotencia, como lo demuestra el papel que cumplieron las propuestas de representantes de China y Brasil en la asamblea de San Francisco y el idealismo que transpiran sus primeros documentos, influenciados por la medicina social. Por lo menos para el Brasil era clave en el mundo de la postguerra tener un papel internacional más protagónico en temas no militares. Así, entonces, gracias a esta combinación entre fuerzas locales e internacionales, así como a la inscripción en una institución de los valores de universalismo y solidaridad global, el multilateralismo sanitario cobró cierta autonomía y no fue un simple epifenómeno de la política exterior norteamericana. Gracias a ello también, la OMS pudo encontrar cierta independencia y defender su nicho entre las agencias multilaterales. El proceso de su creación dejó un legado que persistiría en las décadas siguientes, como la propuesta de su Constitución –que aún espera cumplirse en muchos países– de hacer de la salud un derecho ciudadano.

## BIBLIOGRAFÍA

### Archivos

#### 1. NA, NATIONAL ARCHIVES (Maryland, Estados Unidos)

##### COMMITTEE ON FOREIGN AFFAIRS. HOUSE OF REPRESENTATIVES

- 1947 «Hearings before Subcommittee N° 5. National and International Movements: A Joint Resolution providing for Membership and Participation by the United States in the World Health Organization and authorizing an Appropriation Therefore». En: *Committee on Foreign Affairs. House of Representatives*. 18° congreso, 1ª sesión, 13 y 17 de junio y 3 de julio. Washington: United States Government Printing Office. Library

##### INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE

- 1947 «Report of the United States Delegation, including the Final Acts and Related Documents». En: *International Health Conference*, Nueva York, 19 de junio a 22 de julio de 1946. Washington: United States Government Printing Office. Library.

#### 2. NLM, NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (Bethesda, Estados Unidos)

##### CALDERWOOD, HOWARD B. COLLECTION

- 1945-1946 *World Health Organization Development Collection 1945-1963*, MS C 171, History of Medicine Division.

##### FRANCIS, René

- 1951 *Public Health in Egypt*. Cairo: Imp MsrSAE.

##### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE EGIPTO

- 1951 *Annual Report of the Department of Laboratories for the Year 1948*. El Cairo: Government Press.
- 1950 *Annual Report of the Department of Laboratories for the Year 1947*. El Cairo: Government Press.

##### VAN ZILE HYDE, Henry

- 1948 «World Health Organization. Progress and Plans». En: *The Department of State Bulletin*, 4 de abril.

#### 3. TPL, HARRY S. TRUMAN PRESIDENTIAL LIBRARY (Missouri, Estados Unidos)

##### VAN ZILE HYDE, Henry

- 1975 «Oral History Interview with Henry Van Zile Hyde». 16 y 24 de julio. Fecha de consulta: 11/2/2011. <<http://www.trumanlibrary.org/oralhist/hydehvz.htm>>.



#### 4. WHO-L, WORLD HEALTH ORGANIZATION LIBRARY (Ginebra, Suiza)

CHISHOLM, Brock

- 1953 «Preparing for International Employment». Conversación grabada por el doctor Brock Chisholm, julio.
- 1948 «A new Look at Child Health». En: *The Child*, mayo, reimpresión. Chisholm papers.
- 1947 «The World Health Organization». En: *International Conciliation, A Publication of the Carnegie Endowment for International Peace*, N° 437, pp. 111-116. Chisholm Papers.
- 1946 «Can Society Keep Pace with Science». En: *Proceedings of the National Conference of Social Work*, pp. 46-54. Chisholm Papers.

#### INTERIM COMMISSION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 1948 *Building for Health: The Work of the Interim Commission of the World Health Organization*. Nueva York: WHO.

UNICEF y WHO

- 1948 «Unicef-Who Joint Committee on Health Policy». 1ª sesión, 1º encuentro, Ginebra, 23 de julio. JC.1-Unicef/WHO/Min/1. 961-4-1. First Generation of Files.

#### WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 1948 «Report of the Interim Commission to the First World Health Assembly, Part 1. Activities». En: *Official Records of the World Health Organization*, N° 9. Ginebra: United Nations / WHO-Interim Commission.
- 1946a «Minutes of the First Session of the Interim Commission». En: *Official Records of the World Health Organization*, N° 3. Nueva York, 19 al 23 de julio. Ginebra: United Nations / WHO.
- 1946b «Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference». En: *Official Records of the World Health Organization*, N° 1, París, 18 de marzo al 5 de abril. Ginebra: United Nations / WHO-Interim Commission.

#### Periódicos

##### THE NEW YORK TIMES

- 1948a «Doctors hit Delay on UN Health Unit». En: *The New York Times*. 22 de marzo, p. 15.
- 1948b RUSK, Howard A., «World Health Organization needs Active Help of U. S.». En: *The New York Times*, 4 de abril, p. 42.
- 1946a «Truman acclaims New UN Health Aid». En: *The New York Times*. 20 de junio, p. 6.
- 1946b «World Health Job posed for Parran». En: *The New York Times*, 14 de julio, p. 4.

#### Publicaciones

ANCI AUX, Alain

- 1988 *Le docteur René Sand ou la culture des valeurs humaines*. Bruselas: Universitaires de Bruxelles.

BALINSKA, Marta A.

1991 «Ludwik Rajchman, International Health Leader». En: *World Health Forum*, año 12, N° 4, pp. 456-465.

BIRAUD, Yves y P. M. KAUL

1947 «World Distribution and Prevalence of Cholera in Recent Years». En: *Epidemiological and Vital Statistics Report, Monthly Supplement to the Weekly Epidemiological Records*, año 1, N° 7, pp. 141-152.

BLACK, Maggie

1996 *Children First: The Story of Unicef, Past and Present*. Oxford: Oxford University Press.

BOROWY, Iris

2009 *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation, 1921-1946*. Nueva York: Peter Lang.

BRAND, Jeanne L.

1989 «The United States Public Health Service and International Health, 1945-1950». En: *The Bulletin of the History of Medicine*, año 6, N° 4, pp. 579-598.

CALDERONE, Frank S.

1948 «WHO: Activities and Prospects». En: *United Nations Bulletin*, año 4, N° 1, pp. 28-29.

CAMPOS, Cristina

2000 *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade, 1925-1945*. Sao Paulo: Rima.

CHISHOLM, Brock

1950 «Social Medicine and the World Health Organization». En: *Praxis*, año 39, N° 43, pp. 916-918.

1949 «Social Medicine. The Causes of Disease are not Entirely Physical and Biological». En: *Scientific American*, año 180, N° 4, pp. 11-14.

1948a «Achievements of First World Health Assembly». En: *United Nations Bulletin*, año 5, N° 3, pp. 636-637.

1948b «Organization for World Health». En: *Mental Hygiene*, año 32, N° 3, pp. 364-371.

CUETO, Marcos

2004 *El valor de la salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D. C.: OPS.

FARLEY, John

2008 *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*. Vancouver: UBC Press.

HOOPES, Townsend y Douglas BRINKLEY

1997 *FDR and the Creation of the U. N.* New Haven: Yale University Press.

JONES, Norman Howard

1981 «The World Health Organization in Historical Perspective». En: *Perspectives in Biology and Medicine*, año 24, N° 3, pp. 467-482.

MITTER, Rana y Patrick MAJOR (eds.)

2004 *Across the Blocs: Cold War Cultural and Social History*. Londres: Frank Cass.

OFFNER, Arnold

2002 *Another Such Victory: President Truman and the Cold War, 1945-1953*. Stanford: Stanford University Press.

PARKER, Thomas

1980 *America's Foreign Policy 1945-1976, its Creators and Critics*. Nueva York: Facts on File INC.

POLLITZER, Robert

1959 *Cholera*. Ginebra: WHO.

RINGEN, Knut

1990 «Karl Evang: A Giant in Public Health». En: *Journal of Public Health Policy*, vol. 11, N° 3, pp. 360-367.

SAWYER, Wilbur

1947 «Achievements of UNRRA as an International Health Organization». En: *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, año 3, N° 1, pp. 41-58.

SHOUSA, Aly Tewfik

1948 «Cholera Epidemic in Egypt: A Preliminary Report». En: *United Nations Bulletin*, año 1, N° 2, pp. 353-381.

SZE, Szeming

1982 *The Origins of The World Health Organization: A Personal Memoir 1945-1948*. Boca Ratón: L. I. S. Z. Publications.

1943 *China's Health Problems* Washington, D. C.: Chinese Medical Association.

WINSLOW, D. E. A.

1947 «WHO, Its Program and Accomplishments». En: *International Conciliation*, vol. 1047, N° 437, p. 120.

WOODBRIGE, George

1950 *UNRRA, The History of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration*. Nueva York: Columbia University Press.

## WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 1998 *Publishing for a Purpose. Fifty Years of Publishing by the World Health Organization*. Ginebra: WHO.
- 1958 *The First Ten Years of the World Health Organization*. Ginebra: WHO.
- 1948 «Constitution of the World Health Organization». En: *Documentation. Basic Documents*. WHO. Fecha de consulta: 11/2/2011. <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>.
- 1947a «Technical and Medical Activities». En: *Chronicle of the World Health Organization*, año 1, N° 5-6, pp. 73-92.
- 1947b «Organization». En: *Chronicle of the World Health Organization*, año 1, N° 5-6, pp. 69-72.

## ZYLBERMAN, Patrick

- 2004 «Fewer Parallels than Anthitheses: René Sand and Andrija Stampar on Social Medicine, 1919-1955». En: *Social History of Medicine*, año 17, N° 1, pp. 77-92.