



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGÓN

**“LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LAS
RELACIONES DE COOPERACIÓN ENTRE MÉXICO
Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA
SALUD (1995-1999)”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN RELACIONES
INTERNACIONALES**

P R E S E N T A :

EDNA AIDEÉ RUIZ MIJANGOS

28A038

ASESOR:

LIC. ANTONIO REYES CORTÉS

MÉXICO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS:

Por la confianza y conocimientos, que me brindaron desde el inicio de mi carrera. Lograron que tenga las bases necesarias para ejercerla.

A MIS AMIGOS:

Por compartir
Su ser conmigo.

A LA REPRESENTACIÓN EN MÉXICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Por su apoyo.

**Y A TODOS AQUELLOS QUE ALGUNA MANERA HAN ENRRIQUECIDO MI
VIDA CON SUS EXPERIENCIAS Y TIEMPO.**

EDNA AIDEÉ RUIZ MIJANGOS

DEDICADO A:

**AL DADOR DE LA VIDA,
QUIEN ES EL PRINCIPIO Y EL FIN
POR QUIEN EXISTO.**

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
ASPECTOS TEÓRICOS	
1.1 Teoría Estructural Funcionalista y Teoría del Género	5
1.1.1 Género y Salud	9
1.2 La Salud para el Desarrollo Humano	10
1.3 La Organización Panamericana de la Salud (OPS)	12
1.3.1 Los Inicios	12
1.3.2 La Expansión	18
1.3.3 La Estructura	19
1.3.4 La Misión	25
1.4 Las Acciones Recientes	27
CAPÍTULO 2	
ANTECEDENTES Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.	
2.1 ¿Qué es la Violencia?	31
2.2 Origen y Causas	33
2.3 Violencia Contemporánea	34
2.4 Violencia contra la Mujer	35
2.4.1 Formas de violencia contra la Mujer	37
2.5 La Violencia y el Sector Salud	42
2.5.1 La OPS frente a la Violencia	44
2.5.2 Costos y consecuencias en la Salud de las Mujeres	46

CAPÍTULO 3

SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DE LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO (1995-1999)

3.1	Panorama del País	48
3 1.1	Perfil de Salud	50
3.1.2	Programa de Reforma del Sector Salud	54
3.2	La situación en México	58
3.2.1	La situación Jurídica	62
3.3	Tratamiento Jurídico Internacional	67

CAPÍTULO 4

PERSPECTIVAS

4.1	La Cooperación entre México y la Organización Panamericana de la Salud	73
4.1.1	Las Estrategias de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud	75
4.2	Cooperación frente a la Violencia contra la Mujer	83
4.3	Perspectivas de la Cooperación en México	85
4.4	Las Organizaciones No Gubernamentales en México un esfuerzo de cambio	86
4.5	La Violencia contra la Mujer un obstáculo para el Desarrollo Humano	89
	Propuestas	91
	Conclusiones	94
	Recomendaciones	97
	Bibliografía	99

APÉNDICES

1. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.	106
2. GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS	117
CENTROS COLABORADORES DE LA OPS EN MÉXICO	119
3. CONVENIOS VIGENTES ENTRE MÉXICO Y LA OPS	122

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, muestra el interés que surgió al reconocer una problemática social de incumbencia internacional, que se ha ido presentando a lo largo de la historia en nuestras vidas, y que muchas veces pasa como inadvertida.

De manera específica en México como en América Latina, el fenómeno de la violación de los derechos humanos de las mujeres entendida como violencia de género, no es un problema nuevo, y comienza a ser reconocido como tal precisamente al consultar las estadísticas que muestra el Banco de Datos de la Organización Mundial de la Salud, específicamente en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer llevada a cabo en Beijing, China en 1995; cuando por delegaciones de país, se presentó la situación que respecto a esta problemática existe, y sobre todo cuando fue el turno de las representantes de México quienes expusieron la alarmante situación.

El tema de la violencia contra la mujer, de manera tradicional ha sido concebido como una cuestión de incumbencia familiar: lógicamente ya que como se ha experimentado, es en la familia donde se asignan los roles que debemos seguir socialmente; tanto a hombres como a mujeres; es también en éste contexto familiar que se educa como agresores o como agredidos. Para el caso específico de la mujer, el tema de la violencia pierde su real interpretación por ser muchas veces asimilados los hechos violentos como parte de la relación interfamiliar, esto es, los malos tratos, la agresión física, verbal o psicológica pasan a ser actitudes normales de trato que le corresponden.

Continuar encuadrando éste asunto de manera privada, dificulta más su abordaje, ya que la intervención del Estado, de las Instituciones y de Organismos Internacionales, continua concentrándose en el registro y control informativo de los sucesos violentos, en la asistencia médica, en la recuperación y en la sanción o penalización del acto violento (según su gravedad); más no existe la intervención de los mismos, dirigida específicamente a la prevención.

Es así, como la presente investigación, aborda el tema de la violencia contra la mujer desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales, entendiéndose como un problema público, donde la violencia es un grave factor de riesgo presente no sólo en México, sino en todo el mundo.

Conjugar además, el tema de la salud como aspecto indispensable para el bienestar y desarrollo real de las naciones, donde la Organización Panamericana de la Salud, da la pauta, al analizar las relaciones con el gobierno mexicano frente a esta

problemática; y por tratarse de la mujer como individuo, como ciudadano y sujeto de derecho, sobre todo porque los avances más significativos se han logrado apoyadas por los distintos instrumentos internacionales, que se destacan brevemente a continuación:

En primer lugar, tenemos en el año 1991 La Resolución Mujer y Violencia emanada de la Quinta Conferencia Regional sobre la Mujer organizada por la CEPAL; La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, del Belem-Do-Para del año 1994.

De esta Convención, así como de las anteriores, México como toda América Latina son signatarios, lo que no significa que la hayan ratificado.

El Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina, se manifiesta como otro instrumento, emanado de la Sexta Conferencia Regional preparatoria de Beijing, donde los objetivos a alcanzar fueron Derechos Humanos, Paz y Violencia.

Es así, como a través de la cooperación, se ha pretendido concientizar e impulsar a la acción a los gobiernos participantes

El desarrollo del tema de la violencia contra la mujer en las relaciones de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y México, durante 1995-1999, es un esfuerzo por dar la debida importancia a una situación ya intolerable, en contra de quien por siglos ha sido víctima de la marginación por su condición y rol dentro de la sociedad.

El trabajo que tiene en sus manos, ha sido concluido después de un año efectivo de búsqueda y recopilación de la información, así como el posterior análisis de la misma; que se sustenta en la siguiente hipótesis:

Si la violencia contra la mujer, es un pernicioso problema mundial, que se manifiesta de diversas formas y que afecta a todos los aspectos de las sociedades. Y en México aún es considerado como un asunto doméstico o privado. Entonces la Cooperación Internacional se presenta como un esfuerzo concreto por contrarrestarla, que como asunto de Salud Pública involucra a la Organización Panamericana de la Salud, ya que es en el ámbito internacional que se ha logrado reconocer a la violencia contra la mujer como un obstáculo para el desarrollo.

Los objetivos que impulsaron la Tesis fueron:

*Analizar el papel de las Relaciones de cooperación entre el gobierno mexicano y la Organización Panamericana de la Salud, respecto a la problemática de Violencia contra la Mujer durante 1995 a 1999.

*Describir la problemática social como un asunto de incumbencia pública y multifactorial.

*Caracterizar la violencia contra la Mujer en México.

*Describir la Estructura organizativa e ideológica de la Organización Panamericana de la salud.

*Ampliar el conocimiento documental, respecto a la Violencia contra la Mujer en nuestro país.

*Servir como fuente de información a todos aquellos interesados en el tema.

La base metodología utilizada fue la Estructural-Funcionalista, por ser la que nos permitió conocer e interpretar la problemática de la violencia contra la Mujer como un hecho social, partiendo de su estructura generalizadora, donde existe una función que le corresponde. De igual manera conocer e interpretar la estructura de las relaciones de cooperación entre nuestro país y la Organización Panamericana de la Salud, así como la función que desempeña.

Incluimos también como teoría de apoyo la de Género, por ser una categoría útil para el análisis histórico, elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos: además de manera primaria de las relaciones significantes de poder entre ellos.

Así, la referencia histórica sobre la Organización Panamericana de la Salud, en el Primer Capítulo de esta tesis es abordada, como los Aspectos Teóricos que la sustentan: Breves conceptualizaciones sobre Estructural- Funcionalista; la Categoría del Género, su relación con la Salud y la existente entre la misma y el Desarrollo Humano.

El Segundo Capítulo, se aboca de manera breve a los Antecedentes de la Violencia contra la Mujer, orígenes y causas, así como las diversas formas de su

manifestación; la violencia y el sector salud: el papel de la OPS, así como los costos y las consecuencias en la salud de las mujeres.

En tanto el Tercer Capítulo muestra el análisis de la Situación actual en México sobre la problemática objeto de estudio: "La violencia contra la mujer". Incluyendo la situación jurídica, el tratamiento jurídico internacional y la relación entre la violencia y la salud.

Por último en el Capítulo Cuarto se encuentran las Perspectivas de la situación, así como de las relaciones de cooperación entre el organismo especializado: Organización Panamericana de la Salud y el gobierno mexicano.

Las deducciones obtenidas a lo largo de la tesis se presentan en las conclusiones así como algunas recomendaciones que se consideraron pertinentes.

Es importante señalar que:

No se tiene la intención de abarcar la totalidad de la problemática, ni de presentar recetas mágicas para su solución, más bien servir como punto de partida para la discusión que conlleve a la concientización social e individual. Abordando un fenómeno humano, que se da dentro de un contexto social y por ende con repercusión internacional.

La problemática que enfrenta la mujer, el hecho de ser protagonista afectada directamente de la violencia, la colocan en objeto digno de abordarse, no sólo por las Ciencias Sociales, sino debiera ser por la multidisciplinariedad existente. Con el fin de mantener una inquietud compartida por muchas mujeres, en nuestro país y el mundo; de divulgar una verdad callada por la mayoría y de servir de apoyo para aquellos interesados en el tema. El trabajo que se encuentra en sus manos, es un esfuerzo en una problemática social que a todos involucra y afecta.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS

1.1 TEORÍA ESTRUCTURAL-FUNCIONALISTA

En este primer capítulo se describirán de forma breve las teorías en las cuales esta apoyada la investigación, para tal caso el enfoque Estructural-Funcionalista, como teoría científica que por sus características permite explicar la problemática.

Es por ello necesario hablar un poco sobre su significado y proceso.

El Estructuralismo, originalmente, como metodología, se divulgó en París, en la mitad de la década de los años sesenta, y su base etimológica está en la raíz latina *structura* que viene del término *structure* lo cual significa construir.*

Es un método de conocimiento que intenta explicar la realidad social. Concibe la totalidad como elemento básico del objeto o conjunto de ellos en los que deba identificarse la estructura. Se puede decir que en cierto sentido es un enfoque estático que se preocupa particularmente de cómo es un objeto**.

Respecto al Funcionalismo, éste se explica en las ideas que expone Emile Durkheim, sociólogo francés, cuyas obras en los que se aborda el tema, datan de la última década del siglo XIX. Durkheim, utiliza el concepto de función en analogía al organismo biológico, definiéndolo como la satisfacción de una necesidad que implica tanto a un sistema social como orgánico.

El concepto de función repercutió posteriormente en el estudio de la antropología inglesa, especialmente en los trabajos de Radcliffe-Brown; quién sustituye el término de necesidad por la expresión de Condiciones necesarias para la existencia.

Para Radcliffe-Brown... "función es la contribución que una actividad particular hace a la actividad total de la cual es parte"***

Así mismo, expone otro concepto en el que va a enmarcar al término función, llamado: "estructura social, con la que le da un nuevo matiz a la metodología funcionalista y la complementa como ESTRUCTURAL-FUNCIONALISTA

Diciendo; "Si examinamos una comunidad podemos reconocer la existencia de una estructura social, los seres humanos están conectados por un conjunto definido de relaciones sociales dentro de un todo integrado...la continuidad de una estructura se mantiene a través del proceso de vida social, el cual consiste en las actividades e interacciones de los seres humanos individuales y de los grupos organizados en los cuales están unidos. La vida social de la comunidad se define aquí como el funcionamiento de la estructura social"+

* Gutiérrez Pantoja Gabriel, Metodología de las Ciencias Sociales. Colección de Textos Universitarios en Ciencias Sociales, Edit Harla, pág 195

** op cit Gutiérrez Pantoja G p 180

*** op cit Gutiérrez Pantoja G p. 177

+ op cit. Gutiérrez Pantoja G p. 182-183

Como puede apreciarse, el funcionalismo y el estructuralismo vienen a ser las dos caras de una moneda. En realidad no existe uno sin el otro.

Cuando se efectúa un análisis estructural para diferenciar a las partes, se toma en cuenta las funciones que la distinguen; a partir de esa operación es posible determinar su disposición en el todo.

Concluamos diciendo que: el funcionalismo, al plantearse como problema principal lo que cada una de las partes hace respecto del todo, tiene que considerar también a la estructura. De alguna manera podríamos decir que todo estructuralismo es funcional y que todo funcionalismo es estructural.

Dicha metodología, permitió ir desarrollando la investigación, respecto al análisis estructural de las relaciones de cooperación entre nuestro gobierno y la Organización Panamericana de la Salud, para comprender tal estructura, así como la función que desempeña al responder a una necesidad concreta, la cual se manifiesta en la problemática social de la Violencia contra la Mujer.

TEORÍA DEL GÉNERO

“Género” es un concepto que, si bien existe desde hace cientos de años, se ha puesto en circulación recientemente en las Ciencias Sociales, con una acepción específica y una cierta intencionalidad política.

Aunque dicha significación data desde 1955, es a partir de la década de los setenta y en el contexto feminista de los llamados “estudios de la mujer”, que su utilización cobra relevancia. El nuevo feminismo¹ cuestionó seriamente la validez de muchas investigaciones y teorizaciones científicas, así como de varios postulados políticos elaborados a partir de ellas, señalando que su sesgo androcéntrico² los volvía

¹ El Nuevo Feminismo es un proyecto político, una propuesta de cambio social que implica la transformación de los sistemas de creación y reproducción de los poderes sociales en términos de justicia y equidad, (Lagarde, 1996), que revaloriza los aspectos positivos de la condición femenina y destaca sus efectos beneficiosos para las relaciones sociales (Sabaté, Rodríguez y Díaz, 1995) y que plantea un futuro más humano en el que la superación de los mecanismos de subordinación y desigualdad dé paso a sociedades más justas, libres y solidarias

² “Es un sistema de pensamiento que consiste en considerar al ser humano de sexo masculino como el centro del universo, como la medida de todas las cosas como el único observador válido de cuanto sucede en nuestro mundo, como el único capaz de dictar leyes, de imponer la justicia, de gobernar el mundo” Lovera Sara, Palomo Nellys, Las alzadas, México 1997, pag. 65-68

incorrectos o inoperantes.³ Este nuevo feminismo condujo a la elaboración de estudios específicos sobre las mujeres que, a su vez desembocaron en formulaciones teóricas nuevas, no sólo sobre las mujeres sino también sobre los hombres y sobre la sociedad en su conjunto.

El anterior cuestionamiento académico fue posible por las nuevas feministas. A diferencia de sus antecesoras de principios de siglo, tenían una militancia política y una inserción universitaria que les permitieron una crítica más radical sobre el origen de la opresión femenina, analizando la relación entre el capitalismo y la dominación patriarcal⁴ y descartando la supuesta naturalidad de ciertos aspectos de la subordinación de las mujeres. Entre los asuntos a esclarecer se encontraba el que en todos los estudios transculturales sobresalía un punto común: el status de las mujeres, tan variable de cultura en cultura, coincidía en la subordinación de las mujeres al poder político en manos de los varones. A esta constante casi la totalidad de los investigadores contraponía otra constante, la diferencia biológica entre los sexos, explicando así la subordinación política de las mujeres como inherente a esta, en términos biológicos y, por lo tanto inevitables. Ubicar el origen de la opresión de las mujeres en la expresión máxima de la diferencia biológica, la maternidad, es la más común. La idea de que la primera división del trabajo (las mujeres pariendo y criando a los hijos mientras los varones buscan que comer) es una división "natural" ha servido hasta la fecha como justificación para todo tipo de discriminaciones y abusos, así como violaciones a los derechos de las mujeres.⁵

Por tal razón cada vez más se cuestiona y reconoce la base ideológica que identifica a las mujeres con lo natural. La naturaleza, como concepto, es un producto cultural y lo natural es una metáfora para hablar de la inmutabilidad. Las ideas naturalistas acerca de la femineidad mezclan las características fisiológicas de las mujeres con rasgos de la organización familiar. Ante el argumento de que el origen natural de la opresión femenina radica en la biología, la mayoría de las feministas se volcó hacia la explicación social, rechazando tajantemente cualquier explicación que se acercará a lo biológico, calificándola de reaccionaria y machista. Ya está ampliamente establecido que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas diferentes en lugares distintos. Lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y lo femenino. La anatomía ha sido una de las bases más importantes para la clasificación de las personas, por eso es que tenemos dos géneros, que corresponden a los machos y las

³ La perspectiva de género, una herramienta para contruir equidad entre hombres y mujeres. DIF UNICEF, 1997.

⁴ El concepto de patriarcado está entendido en sentido amplio como "la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres a la sociedad en general. Ello implica que los varones tienen el poder en todas las instituciones importantes de la sociedad y que se priva a las mujeres de acceder a él. En Sinergias, Contra la violencia hacia las mujeres, los niños y las niñas, COVAC, S. A.

⁵ Op. cit. Las perspectivas de género... pag 33

hembras de la especie. Tal división es lógica sólo cuando se trata de seres sexuados, sean animales o plantas. A los objetos inanimados o no sexuados se les asigna simbólicamente un género, pero es evidente la arbitrariedad de decirle a las sillas (por ejemplo) en femenino y a los espejos en masculino. Resulta divertido comparar la nominación de las cosas en otras lenguas. La inversión de género es frecuente; por ejemplo: en alemán al sol se le llama la sol y a la luna el luna. Además, en ciertas lenguas existe una forma neutra, que se utiliza para nombrar sin priorizar un género, por ejemplo: en alemán para hablar de niños y niñas no se los incluye, como en español, en un masculino englobador, sino en un neutro que correspondería a algo así como "les niños".

Aunque los papeles cambian de acuerdo a la cultura y al momento histórico, se sostiene una división básica: el género femenino es el encargado de la esfera de lo privado y el masculino de la esfera de lo público.

Por eso resulta muy importante distinguir que el hecho de que el género sea un indicador significativo en gran cantidad de situaciones es un hecho social. Con el concepto de género se intenta distinguir con mayor precisión lo construido socialmente de lo dado biológicamente pero, podemos preguntarnos: ¿Qué aporta de nuevo esta teoría?. En principio lo que básicamente aporta, es una nueva manera de plantearse viejos problemas y un cuestionamiento a postulados ya consagrados. Pero su indudable importancia radica en el terreno de lo político, ya que el uso de la teoría del género ha facilitado el desmantelamiento del pensamiento biologicista, tanto patriarcal como feminista, no solo en cuanto al origen de la opresión femenina sino, sobre todo, respecto al discurso naturalista. Investigar cuáles son las fuerzas sociales y los elementos culturales que construyen, moldean y modifican las ideas sobre los géneros ha tenido una clara intención política: acabar con lo que parece ser el "locus" de la opresión femenina y que ha recibido el nombre de "sistema sexo/género"

Plantear el problema del sexismo y del poder patriarcal en términos de géneros y no de varones y mujeres es un avance. Por una parte permite entender mejor que el problema de las mujeres en la sociedad no es un problema de biología, sino del lugar social que, como género ocupan. Este lugar social es el que se hace cargo de la reproducción y mantenimiento de la vida diaria (trabajo doméstico, crianza infantil, etcétera), Hablar del género femenino permite también reconocer que hay hombres que forman parte de éste género y mujeres que forman parte del masculino: esto además de ayudar a combatir el mujerismo, de cierto feminismo, es útil para aclarar que el feminismo no es una lucha de y para mujeres, aunque se empiece por ellas, sino de toda la sociedad. Cada vez hay más investigaciones y teorizaciones que incorporan esta categoría y tal vez no sea demasiado aventurado afirmar que su uso modificará sustancialmente el tipo de investigación y reflexión en las Ciencias Sociales ⁶

⁶ Para mayor información respecto al tema consúltense: Hierro, Graciela (comp). Filosofía de la Educación y Género. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México 1997. 207 pags

1.1.1 GÉNERO Y SALUD

En el campo de la salud, al menos en el contexto mexicano, cuando se habla de las diferencias genéricas de los problemas de salud, generalmente se asocia con las diferencias de salud por sexo.

Como en el anterior inciso hemos aclarado la diferencia central entre estos dos conceptos: sexo y género; continuaremos comentando ¿Cómo se ha incorporado la categoría género a los estudios de la salud de la mujer?

Es conveniente precisar que los estudios sobre la salud de la mujer están referidos a un grupo poblacional cuya principal característica la constituye el sexo. Si bien en algunos trabajos existe la intencionalidad de mostrar la inequidad, el interés fundamental reside en identificar y analizar la salud diferencial dada entre grupos específicos de mujeres según su clase social, su participación en el mercado de trabajo, la pertenencia o no a grupos étnicos, la distribución geográfica, etcétera. Los ejemplos al respecto son abundantes tanto en temáticas como en la adversidad de poblaciones de mujeres en las cuales se han realizado los estudios de salud. Sólo por mencionar algunas se encuentra el aborto, la fecundidad, el cáncer de cervix y de mama, las muertes maternas, las enfermedades de transmisión sexual.⁸

El enfoque de género, en cambio, plantea la dimensión de la relación intergeneración; esto es, la forma y el cómo me defino y construyo mi pensamiento y mis prácticas; los mecanismos a través de los cuales adquiero identidad como género, que se transforman en acciones cotidianas que benefician el desarrollo humano o que pueden contribuir al deterioro del mismo.

Específicamente en la problemática que abordamos en ésta investigación: La violencia contra la mujer, donde la visión más generalizada se refiere a los esquemas que hacen notar las repercusiones físicas, sexuales y emocionales, y que tiene tal dimensión que reclama la atención por parte de la sociedad en su conjunto debido a la magnitud que este problema ha alcanzado en nuestro país.

⁸ Op.cit Las perspectivas de género . pag. 44.

1.2 LA SALUD PARA EL DESARROLLO HUMANO.

*"Todos los grandes acontecimientos se producen en un contexto histórico. Si no reconocemos que el pensamiento fluye en corrientes en vez de detenerse en estanques, creo que perderemos una gran parte de nuestra capacidad creativa y dejaremos de crecer"*⁹

La anterior frase del Dr. George A. Director actual de la OPS, trata de decirnos que si no sabemos de donde proceden las corrientes que nos impulsan, tampoco sabremos dónde nos encontramos, ni podríamos imaginar hacia dónde vamos o deberíamos ir. Por ello es importante retomar el tema de la Salud, como condicionante indispensable para el desarrollo humano, concepto actualmente en boga, es decir el más utilizado como meta u objetivo de los organismos internacionales, en los propios foros internacionales, así como los gobiernos de los países, quien en México lo presenta en su Plan Nacional de Desarrollo, dándose a conocer como: El estado de vida donde la gente tiene más oportunidades de crecer, tener y disfrutar. Es decir un medio para la superación humana.

Pero no siempre fue así, es en el período de la posguerra que el Desarrollo cobró tal auge que se le consideró una industria cuyo objetivo principal era aumentar la disponibilidad de bienes materiales. Desde luego el concepto de Desarrollo desde el punto de vista de los recursos materiales es tan antiguo como la propia humanidad.

La preocupación con respecto a la responsabilidad nacional o internacional de mejorar el destino de la población, es un fenómeno relativamente reciente, circunscrito esencialmente al período de la posguerra (con la creación de la ONU).

Por varias razones no todas ellas altruistas, había gran entusiasmo por elevar el nivel de vida de las nuevas naciones que estaban surgiendo y ese mejoramiento se tradujo, hasta cierto punto, en crecimiento económico. De una manera más sutil, pero definitiva, el término "crecimiento económico" acabo significando casi lo mismo que desarrollo.

No olvidemos que los países en desarrollo se originaron principalmente en las viejas naciones industrializadas, sabemos que hay una progresión de la etapa del subdesarrollo a la del desarrollo y que dadas las condiciones, un país pasaría de una a la otra.

⁹ George A. O. Alleyne Dr. OPS, Taller sobre cooperación técnica y liderazgo en salud, 26 de agosto de 1999, Washington, D.C

El éxito de los países que dejaban atrás el subdesarrollo parecía basarse en una alta tasa de inversión del ahorro interno y en apoyar la creación de una fuerza laboral calificada. El concepto de capital humano surgió en relación con la necesidad de contar con esta fuerza de trabajo capacitada y competente.

Pero a fines de los años sesenta y principios de los setenta comenzó un fuerte movimiento que abordaba las condiciones sociales obviamente deficientes. Buena parte de la inquietud inicial con respecto a la pobreza y desigualdad que oponían resistencia al desarrollo provino de la ONU.

Entonces el Desarrollo tenía que ver con el crecimiento y los cambios en las condiciones sociales y culturales de los países; fue entonces cuando se empezó a prestar atención al crecimiento con equidad y a la definición de lo que constituían las necesidades básicas de la sociedad y su gente.

Aunque hoy es dogma aceptado que hay que buscar el mejoramiento de las condiciones sociales como meta del desarrollo y se concede máxima importancia a la situación de los seres humanos, en realidad fue en el Informe sobre Desarrollo Humano 1990, publicado por el PNUD que marcó un hito, acabando por suscitar toda esta nueva forma de pensar. Vale la pena repetir aquí uno de los primeros párrafos del resumen del informe:

“El Desarrollo Humano es el proceso de aumentar las opciones de la gente. La más decisiva de esas opciones de amplio alcance es llevar una vida larga y sana, recibir educación y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decoroso. Otras opciones son la libertad política, la protección de los derechos humanos y el respeto por uno mismo”

Haciendo incapie al tema de la salud, como variable determinante en nuestra investigación, la relación entre la salud y el nivel económico de país. Si bien se acepta la situación económica como un factor que incide en los resultados de salud, está menos bien documentado que la salud también ejerce fuerte impacto en la situación económica a nivel población. Siempre se ha considerado casi como artículo de fé que una población sana produce más y que la eliminación de enfermedades acrecienta las posibilidades de crecimiento económico. Podemos apreciar que los resultados de salud se ven influidos no sólo por el grado de pobreza, sino por la desigualdad del ingreso que tiene igual o mayor importancia. No es motivo de orgullo el que en México se presente un alto grado de desigualdad del ingreso y se postula la persistencia o empeoramiento de esta situación, no sólo por causas estructurales, sino más allá, podríamos decir del uso inapropiado del capital humano.

1.3 LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Es un organismo internacional especializado en la salud del sistema interamericano, es decir, dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida en los países de las Américas. Además, de ser la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, reconocida internacionalmente como parte del sistema de las Naciones Unidas.

La sede de la Organización se encuentra en la ciudad de Washington, D.C. en los Estados Unidos de América. Allí se reúnen los Cuerpos Directivos de la OPS, que representan a las autoridades de salud de los 38 Estados Miembros, para sentar las políticas técnicas y administrativas de la Organización.

1.3.1 LOS INICIOS

La Organización Panamericana de la Salud tiene sus orígenes, en los esfuerzos realizados para controlar los graves problemas epidemiológicos de la época que se vivía en Europa con el cólera, así como también en América principalmente con la fiebre amarilla.

A mediados del siglo pasado los dirigentes políticos del mundo se reunieron en cuatro Conferencias Sanitarias Internacionales.¹⁰ los temas a tratar fueron aquellos de interés sólo para Europa y aunque el cólera era un problema de ambos lados del Atlántico, lo que afligía a América era la fiebre amarilla pero ésta nada interesó al viejo mundo.

Fue así, que en la década de 1870, la epidemia de la fiebre amarilla se propagó del Brasil al Paraguay, Uruguay y la Argentina, y sólo en Buenos Aires ocasionó más de 15 000 defunciones. En 1878, debido a los contactos marítimos, la fiebre llegó a los Estados Unidos ocasionando más de 20.000 defunciones, era evidente que para combatir esta enfermedad había que hacer algo en el plano internacional, por lo que se convocó la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional, esta vez en las Américas, con el fin de instituir un sistema internacional de notificación sobre la situación sanitaria real en los puertos y lugares.

¹⁰ La Primera Conferencia se celebró en París en 1851, la Segunda se celebró también en París 8 años después (1859), la Tercera Conferencia celebrada en Constantinopla en 1860 y la Cuarta llevada a cabo en Viena en el año de 1874

A principios de 1881, en Washington, tuvo lugar la Conferencia, donde participaron destacados diplomáticos y delegados especiales, entre ellos médicos; el Dr. Carlos J. Finlay delegado especial de España que representaba a Cuba y Puerto Rico, dio a conocer una importante teoría científica sobre la transmisión de la fiebre amarilla. Dijo, entonces que existía un agente intermedio llamado: *Aedes Aegypti*, como el insecto vector¹¹ de la enfermedad; dicho acontecimiento contribuyó en gran medida a que los países del hemisferio, adoptaran las medidas adecuadas en la lucha contra ésta epidemia. Por ese entonces comenzaba a perfilarse el movimiento en pro de la cooperación interamericana y en 1890, la Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en Washington, D.C, había establecido la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (hoy la Organización de los Estados Americanos), con el propósito inicial de recopilar y divulgar información comercial.

Más tarde, la Segunda Conferencia, celebrada en la ciudad de México de octubre de 1901 a enero de 1902, recomendó que la Oficina Internacional convocara "una convención general de representantes de las Oficinas de Salubridad de las Repúblicas Americanas" para formular Acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud. Donde la Comisión General también debería designar una Junta Ejecutiva permanente con un máximo de cinco miembros que se denominaría "Oficina Sanitaria Internacional" y tendría su sede en Washington, los gastos de la convención serían distribuidos entre los gobiernos de los países sobre las mismas bases que se repartían entre ellos los de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas.

Lográndose llevar a cabo la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, cuya finalidad era asegurar una cooperación eficaz para el fomento de la salud en las Américas, se celebró en Washington D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902 con la participación de representantes de 11 países. Aun cuando esta reunión y reuniones posteriores fueron denominadas inicialmente Convenciones Internacionales, siempre tuvieron ámbito Regional y con el tiempo se denominaron Conferencias, con lo que esta fue entonces la primera de una larga serie de Conferencias americanas, celebradas por lo general cada cuatro años.

Así, la Segunda Convención Sanitaria Internacional, siguió subrayando la importancia de la fiebre amarilla y dio cuenta del éxito de las campañas de control en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, estableció un precedente importante, resolvió que en caso de la epidemia, las autoridades nacionales de salud serían responsables de las campañas de cuarentena y control de la enfermedad; es decir, cada

¹¹ Vector, que conduce, que transmite, insecto vector, que transmite la fiebre. Pequeño Larousse ilustrado, 1983.

país había de tomar sus propias medidas nacionales. El interés en asegurar la continuidad de la Oficina llevó a esta convención a establecer procedimientos regulares de operaciones (celebrar reuniones de delegados oficialmente autorizados cada dos años) y funcionar tal como se estipuló en la Convención anterior, recomendando la reelección de los miembros de la Oficina.¹²

Para la Tercera Convención también se instó a cada país a que estableciera una comisión compuesta de tres autoridades médicas sanitarias, para constituir, bajo la Dirección de la Oficina, una "Comisión Sanitaria Internacional informadora de las Repúblicas Americanas", con atribuciones para reunir y comunicar datos referentes a la Sanidad Pública. También se acordó constituir una Oficina Sanitaria Internacional con sede en Montevideo para servir de centro regional a las comisiones de Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay, las demás repúblicas tratarían directamente en Washington.¹³

La oficina comenzó a tomar forma paulatinamente, mientras comprendía cada vez mejor el concepto de salud y enfermedad, con el consiguiente en los acontecimientos nacionales e internacionales en materia de salubridad, en ese entonces nuevos conocimientos sobre la patología y la epidemiología de enfermedades tales como el cólera, la peste y la fiebre amarilla; de ahí que el énfasis, de manera paulatina paso de la cuarentena ante las enfermedades transmisibles, al control activo y la lucha sobre una base de organización de servicios adecuados.

En la Cuarta Conferencia Sanitaria, celebrada en San José Costa Rica, de diciembre de 1909 a enero de 1910, de ahí en adelante estas reuniones dejaron de interesarse solo por las medidas de cuarentena y pasaron a considerar temas tales como la vacunación contra la viruela, las campañas contra la malaria y la tuberculosis, el estudio con base científica de las enfermedades tropicales, dándole auge a la parasitología y a la anatomía patológica.

¹² Cabe señalar que no fue hasta cinco años después de que los países de las Américas establecieran su Oficina Sanitaria Internacional cuando un grupo de países predominantemente europeos, durante una reunión de la Conferencia Sanitaria Internacional en Roma, Italia, en 1907, firmaron un acuerdo para establecer el Office International d'Hygiène Publique, con sede en París. Así, cuando los representantes de las Américas se reunieron en la ciudad de México en diciembre de 1907 para celebrar la Tercera Convención Sanitaria Internacional, autorizaron a la Oficina para establecer relaciones con el Office de Paris, para que las colonias del hemisferio occidental cumplieran con las resoluciones de las repúblicas americanas sobre la fiebre amarilla.

¹³ Lamentablemente la falta de presupuesto y otras circunstancias hicieron que la existencia de la Oficina Regional en Montevideo fuera precaria y desapareciera poco tiempo después.

Y en la Quinta Conferencia, reunida en Santiago, Chile, en noviembre de 1911, propuso que los delegados a las Conferencias, siempre que sea posible, fueran autoridades sanitarias en sus propios países.

Mientras tanto al terminar la Primera Guerra Mundial, las circunstancias eran propicias para una nueva era de progreso en la cooperación en la salud de las Américas, el conocimiento científico sobre la causa y la propagación de muchas enfermedades infecciosas habían avanzado lo suficiente para empezar a controlarlas, y los gobiernos comenzaron a ser consientes de la urgencia de establecer servicios que preservaran la salud pública.

Por otra parte, las Américas experimentaron un período de crecimiento económico acelerado durante la década de 1920, como resultado de la expansión de la agricultura y la industria. Mientras que en Europa quedaba a la zaga recuperándose de la destrucción producida por la guerra, el desarrollo social y económico en la Región provocó un incremento sin precedentes en las comunicaciones, el comercio marítimo, la construcción de vías férreas y carreteras y los viajes por avión. El reconocimiento de que la mano de obra es elemento indispensable para el desarrollo llevó a los países a preocuparse cada vez más por la salud de su fuerza laboral.

Así que, el vacío cultural dejado por la Europa lisiada fue ocupado por los Estados Unidos de América, que adquirió gran prestigio, a través de los esfuerzos de colaboración tendientes a mejorar la salud en la región con la investigación biomédica dada por la fundación Rockefeller en América Latina, que condujo al control de enfermedades transmisibles y a campañas de saneamiento ambiental en todo el hemisferio.

También a principios de la década y durante todo el intervalo entre las dos guerras mundiales, coexistieron tres entidades internacionales de salud: el Office International d'Hygiène publique en París, la sección de Salud de la Liga de Naciones lanzada en 1920 en Londres y la Oficina Sanitaria Panamericana. Aunque con el tiempo, sólo la Oficina sobreviviría y prosperaría.

Del 12 al 20 de diciembre de 1920 se reunió en Montevideo, Uruguay, la Sexta Conferencia, que eligió al Dr. Hugh S. Cumming, cirujano general del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, para encabezar la Oficina, posteriormente se reorganizó la Oficina, creando el primer Comité Ejecutivo, con un plan para publicar mensualmente un "Boletín Internacional de las Repúblicas Americanas"¹⁴.

¹⁴ El Boletín dio un papel fundamental a la oficina, con el intercambio de información con los países de la Región, el primer número apareció en mayo de 1922, con un tiraje de 6636 ejemplares en español y 20 en

Más tarde actuando en función de una resolución de la Quinta conferencia internacional de los Estados Americanos, que se había reunido en Santiago, Chile. Para 1923 la Conferencia de la Habana redactó un Código Sanitario Panamericano que, con el tiempo, fue ratificado como tratado internacional por las 21 repúblicas.

El Código aun vigente hoy en día, encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana amplias funciones y responsabilidades y le proporcionó una firme base jurídica

Ya en la Séptima Conferencia, en la Habana Cuba celebrada en 1924, se aprobó un presupuesto mucho mayor que el que tenía originalmente.¹⁵ Para entonces las 21 Repúblicas Americanas se habían afiliado a la Oficina y 18 de ellas enviaron delegados a la Conferencia.¹⁶

Para 1927, la Octava Conferencia, reunida en Lima, Perú, estableció un Consejo Directivo que se reuniría cada 18 meses y estaría integrado por funcionarios miembros de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El primer Consejo Directivo de la Oficina tuvo lugar del 27 de mayo al 8 de junio de 1929 y preparó la Constitución¹⁷ y los Estatutos de la Oficina que fueron aprobados hasta 1934 por la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana. En ese entonces la Oficina era aun una Junta Ejecutiva, no una organización como tal.

En la Décima Conferencia, celebrada en Bogotá, Colombia en septiembre de 1938, el Dr. Cumming, declaró que los esfuerzos de la Oficina se verían frustrados, sino recibían mayor financiamiento, además de mencionar todas las necesidades que enfrentaba la Oficina, como obtener mayor espacio.

Sin embargo la solución del problema tendría que esperar una década más.

Hacia el final de la década de los 30, y a pesar de que el mundo estaba a punto de afrontar otra guerra devastadora. Las Relaciones Internacionales en el campo de la salud eran sumamente positivas. Prueba de la intención y el espíritu de cooperación fue el interés declarado de la Sección de la Liga de Naciones, en 1939, por la posibilidad de

en portugués, posteriormente, se imprimieron cada mes 3000 ejemplares en español. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Núm. 113, pp. 24-25.

¹⁵ Fondo recaudado de 5000, moneda de los Estados Unidos. Resolución de la primera Conferencia Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas para organizar la oficina Sanitaria Internacional, parrafo 7 de las resoluciones a que antes se ha hecho referencia.

¹⁶ Delegados de: Guatemala; Cuba; Brasil; Ecuador; México; Venezuela; Honduras; Argentina; Uruguay; Paraguay; Panama; Bolivia; Perú; Chile; El Salvador; Nicaragua; Estados Unidos; Colombia

¹⁷ apendice I

establecer una cooperación más estrecha con la Oficina Sanitaria Panamericana, pero si bien la Liga estaba a punto de fenecer, la Oficina estaba apenas despegando.

Posteriormente en la Décima Primera Conferencia, celebrada en septiembre de 1942, en Río de Janeiro, las resoluciones reflejaron los temas habituales de preocupación: abastecimiento de agua, nutrición, vivienda, saneamiento control de las enfermedades, pero también se refirieron a la realidad de la Segunda Guerra Mundial: la importancia de hacer inventario y conservar los recursos de salud pública y los suministros en cada país; la urgencia del intercambio de suministros para la seguridad continental, y la necesidad de cooperación entre los servicios militares y civiles de salud.

Irónicamente, la guerra tuvo un efecto muy positivo en el desarrollo de la salud pública en las Américas. Se organizaron servicios de salud; se capacitó a trabajadores de salud para que se desempeñasen en el ámbito militar y civil salvando vidas y reduciendo los efectos de las heridas, el hambre y la enfermedad.

1.3.2 LA EXPANSIÓN.

Nuevamente, aunque esta vez de forma más convincente, la destrucción masiva y la muerte producida por la guerra había enseñado a los países del mundo la importancia vital de cooperar para la solución de problemas comunes. Con miras a formalizar esa cooperación, un gran número de ellos se reunió en San Francisco para crear las Naciones Unidas. En esa Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, los delegados de Brasil y China recomendaron que se convocara una Conferencia regional en el plazo de unos cuantos meses con el fin de establecer una Organización Internacional de Salud y que se prestara plena consideración a la relación de dicha Organización y los métodos para asociarla con otras instituciones, tanto nacionales como internacionales, que ya existían en el campo de la salud.

A raíz de ello, en febrero de 1946, el Comité Económico y social de las Naciones Unidas hizo arreglos para convocar una Comisión Técnica preparatoria de la conferencia Sanitaria Internacional, cuyo fin sería crear la Organización Internacional de Salud.

En ese comité reunido en París de marzo a abril de 1946, los participantes (expertos en salud pública y representantes de cuatro organizaciones internacionales de salud), debatieron temas relacionados con la futura Constitución de una sola Organización Internacional de Salud, propusieron la celebración de una Conferencia para junio de ese año; recomendaron que en vez de la Organización Internacional de Salud, se adoptara el de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Así el 22 de julio de 1946, 61 Estados firmaron la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

La Constitución que consta de un preámbulo con 82 artículos, como carta básica de la organización, establece su objetivo general, enumera sus funciones, especifica su estructura central y regional, define su condición jurídica y estipula relaciones de cooperación entre ella y las Naciones Unidas y otras entidades, tanto gubernamentales como privadas, que se ocupan de temas de salud.

1.3.3 LA ESTRUCTURA

Durante la Décima Segunda Conferencia Sanitaria Panamericana que, tuvo lugar en Caracas, Venezuela en 1947, se aprobó un plan de reorganización, de acuerdo con el cual la Oficina se convirtió en el Órgano Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA se convirtió en la autoridad suprema en la que todos los gobiernos miembros están representados, y será quien determine las normas generales de la Organización, incluyendo las financieras, y cuando lo estime apropiado, dará instrucciones al Consejo, al Comité ejecutivo y al Director de la Oficina en relación con cualquier asunto dentro del campo de actividades de la organización.¹⁸

Para *LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA*: "Sus deberes serán los especificados en el Código Sanitario Panamericano, y los que le puedan ser asignados en el futuro por la Conferencia o el Consejo en cumplimiento de los propósitos especificados el Artículo 1 de esta Constitución."

LA ADMINISTRACIÓN: La Oficina tendrá un Director elegido, en la Conferencia, por el voto de la mayoría de los Gobiernos miembros por un período de cuatro años. En caso de que, antes de terminar su mandato, no sea elegido su sucesor, el Director continuará en el desempeño de sus funciones hasta que su sucesor tome posesión. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Director Adjunto asumirá sus obligaciones hasta la próxima reunión del Consejo, en la que se elegirá un Director interino, por el voto de la mayoría de los gobiernos presentes y votantes".¹⁹

Por su parte *EL CONSEJO DIRECTIVO*: Desempeñará las funciones que le delegue la Conferencia, actuará en nombre de ella durante el intervalo de sus reuniones, y dará cumplimiento a las decisiones y normas de la misma. Integrado por representante de cada Gobierno miembro, además de reunirse una vez al año, considera y aprueba el presupuesto por programas de la Organización.²⁰

¹⁸ artículos: 4, 5, 6, 7 y 8 del Capítulo II de la Constitución de la Organización Panamericana de Salud Apéndice I.

¹⁹ Artículos: 20, 21, 22, y 23 del Capítulo V de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, Apéndice I.

²⁰ Artículos: 9, 10, 11, 12, y 13 del Capítulo III de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, apéndice I.

Mientras que *EL COMITÉ EJECUTIVO*: Compuesto por representantes de nueve gobiernos miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo por periodos escalonados de tres años, se reúne dos veces al año, para examinar cuestiones técnicas y administrativas, incluso el presupuesto por programas, presenta sus recomendaciones a la Conferencia o al Consejo. Además es quien autoriza las reuniones del Consejo; Asesora a la Conferencia o al Consejo en los asuntos que dichos organismos encomienden al Comité Ejecutivo, o por iniciativa propia, en otros asuntos relacionados con el trabajo de la Conferencia, del Consejo o de la oficina.²¹

Y EL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO: Que es el órgano asesor auxiliar del Comité Ejecutivo, se encarga de examinar las propuestas de política, programas y asignación de recursos. Se reorganizó en 1984 para aumentar la participación de los gobiernos en la programación de las actividades de la organización. Está compuesto de representantes de siete países, se reúne dos veces al año e informa directamente al Comité Ejecutivo.

Así, en 1949, la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud celebraron un acuerdo en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana serviría como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, manteniendo su identidad como Oficina Sanitaria Panamericana.

Ya en 1950, en la Décima Tercera Conferencia Sanitaria, celebrada en Ciudad Trujillo (ahora Santo Domingo), República Dominicana, la Organización Sanitaria Panamericana fue reconocida como Organismo Interamericano especializado en el campo de la Salud Pública. Ésta puso fin a la celebración de las Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Salud, seis de las cuales se habían reunido entre 1926 y 1948, ya que sería el Consejo Directivo quien serviría de foro anualmente con el mismo fin de debatir temas importantes de Salud Pública. La Conferencia también abordó el debate de una recomendación de la OMS en el sentido de abrogar el Código Sanitario Panamericano, para hacer concordar más a la Oficina con las disposiciones mundiales. Era el momento de re formular otra relación más, esta vez en el seno del sistema interamericano, para establecer sus funciones respectivas.

Por otra parte la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos suscribieron en el mismo año un acuerdo que realfirmaba su autonomía; y se definían los principios de relaciones mutuas, representación e intercambio de información, incluso un compromiso por parte de la OSP de tomar en cuenta las recomendaciones de la OEA.

²¹ artículos 14, 15, 16, 1718 y 19 del Capítulo IV de la Constitución panamericana de la Salud

Las finanzas representaban otra esfera más que requería orden, y en 1951 el Consejo Directivo aprobó el Reglamento Financiero de la Organización. El art. 5.1 estipulaba que el presupuesto se financiaría con las cuotas de nuevos Estados Miembros (de acuerdo con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano).²² El presupuesto básico de la Organización se financia con cuotas que contribuyen los Estados miembros, de forma bienal, además de la asignación de la Organización Mundial de la Salud para la oficina regional de las Américas y los fondos extrapresupuestarios.

La OPS, recibe también donaciones para proyectos de salud y educación en las Américas a través de la Fundación Panamericana de Salud y Educación (Pan American Health and Education Fundation -PAHEF-)

Tras haber enfrentado los problemas de organización del presupuesto y las finanzas, el Director de la OSP, se dispuso a crear una Oficina que pudiese abordar las condiciones de salud en la Región.

La Oficina se organizó así: una Oficina del Director; una División de Salud Pública, con una rama de Fomento de la Salud, una de Saneamiento Ambiental y una de Enfermedades Transmisibles, y dos Programas, uno para la erradicación del mosquito *Aedes aegypti* y el otro para la erradicación de la malaria; una División de Administración; y una División de Educación y Adiestramiento. (ver organigrama anterior)

Para colocar los recursos de la Oficina, más cerca de su esfera de acción, se establecieron seis zonas descentralizadas: Zona I con sede en Washington para los Estados Unidos, Canadá y los territorios que no tenían auto gobierno, y con oficinas de campo en Jamaica y el Paso; la Zona II, en la ciudad de México para Cuba la República Dominicana, Haití y México, la Zona III en la ciudad de Guatemala para Honduras Británica, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; la Zona IV en Lima para Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; la Zona V en Río de Janeiro para Brasil, y la Zona VI en Buenos Aires para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Más tarde la Cooperación entre los países en materia de Salud en América, se desarrolló desde fines de la década de 1950 hasta mediados de la década de 1970, en un

²² "Para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Unión panamericana recogerá un fondo que no será menor de 50 000 dólares, cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Panamericana." Capítulo IX La Oficina Sanitaria Panamericana sus funciones y deberes, artículo LX, Código Sanitario Panamericano

contexto internacional de cambios políticos, tecnológicos y sociales arrolladoras. Políticamente, los compromisos de la Unión Soviética y Estados Unidos a la revolución mundial y la contención, respectivamente, se tradujeron en una guerra fría entre dos bloques, "el comunista y el occidental" que durante décadas amenazó en convertirse en un holocausto nuclear: el Tercer Mundo en su mayor parte, se resistió a alinearse con uno u otro bloque, firmando crecientemente su independencia del equilibrio bipolar de fuerzas. Surgió la Federación de las Indias Occidentales, varias islas del Caribe obtuvieron su independencia y los países de las Américas trataron de fortalecer su unidad forjando una solidaridad mayor, a través de las instituciones internacionales y de las Naciones Unidas.

Tecnológicamente, el período se caracterizó por innumerables innovaciones: el hombre viajó en órbita alrededor de la tierra y aterrizó en la luna, inventó un corazón artificial y transplantó un corazón humano, descifró la doble cadena de ADN y descubrió nuevas galaxias.

Socialmente, los "hippies" y las "minis", marcaron toda una época, los estudiantes se manifestaron en toda la región para protestar por las injusticias sociales: los defensores del medio ambiente advirtieron acerca de los graves daños ocasionados por el uso de métodos inapropiados de desarrollo agrícola; y se demostró final y definitivamente que los cigarros representan un grave peligro para la salud.

La región experimentó una gran expansión económica general a fines de la década de 1950 y durante la de 1960. Sin embargo la expansión cesó con el tiempo y para mediados de la década de 1970, la inflación mundial desencadenó incrementos espectaculares en el costo de los alimentos, el combustible y los materiales poniendo fin al desarrollo económico y ampliando la disparidad entre los países ricos y los pobres.

A través de todo este período, las aspiraciones populares para el cambio social y económico fortalecieron la resolución de los países de las Américas.

La Décima Quinta Conferencia Sanitaria Panamericana en San Juan Puerto Rico en 1958, cambió el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de la Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana no fue modificado. El primer Director latinoamericano de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. Abraham Horwitz, de Chile, elegido al cargo en 1958 por la misma, quien llamó la atención hacia las pruebas crecientes de la relación existente entre la salud y la riqueza y, a la inversa, entre la enfermedad y la pobreza.

Al comienzo de la década de 1960, los gobiernos de las Américas estaban obteniendo una comprensión más clara de que el problema del desarrollo económico consistía en asimilar con rapidez los vastos recursos de la tecnología moderna para aumentar los niveles de vida de las amplias masas. Al firmar el Acta de Bogotá en 1960, los países miembros de la organización de los Estados Americanos establecieron los conceptos de las, políticas y programas de salud; crearon un Fondo Especial para el Desarrollo Social y convinieron en cooperar en la promoción de un desarrollo económico y social enfocado en mejorar las condiciones de vida de la Región.

Estos compromisos constituyeron la base de la Carta de Punta del Este, fruto de una reunión extraordinaria del Consejo Interamericano, Económico y Social, celebrada en Punta del Este, Uruguay, en 1961. La Carta afirmó la estrecha relación entre los recursos naturales y humanos, por un lado, y el progreso y los cambios sociales y culturales, por el otro, e identificó la importancia de la planificación como enfoque para el ordenamiento de los problemas de acuerdo con su importancia, sus distintos medios de solución y sus posibilidades para producir un efecto sobre el bienestar. La Carta esbozó dos objetivos generales: aumentar la esperanza de vida en un mínimo de cinco años y realzar la capacidad para aprender y producir mediante el mejoramiento de la salud individual y colectiva; sus objetivos específicos fueron: el abastecimiento de agua y saneamiento, la reducción de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, mejoras en la nutrición, capacitación y desarrollo de personal de salud, fortalecimiento de servicios básicos e intensificación de la investigación científica, utilizándose el conocimiento para evitar y curar enfermedades. La Carta fue acompañada del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, instrumento jurídico que servía como marco para las políticas nacionales de desarrollo que establecieron una íntima relación entre los objetivos de salud y los programas, las metas y la acción.

La Organización Panamericana de la Salud convocó una reunión de Ministros de Salud (Grupo de Estudio en Washington, D.C, en 1963), que describió su misión de la manera siguiente:

“A la luz de la Carta de Punta del Este, hemos analizado la salud en las Américas como un problema técnico, social, económico, jurídico y cultural... Hemos establecido un grupo de medidas de orden práctico para llevar a cabo los objetivos de salud de la Carta. Su cumplimiento se traducirá en un mejor bienestar...”²³

El grupo de estudio llegó a la conclusión de que el Plan Decenal de Salud Pública podía realizarse siempre y cuando se integraran en forma racional sus objetivos con las

²³ Bol Of Saint Panam 113(5-o), 1992 Pág. 408.

metas generales de desarrollo social y económico. Al clausurar la reunión del Grupo de estudio el Dr. Horwitz, quien era en ese tiempo el Director del organismo, dirigió este mensaje:

“La salud contribuye directamente al desarrollo económico y social ya que prolonga la vida y aumenta la productividad, puesto que facilita el aprovechamiento de los recursos naturales reduciendo, o eliminando factores ambientales desfavorables”...²⁴

De esta forma, se estableció el marco político para alcanzar los propósitos de la Organización tal como los define su Constitución: “combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes”.²⁵

Para alcanzar estos fines, la Organización centró sus actividades en controlar o erradicar las enfermedades transmisibles; atacar las causas ambientales de las enfermedades; formar recursos humanos; realizar investigaciones; y mejorar los servicios nacionales de salud.

También estableció una asociación con el Banco de Salud, en conjunto las dos instituciones formularon políticas de inversión en salud que permitió a los países de la región hacer un progreso importante durante las décadas de 1960 y 1970.

El historial de salud pública en la Región alcanzó otro hito con la Declaración de los presidentes de América, firmada en Punta del Este en 1967, y el Plan de Acción que aprobaron. Los Gobiernos reconocieron nuevamente que la salud era un factor fundamental en el desarrollo económico y social en la Región y estipulaban que se tomará en cuenta las consideraciones de salud en la formulación de proyectos a partir de la etapa de preinversión. La Declaración subrayó la necesidad de la industrialización, la modernización de la vida rural y la consolidación de las comunidades científicas y culturales para conseguir una comunidad económicamente eficiente, además incluyó un capítulo especial dedicado a la salud.

²⁴ Ibid, p 409

²⁵ Constitución OPS., op cit p. 3, Apendice 1.

1.3.4 LA MISIÓN

El mandato básico de la OPS es el de colaborar con los ministerios de salud, sean las instituciones del seguro social, u otros entes gubernamentales y no gubernamentales, universidades, grupos comunitarios con el fin de fortalecer los sistemas nacionales y locales de salud y de mejorar la salud de los pueblos de las Américas.

El personal de la Organización incluye expertos científicos y técnicos en la Sede, en 27 oficinas de país y en 9 centros científicos que dan apoyo a los países de América Latina y el Caribe para resolver sus problemas de salud prioritarios.

Con miras a mejorar la salud, la Organización orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, en especial, a las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos y los refugiados y personas desplazadas. Asimismo, fomenta el trabajo conjunto de los países para alcanzar metas comunes en materia de salud. Actualmente hay en marcha iniciativas sanitarias multilaterales en Centroamérica, el Caribe, la Subregión Andina y el Cono Sur.

La Organización en pleno, vale decir la Secretaría y los Estados Miembros, ha emprendido un esfuerzo para detener la epidemia del cólera mediante la elaboración de planes nacionales de emergencia y de un Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, de más largo plazo, que se espera permita dar mayor importancia a los problemas de abastecimiento de agua potable, saneamiento y acceso a la atención sanitaria para las personas de escasos recursos.

También la Organización ha propuesto y liderado campañas para erradicar o eliminar ciertas enfermedades transmisibles con gran éxito. En 1973 se logró la erradicación de la viruela. Más tarde, en 1985, los países de las Américas se embarcaron en la misión de erradicar la poliomielitis, meta que se logró y ratificó en 1994, cuando una comisión internacional declaró, oficialmente, que la Región se hallaba libre de la enfermedad. El último caso de poliomielitis en las Américas se identificó el 23 de agosto de 1991 en Junin, Perú. Desde entonces, y a pesar de que se ha hecho una vigilancia intensa, no se han detectado más casos de poliomielitis en ninguna parte de la Región. A su vez, la Organización Mundial de la Salud estableció como meta erradicar la poliomielitis del mundo para el año 2000.

En 1990, la OPS propuso y lanzó la meta de eliminar el sarampión, para lo cual colabora con los países en la movilización de los recursos necesarios para inmunizar y dar servicios de atención para todas las enfermedades prevenibles por vacunación.

La Organización trabaja para reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades diarreicas, inclusive el cólera. Se promueve la atención de los casos y la rehidratación oral para prevenir la mortalidad por deshidratación. Asimismo, la OPS promueve el diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno de las infecciones respiratorias agudas para salvar la vida de miles de niños al año.

Otro campo de colaboración se relaciona con la provisión de agua potable, saneamiento y protección ambiental a las comunidades pobres, con miras a reducir las enfermedades asociadas con la mala calidad del agua y el deterioro del ambiente. La salud del trabajador también es una preocupación y se está colaborando para reducir los riesgos de salud ocupacional.

La OPS tiene un Programa de Publicaciones que difunde información científica y técnica, y una amplia red de bibliotecas académicas, centros de documentación y bibliotecas locales especializadas en temas de salud. Hay una variedad de campos de la salud pública en los que la Organización coopera con los países, entre ellos, la organización de preparativos en situaciones de emergencia y la coordinación del socorro en casos de desastres; el control de enfermedades transmisibles como la malaria, la enfermedad de Chagas, la rabia urbana, la lepra y otras que afectan a la población americana. Los problemas nutricionales como la malnutrición proteicoenergética y las carencias de yodo y vitamina A son también temas en que la OPS trabaja con los países.

Aparte de la prevención y control de las enfermedades transmisibles, la Organización colabora para acelerar la promoción de la salud y prevenir los problemas de salud típicos del desarrollo y la urbanización, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, el tabaquismo, la drogadicción y el alcoholismo. Por otra parte, la OPS ejecuta proyectos para otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, para los bancos de desarrollo (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) y entidades oficiales de cooperación y desarrollo de diversos gobiernos y fundaciones filantrópicas.

Como empresa administrativa para la cooperación entre países en campos específicos para la salud, la Organización creó varios centros panamericanos, durante este período siendo los siguientes:

- ◆ BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe para información en ciencias de la salud, Brasil
- ◆ CAREC
Centro de Epidemiología del Caribe, Trinidad
- ◆ CEPIS
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y ciencias del ambiente, Perú
- ◆ CFNI

- ◆ Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, Jamaica
CLAP
- ◆ Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay
INCAP
- ◆ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala
INPPAZ
- ◆ Instituto panamericano de protección de alimentos y Zoonosis, Argentina
ECO
- ◆ Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, México
PANAFTOSA
- ◆ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, Brasil
- ◆ Programa Regional de Bioética, Santiago, Chile

LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN ABARCA CINCO PRINCIPIOS FUNDAMENTALES:

- 1 El país constituye la unidad básica para la realización de actividades de cooperación en salud.
- 2 Los Gobiernos participan en la administración de la cooperación prestada por la OPS.
- 3 Esta cooperación debe ser flexible y capaz de adaptarse a las condiciones cambiantes de los países y de la Región.
- 4 Debe promoverse y aprovecharse al máximo la cooperación técnica entre los países y.
- 5 Deben fortalecer los vínculos entre la OPS y otras entidades, tanto nacionales como internacionales.

1.4 LAS ACCIONES RECIENTES.

La nueva década trajo consigo una determinación colectiva de trazar nuevamente el futuro, incorporada en el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971 – 1980. Así los servicios de salud y atención de salud evolucionaron en medio de los grandes cambios políticos, económicos y sociales experimentados a mediados de la década de 1970, hasta principios de 1980. Un país tras otro sufrió el impacto de golpes militares que frustraron la causa de la democracia, sin embargo varios países de la Región (Dominica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Belice, Antigua y Barbuda), se independizaron y se unieron a la comunidad de naciones, así como a la Organización Panamericana de la Salud.

La crisis del petróleo que comenzó en 1973 desencadenó una continua inflación, afectó a las economías de toda la Región, lo que contrajo una catástrofe para el desarrollo general de muchos países que dependen de él. La mayoría de los países tuvieron que reducir drásticamente los gastos públicos, con la amenaza de graves consecuencias para los programas sociales, entre ellos los servicios de salud.

En la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, en septiembre de 1974, fue electo como Director el Dr. R. Acuña, de México, quien en su discurso de toma de posesión, declaró:

“Nuestro propósito es crear un clima que permita, a la luz de la sensatez y del estudio, introducir cambios en consonancia con los tiempos en que vivimos, cambios para reducir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas²⁶, que refuercen el Plan Decenal de Salud y que, si es posible, resuelvan problemas ancestrales, tan antiguos como el suministro de agua, el saneamiento del ambiente, el control de vectores, y la fabricación, manejo, distribución y consumo higiénico de alimentos”²⁷

La Organización reorientó su trabajo para adaptarse a los cambios sociopolíticos que estaba experimentando la Región y, en especial a las repercusiones de esos cambios en las condiciones de salud de las Américas; dichos cambios sociales durante este período tuvieron una amplia transcendencia. Surgieron nuevas preocupaciones ambientales acerca del daño a la capa de ozono y la lluvia ácida, la computadora “casera” o “personal” –la PC- llegó al mercado mundial.

Más tarde la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (St. Georges’s Grenada, 1978, reeligió al Dr. Acuña y, entre otras, aprobó resoluciones en relación con la adopción de un programa y presupuesto bienales para la OPS como lo venían haciendo otros Organismos Internacionales de las Naciones Unidas, y para el logro de la cobertura universal y la incorporación de la atención primaria en los servicios generales de salud.

Mientras que el avance de la ciencia se aceleró, cada vuelo espacial penetró más y más en los confines exteriores del sistema solar. Se produjo un gen sintético funcional y nacieron los primeros niños “probeta”.

Para 1980 la OMS declaró la erradicación de la viruela. Sin embargo, tan pronto como se había erradicado esa enfermedad, surgió otra, que resultaría devastadora en extremo: en 1981 los científicos identificaron una nueva amenaza para la salud humana, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Al principio de la década de 1980, los gobiernos de las Américas, al igual que lo habían hecho al principio de las décadas de 1960 y 1970, trazaron en futuro de la acción colectiva en el campo de la salud – esta vez en busca de la salud para todos -- formulando estrategias nacionales y regionales. En conjunto dos documentos, Salud para Todos en el año 2000: Estrategias (1980) y el Plan de Acción de Salud para todos en el

²⁶ perteneciente o relacionado a los intestinos, pequeño Larousse ilustrado 1983.

²⁷ Bol Of saint., op. cit, p. 418

año 2000 (1982), sirvieron de marco para los programas de salud de la organización y de los países para el resto del siglo.²⁸

De esta manera la OPS, fue colaborando con los Gobiernos y las instituciones internacionales en la ejecución y evaluación de proyectos, tal fue el caso con el Programa Mundial de Alimentos, donde se establecieron sistemas de vigilancia nutricional para detectar, tratar y evitar las principales carencias nutricionales; se promovió además la planificación entre sectores en materia de alimentación y nutrición; recomendando la OPS, la integración de actividades de nutrición en los servicios de salud. También el desarrollo de vacunas que evitaron las enfermedades transmisibles y destructivas en décadas anteriores, a través de campañas de vacunación en masa.

Además, las enfermedades crónicas (cardiovasculares y respiratorias) estaban ocasionando crecientes problemas de salud tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. La OPS cooperó con los países mediante la promoción del conocimiento de dichas enfermedades: el diseño de programas para controlarlas y prevenirlas, teniendo en cuenta las condiciones, los recursos y la estructura de atención de salud local.

Así, hemos observado que durante los últimos diez años en el ámbito internacional ha existido una sucesión interminable de profundos y extensos cambios de toda índole. Prácticamente de la noche a la mañana, la guerra fría terminó, en medio de un rápido acontecer de hechos geopolíticos radicales: la caída del muro de Berlín, la independencia de los antiguos satélites de Europa oriental, la reunificación de Alemania y el desmembramiento de la URSS en Estados soberanos.

En América, un país tras otro sustituyó los regímenes autoritarios y militares de los años setenta por gobiernos electos, de manera que para principios de la década de 1990 casi todos los países de la Región habían vuelto a ser democracias civiles representativas, también se experimentó déficit en sus balanzas de pagos y se produjo una descomunal transferencia de capitales hacia el exterior. La capacidad operativa y las inversiones de los países disminuyeron, lo cual contrajo estancamiento en la producción. Todos estos factores contribuyeron a crear desajustes en la economía, a elevar las tasas de inflación y desempleo. Como resultado de la crisis, los gobiernos se vieron obligados a aplicar políticas de ajuste impuestas por las entidades financieras internacionales y por los acreedores externos (FMI y Banco Mundial).

²⁸ Orientaciones Estratégicas y programáticas 1997-2000

Los gobiernos tuvieron que reducir las actividades y los programas destinados a atender las necesidades sociales, y la escasez de recursos no solo impidió satisfacer las crecientes exigencias de una población en aumento, sino mantener funcionando adecuadamente los servicios de salud ya existentes. Los países se vieron en la necesidad de limitar la compra de medicamentos, suministros y equipos esenciales, lo que a su vez redujo la prestación del servicio de salud.

En 1982, la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió un nuevo Director, el Dr. Carlyle de Macedo, del Brasil, y en 1986 y 1990 la XXII y la XXIII Conferencias lo reeligieron, en ese último año por unanimidad.

En 1983, la adopción de la estrategia de gestión para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo a los países miembros se propuso mejorar la cooperación técnica presentada por la Organización para poner en práctica las estrategias Regionales y el Plan de Acción de Salud para Todos.

En 1986, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó un nuevo marco de acción cuadrienal en el Documento Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987 - 1990. Ese documento destacaba la necesidad creada por los problemas de salud y de desarrollo de la Región, de transformar los servicios de salud de los países, que abarca tres áreas generales relacionadas:

- a) El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, haciendo hincapié en la atención primaria o básica.
- b) La atención a los problemas prioritarios de salud de los grupos vulnerables mediante la ejecución de programas específicos por intermedio del sistema de servicios de salud y,
- c) La administración del conocimiento.

Al aproximarse un nuevo cuatrienio, la XXIII Conferencia, en 1990, revisó una vez más al curso de su trabajo y adoptó las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el ciclo: 1991 - 1994.

Actualmente el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana es el Dr. George A.O. Alleyne, de Barbados, quien asumió el cargo en febrero de 1995 por un periodo de cuatro años. Fue elegido unánimemente por los Ministros de salud en la Conferencia Sanitaria panamericana a de septiembre de 1994. El Director Adjunto de la Oficina es el Dr. David Bradling-Bennett, y la Subdirectora es la Dra. Mirta Roses Periago²⁹.

²⁹ op.cit. Orientaciones Estratégicas y Programáticas, 1997-2000.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En el Apartado anterior ya se reconoció un poco el terreno histórico tanto de la teoría que sustenta la tesis como de la Organización Panamericana de la Salud, quien es eje importante dentro de la misma por ser el instrumento internacional que atiende la problemática desde la perspectiva de la Salud.

A continuación en el presente Capítulo se presenta el análisis sobre el problema en sí: La Violencia contra la Mujer, abarcando brevemente su concepción, su origen y alcances dentro de la sociedad.

2.1 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA?

Para el caso de nuestra investigación, se ha buscado dar definiciones del problema con un enfoque social, por ello hemos retomado parte de la investigación de Santiago Genovés, que en su obra "Expedición a la violencia"³⁰, considera a la violencia como:

"un hecho que surge y se desarrolla a partir de que las relaciones sociales se institucionalizan, perdiéndose la identidad entre los seres humanos"

Mientras que para el Lic. Jorge Madrazo en su publicación: Derechos Humanos: "El nuevo enfoque mexicano"³¹

La violencia es: *"el acto más elemental que se ejerce contra los derechos humanos, es por tanto una expresión que busca debilitar las bases de la convivencia pacífica, democrática y plural"*

Las anteriores definiciones nos ayudaran a comprender la magnitud del problema que estamos abordando, ya que como tema social nos involucra a todos.

Pero retomemos el análisis de Santiago Genovés, quien trata de entender al más poderoso generador de la violencia: el hombre, conjuntando sus investigaciones, conocimientos y experiencias acerca de lo que la violencia, como parte integral de la

³⁰ Genovés, Santiago Expedición a la violencia, FCE-UNAM, Mexico, 1993, 292 pp.

³¹ Madrazo, Jorge. Derechos humanos: el nuevo enfoque mexicano. FCE, Mexico, 1993 p 10

cultura ha venido desarrollando. Se dice que, la Antropología ha mostrado fehacientemente que es científicamente incorrecto decir que el comportamiento agresivo ha sido heredado, que está genéticamente programado en nuestro ser. Que es científicamente incorrecto aseverar que los seres humanos tienen mente violenta.

Sobre este punto conviene recordar que si bien tenemos un aparato nervioso para actuar violentamente, éste no se activa automáticamente por medio de estímulos sean internos o externos, ya que en realidad nuestra manera de actuar se determina conforme hayamos sido socializados. Podemos concluir entonces que el ser humano es generador de la violencia y ésta no es algo consustancial a él.³²

³² Para mayor información, consultése: Chamizo Guerrero Octavio "Violencia Social y Suicidio". Un enfoque psicoanalítico; material expuesto en: Antropología de la Violencia en Menores de Edad. ENAH

2.2 ORIGEN Y CAUSAS

El hombre no era violento desde sus orígenes, ya que al estar en constante búsqueda por su alimento, recolectaba y cazaba, creando herramientas que le ayudaban a comer, procrear y subsistir, desarrollándose relaciones sociales basadas en creencias, tabúes y mitos; donde existía una relación de cooperación, de aventura y de identidades propias.

Una vez que el hombre buscó su asentamiento en un lugar fijo, ya no tuvo que emigrar de un lado a otro para buscar su alimento y desarrollo la agricultura, se apropió de tierras y las defendió de los otros, aparecieron sistemas económicos, políticos y sociales que estandarizaron la vida y el trabajo, perdiendo la identidad individual, la creatividad y todo aquello que hacía al hombre humano.

Genovés observa que en la actualidad, los resultados de la inteligencia, de la fuerte personalidad y el liderazgo se plasman y reconocen a través del triunfo, las ganancias económicas y en la vida material.

Para Genovés, el poder es otro factor determinante de violencia, ya que se utiliza para extinguir a los hombres con el fin de mantenerlo o poseerlo: a) los oprimidos en nombre de la justicia y b) los privilegiados en nombre del orden. Así la inhibición, frustración y agresión, explican un buen número de actos de violencia sea interpersonal o grupal, por ejemplo: el crecimiento demográfico, que conlleva a la falta de espacio propio, conduciendo a fricciones, las cuales se pueden determinar por el tiempo y la situación; el hombre que trae consigo deficiencias mentales; el suicidio, que es más que un grado de autoagresión máxima; las diferencias raciales y las costumbres sexuales son otros indicadores de la violencia.

Una característica singular de la violencia es su capacidad para multiplicarse y expandir sus dinámicas y consecuencias.

Algunos ámbitos sociales como bien lo comentara Genovés actúan como matrices donde se origina la forma y efecto de la violencia, por ejemplo, en el caso de la familia ésta obra alternativamente como la formadora y reproductora de culturas de convivencia, es decir la mentalidad del individuo.

Es así, que, la violencia constituye un síndrome complejo que integra diferentes formas de agresión y afecta a diferentes grupos sociales, tanto en la vida privada como pública.

2.3 VIOLENCIA CONTEMPORÁNEA.

La violencia por inhumana y cruel que sea, no renuncia a presentarse bajo un manto de justificación. Para avalar su conducta los agresores involucran causas políticas, así aparece el terrorismo, para el cual la violencia es el medio más eficaz de alcanzar objetivos que en condiciones normales no podrían lograrse. Esta modalidad se caracteriza por ser el nivel máximo de violencia, ya que involucra a la sociedad en general. Los terroristas de hoy son los que planean cuidadosamente poner una bomba en una calle, en un mercado o en un sitio público, muchos casos de estos han habido en el mundo desde que terminó la segunda Guerra Mundial, y durante ella, cuando los nazis asesinaron a rehenes civiles.

Otra de las modalidades de la violencia es el narcótráfico, los fenómenos del consumo y tráfico de drogas se han ido presentándose a lo largo de las últimas décadas a la par de los procesos económicos, sociales, culturales y políticos, tanto nacionalmente como internacionalmente.

El consumo de tráfico de drogas, y su represión, han ido planteando nuevos problemas y han creado y reforzado amenazas y ataques respecto a la existencia, validez y vigencia de los Derechos Humanos.

Así, en muchas regiones y ciudades del mundo, se viven o han vivido conflictos armados durante los cuales la violencia ha sido asumida como un modo de actuar cotidiano y de supervivencia. Esto ha desensibilizado el valor de la vida y el respeto mutuo, tanto en las autoridades como en la población, inclusive entre los niños y jóvenes que, criados en esa cultura, la adquieren como normal.

2.4 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

Vivimos en sociedades violentas, en las cuales gran parte de esta violencia afecta a la familia, donde las víctimas, como sabemos se encuentran a todo lo largo de la historia y en todo el mundo, independientemente del grado de desarrollo, del régimen político y de la ubicación geográfica, incluyendo a países europeos considerados "avanzados", o del "Primer Mundo" y con una amplia tradición democrática como Australia, Dinamarca o Suecia; hasta a aquellos en vías de desarrollo.

Se observa, que el ejercicio de la violencia en el mundo no es un fenómeno novedoso. Los grupos sociales más desprotegidos suelen ser también los más victimizados: los niños, los ancianos, los minusválidos y discapacitados, las minorías étnicas y las mujeres. Obviamente cualquier persona, sin importar su edad, sexo, etnia, religión o nivel socioeconómico y cultural puede convertirse en un momento dado en una víctima de la violencia. Sin embargo para esta ocasión nos concentraremos en la problemática femenina, revisando los principales contextos en que ésta tiene lugar, así como algunas de sus principales características.

La violencia contra las mujeres ha merecido una serie de estudios e investigaciones por parte de los grupos feministas y Organizaciones No Gubernamentales en todo el mundo, desde hace poco más de veinte años. No es un hecho nuevo en la historia pero sí en su tratamiento, ya que este asunto público ha estado siempre relegado a lo privado, lo oculto, en el silencio. Por tratarse de un tema que tiene que ver con el control de la mujer, seguramente llevará más tiempo del que se ha llevado; para crear conciencia de su existencia y lograr cambios de actitudes y de legislación para combatirla.

Es reconocido que la violencia contra la mujer es un problema social generalizado en el mundo; pero ¿Cómo se define?.

Definición de la Naciones Unidas: *"...todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada..."*³³

Esta amplia interpretación incluye golpizas, violaciones (por un pariente, asociado o desconocido), violencia relacionada con la dote, la mutilación genital femenina, hostigamiento sexual en lugares de trabajo, prostitución forzada y el tráfico de mujeres.

³³ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993.

Mientras que las expresiones de violencia basadas en género difieren de una región geográfica a otra, el tipo más difundido es el abuso de las mujeres por sus compañeros masculinos. "De una cuarta parte a la mitad de las mujeres en muchos países reportan haber recibido maltrato físico de sus actuales o anteriores compañeros"³⁴

Este es el tipo de violencia a que se enfrentan las mujeres día con día alrededor del mundo, muchas veces ignorada o aceptada por la familia, la comunidad y el Estado.

Por ello podemos decir que la violencia contra la mujer es un fenómeno mundial, que ocurre en países del primer, segundo o tercer mundo, en sociedades cultas, refinadas y ricas; y entre grupos carentes de la educación elemental y recursos económicos, en tipos de guerra y en tiempos de paz. Un problema a demás de origen socio-cultural, de carácter si bien universal, que viene a constituir una violación a los derechos humanos y afecta diferentes sectores de la sociedad, dañando sus bases e infringiendo honda huella en las victimas, a sí como en su entorno familiar y claro es en la sociedad.

³⁴ Proyecto Edición de Mujeres, dirigido por un consejo Editorial, integrado por diversas editoras de alto nivel de ocho de las principales revistas y periódicos para mujeres en África, Asia, América latina y el medio oriente. Su cooordinación está a cargo del population reference Boreau (PRB), una organización no lucrativa y no gubernamental, con sede en Washington, D.C.

Integrantes: Audrey Gadzekpo, AWO (African Woman's Option), Ghana;

Fawzia talout, Farah, Morocco;

Esperanza Brito de marti, Fem, México;

Sulaya Saran, Femenina, India;

Noesreini Meliala, Femenina, Indonesia;

Alice Louise el Mallaki, Nisf El Dunia (Heaf the World), egypt;

Eunice mathu, parents, Kenya;

Zubra Karim, She, pakistan;

Elizabeth lee, Coordinating Editor, Women's edition population Reference Bureau, Washigton, D.C, USA y.

Sasha Loffredo, Associate Editor, women's edition, population Reference bureau, Washigton, D.C, USA.

2.4.1 FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

La violencia tiene múltiples manifestaciones, pero empezaremos citando algunos ejemplos ocurridos en todo el mundo:

- Suiza: los golpes y violaciones dentro del matrimonio son alarmantes...la actitud psiquiátrica y legal exige a las mujeres que no provoquen a sus maridos.³⁵

- Gran Bretaña: el millonario Michael Teilling (amigo del príncipe Carlos), conocido aristócrata británico, fue acusado de haber asesinado a su esposa de cinco tiros de escopeta...el cadáver fue posteriormente decapitado y conservado en partes.³⁶

- Francia: el filósofo Luois Althusser estranguló a su esposa, pero declaró hallarse deprimido y enfermo antes de cometer el asesinato, por lo que sólo fue recluido dos meses en el sanatorio psiquiátrico.³⁷

- China. El infanticidio femenino constituye a la fecha una práctica en ciertos ambientes de la República federal China. Algunas madres llegan a ser maltratadas, injuriadas y golpeadas hasta la muerte por no haber concebido un hijo varón.³⁸

- India: en Delhi, cada doce horas muere una mujer joven quemada viva. En Bombay, de cada 1,000 abortos realizados, 999 son de niñas.³⁹

- Egipto: la virginidad es un asunto de honor cuya falta en la familia debe lavar con sangre, asesinando a la mujer. Un caso muy impactante fue en el Alto Egipto en 1961 cuando a una niña de 12 años le fue cortada la cabeza por haber sido víctima de una violación.⁴⁰

- Senegabia: como parte de prácticas rituales, en muchos países africanos (y en algunos otros de Oriente Próximo) continúa llevándose a cabo la escisión o ablación, es decir la extirpación del clítoris, restando posibilidad de goce sexual a la mujer. En este país se usa una cuchilla de afeitar o se machaca (el clítoris) con dos piedras, obviamente sin anestesia.

³⁵ Agger, I., "Tortura sexual a prisioneros políticos" Revista: Stress y Trauma, vol. 2, núm. 3, 1989, p. 305-318.

³⁶ Op.cit. Agger, I., p. 318-322.

³⁷ Op.cit. Agger, I., p. 322-325.

³⁸ Op.cit. Agger, I., p. 325-327.

³⁹ Op.cit. Agger, I., p. 330-333.

⁴⁰ Op.cit. Agger, I., p. 338.

Irak: si una campesina o trabajadora tiene una relación sexual antes del matrimonio será condenada a la pena de muerte, ejecutada por su padre, hermano o cualquier pariente varón.

Otra forma generalizada ubicada en el contexto político es: LA TORTURA. Un mecanismo típico de ésta suele ser la violación, no siempre instrumentada por los hombres agresores, por poner un ejemplo: en el Chile de Pinochet era conocida la estrategia de usar perros entrenados para violar mujeres o el uso de objetos (muchas veces con conexiones eléctricas). En estos casos, obviamente se concluye con la muerte de la víctima.

Las alteraciones psicológicas a las víctimas violadas como parte de un proceso de tortura generalmente son las mismas que en cualquier otro tipo de violación fuera del contexto político. La gran diferencia ocurre cuando las víctimas en tortura saben que su violación tiene un sentido, una causa por la cual resistir, se conocen los motivos y la procedencia del ataque, y aún más, el hecho era un riesgo asumido por la víctima⁴¹

Otra modalidad de violencia, se desarrolla en el contexto de conflictos bélicos, pues el abuso de habitantes del pueblo se ha convertido en el telón de fondo de las guerras: "desde las Cruzadas, los caballeros y peregrinos en nombre de Dios agredían al pueblo musulmán y violaban a sus mujeres". "Durante la primera Guerra Mundial, los alemanes hicieron de la violación un arma de intimidación contra el pueblo Belga." "Violaron los norteamericanos en Vietnam y los franceses en Argelia"

Las tribus indias de Norteamérica sufrieron la devastación, la persecución y la muerte por parte de los blancos que asesinaban a los hombres y violaban a sus mujeres". "El ku kux klan hizo de la agresión sexual a mujeres negras un rito de humillación racial"⁴²

⁴¹ Op cit. Agger, I., p. 341.

⁴² Brownmiller, s. "Contra nuestra voluntad", Ed. Planeta, Barcelona, España, 1975, 436 p.

El siguiente cuadro nos muestra la violencia contra la mujer ejercida sobre ella a través de toda su vida.

Fase

Tipo de Violencia

PRENATAL

Abortos selectivos según el sexo, efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo.

INFANCIA

Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.

NIÑEZ

Matrimonio infantil, mutilación genital femenina; abuso físico, sexual y psicológico, incesto, prostitución infantil y pornografía.

ADOLECENCIA Y VIDA ADULTA

Violencia durante el cortejo y el noviazgo; sexo forzado por razones económicas (niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; violación marital; abuso y homicidio conyugal; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; embarazos forzados.

VEJEZ

Suicidio forzado u homicidio de viudas por razones económicas; abuso físico; sexual y psicológico.

Fuente: COVAC, Asociación Civil contra la Violencia en Mujeres. 1995. Pág 67

Otra de las formas de violencia es la que se realiza EN EL ÁMBITO FAMILIAR, cotidiano, doméstico y por tanto privado suele ocurrir en el propio domicilio por parte del agresor que tiene un vínculo afectivo con la víctima puede ser el padre, el hermano, el esposo, el compañero o el hijo.

La violencia familiar suele entenderse como la acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que da lugar a tensiones, por tanto es una situación que rebela una perturbación en las relaciones de convivencia. Este es un fenómeno social muy generalizado que afecta a la mayoría de las mujeres, si bien la cuantificación es difícil de conocer con exactitud debido a la poca denuncia de las víctimas ante el aparato de justicia: la consideración de los hechos como privados dentro de la familia dificulta aún más su abordaje. La Dra. Ana Lucina García Maldonado como expositora del tema: "La mujer en el umbral del año 2000", nos explica en sí las razones de la dificultad de medir esta situación:

*"Las razones que cohiben para hacer estas denuncias, son altamente conocidas. La estigmatización de la víctima por la sociedad, la familia, los medios de comunicación, argumentos estos por los cuales, son muy pocos los agresores procesados ante la ley"*⁴³

*"El síndrome de la mujer maltratada, las mantiene afectadas dentro del círculo vicioso de la violencia, con una serie de dependencias que provienen del hecho de estar integradas al cuerpo social y la responsabilidad que considera tener, frente a sus hijos y frente a su familia"*⁴⁴

La naturaleza de éste problema en el ámbito familiar ha propiciado comparaciones con la tortura, ya que las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. Finalmente las agresiones pueden continuar una semana tras otra, durante muchos años.

También encontramos la violación en una relación íntima, esto es cuando la mujer recibe ataques físicos por parte de su compañero, es cierto que en gran parte, la mujer no define el coito forzado como violación si esta casada o vive con el agresor. Aunque en algunos países ya han reconocido la violación en el matrimonio como delito penal, otros

⁴³ La mujer en el Umbral de año 2000, pág. 23.

⁴⁴ Dra. García Maldonado Ana, Directora de la comisión Interamericana de la Mujer, Discurso pronunciado en el "Congreso Panhelénico Internacional de Odontólogos" realizado el día 9 de mayo de 1998 en Atenas Grecia, p. 5 de 12.

siguen aduciendo que el esposo tiene derecho legal de acceso sexual ilimitado a su esposa.

Así mismo, la violencia psicológica, que la hemos citado constantemente desde el inicio. Esta incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. Para algunas mujeres los insultos incesantes y la tiranía que constituye el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma. Un solo episodio de la violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Según estudios e investigaciones de ONG's interesadas en el tema, han retomado opiniones como la siguiente: "El peor aspecto de los maltratos no es la violencia misma sino la tortura mental y vivir con miedo, aterrorizada constantemente". Este fue el comentario que una de las víctimas de violencia psicológica expresó al ser parte de un estudio sobre la misma, por parte del Centro de apoyo en violencia contra la mujer, aquí en México, durante 1995-1996⁴⁵

Hoy se siguen aplicando las antiguas formas de violencia. Pero también se han añadido otras nuevas, tales como:

La violencia CIBERNÉTICA, una grosería de realidad fantástica o realidad virtual, la cual ha pasado a través de los aparatos de comunicación electrónica. Además de eso, las computadoras se convierten por medio de internet en un poderoso instrumento para proveerse de mujeres y niñas pequeñas. Ahora existen compañías organizadas que se mueven en el área internacional, ofreciendo hasta bebés. *"solamente en el Japón se ha calculado que las ganancias de estos grupos que utilizan la red electrónica, significa el uno por ciento de los productos nacionales no visibles"*⁴⁶

Otro nuevo fenómeno aterroriza a la mujer, es la forma como están siendo utilizadas en las zonas de guerra. Donde son obligadas a cruzar de primeras los campos llenos de minas, para limpiarle el camino a las tropas.⁴⁷

Al mostrar parte de la realidad sobre la violencia ejercida contra mujeres, se aprecia que esta presente en toda época, en todo lugar, y que no distingue color, raza o clase social, ni edad ni credo, pareciera ser un cáncer social que amenaza con desintegrar a la propia sociedad.

⁴⁵ COVAC, S.A. INFORME ANUAL.

⁴⁶ Dra. García Maldonado Ana, Directora de la comisión Interamericana de la Mujer, Discurso pronunciado en el "Congreso Panhelénico Internacional de Odontólogos" realizado el día 9 de mayo de 1998 en Atenas Grecia, p.10 de 12

⁴⁷ ibidem

⁴⁸ ibidem

2.5 LA VIOLENCIA Y EL SECTOR SALUD

La Organización Panamericana de la Salud en 1993, y recientemente la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud, han definido a la violencia como un problema de salud pública, debido a las muertes y traumatismos ocurridos con alarmante frecuencia, el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce que han adquirido carácter endémico.

La mortalidad por causas asociadas con la violencia es responsable de una proporción creciente de la mortalidad general y de los porcentajes significativos de años de vida potencial perdidos.

Los traumas causados por violencia que no resultan en muerte, ocasionan graves daños físicos y trastornos psicológicos que limitan la funcionalidad individual y social de la víctima.

La morbilidad relacionada con la violencia, además congestiona los servicios de salud, sustancialmente la demanda de servicios, aumenta los costos globales de atención reflejándose en la calidad de sus servicios y cobertura, obliga además a asignar recursos adicionales o desviar los asignados a la prevención y atención básica, para satisfacer la demanda inducida por los hechos violentos (esto se refleja claramente en el centro de urgencias de cualquier hospital).

Así también, el registro de información sobre hechos violentos recolectados por los servicios de salud se reduce a la identificación y evaluación de lesiones físicas, el sexo y la edad de las víctimas y, a veces, el medio que se utilizó en el acto violento.

Es importante señalar que las estadísticas de morbilidad y mortalidad recolectadas por estos servicios no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico de la violencia, entre las razones se encuentra lo que comentábamos anteriormente: el subregistro en las salas de emergencia y consulta externa, o porque las víctimas para el caso de la violencia intrafamiliar, no acuden a las instituciones de salud en demanda de los servicios.

Otro factor de subregistro es la concentración de la práctica sanitaria en el tratamiento de la lesión, sin dar importancia a la causa de las mismas: la violencia.

Además la mayor visibilidad de las muertes violentas le resta importancia a formas de agresión de naturaleza psíquica o social. Así, la estructura y funcionamiento de los servicios de salud dificulta la percepción adecuada de la gravedad que significa la

violencia. En el caso de la mujer, (que abordaremos más tarde, para darle más atención, por ser el tema que ocupa en parte esta investigación) por ejemplo, la concentración de servicios en la función reproductora femenina ha restado también importancia a los problemas psicosociales y de salud derivados de los actos brutales.

Podemos concluir, tras la visión comentada de la relación existente entre el sector salud y la violencia, que éste ha intervenido de manera muy tradicional, esto es que, ha participado en actividades relativas a los aspectos médico-legales de la violencia y que además ha tenido un papel tímido referente al tratamiento de la violencia con enfoque epidemiológico, a su prevención y promoción de culturas de salud fundamentadas en la equidad y en el respeto a la vida e integridad física y moral de las personas.

2.5.1 LA OPS FRENTE A LA VIOLENCIA

La Organización Panamericana de la Salud está trabajando con 16 países miembros para combatir la violencia contra la mujer, dicha organización procura aumentar la capacidad de las instituciones gubernamentales, como no gubernamentales, para idear estrategias de prevención y apoyo que puedan abordar eficazmente este problema social tan complejo.

EL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL EN VIOLENCIA Y SALUD DE LA OPS, PARA LAS AMÉRICAS.

En la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los países miembros de la organización emitieron un documento en el que consideraron las conductas violentas como un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y estimaron que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y aplicación de medidas preventivas y de control de todas las formas de violencia.

De esta manera, el Consejo Directivo emitió la Resolución XIX, mediante la cual: ... *“ insta a los gobiernos a establecer políticas y planes nacionales y movilizar recursos para la prevención y control de la violencia con énfasis especial en los grupos más vulnerables (niños, ancianos, mujeres) a fortalecer los servicios de urgencia y atención a las víctimas, promover la vigilancia epidemiológica, la investigación, la capacitación y la difusión positiva de información”* ...⁴⁸

En la misma resolución, el Consejo Directivo solicitó la formulación del Plan de Acción regional sobre Violencia y salud, cuyos principios, objetivos, estrategias y líneas de acción, se explican a continuación:

PRINCIPIOS GENERALES

INTEGRIDAD. Reconociendo la diversidad de expresiones que adquiere la violencia y los diversos sectores sociales que afecta.

EQUIDAD. En la perspectiva de disminuir la vulnerabilidad de los sectores sociales frente a los hechos violentos.

COMPROMISO POLÍTICO. Con la sociedad afectada, que realmente garantice su ocupación como básico en las políticas de desarrollo nacional.

⁴⁸ XXXVII Reunión del consejo Directivo de la OPS. P. 5

CULTURA CIUDADANA. En la perspectiva de fortalecer estilos de vida, valores, actitudes y formas de convivencia que privilegien el respeto, la tolerancia y el diálogo como componentes de resolución de conflictos.

PARTICIPACIÓN SOCIAL. Por cuanto la violencia es un problema que atañe a todos los miembros de la sociedad.

OBJETIVOS

GENERALES. Contribuir al fortalecimiento de democracias que garanticen el derecho a la vida, la libertad e integridad personal.

ESPECÍFICOS. Asesorar a los países con el fin de adaptar y ajustar los servicios de salud y los servicios sociales de apoyo, privados y públicos, para dar respuesta a las necesidades generadas por la epidemiología de la violencia.

ESTRATEGIAS

LIDERAZGO, COORDINACIÓN Y MOVILIZACIÓN. Respecto al sector salud, quien deberá asumir una posición de liderazgo en las acciones para prevenir y controlar la violencia.

DESARROLLO DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS

El Plan de acción regional estimulará la formulación de políticas generales orientadas a abordar el fenómeno de la violencia con enfoques integrales.

2.5.2 COSTOS Y CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Según el Banco mundial, en las economías de mercado establecidas, la violencia de género es responsable por una de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. Estudios recientes destacan que la violencia contra la mujer es una causa significativa de enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencias alimenticias y de escaso acceso a los servicios de salud, entre otras causas.

Los costos a la sociedad de la violencia contra la mujer son extraordinarios, considerando solamente la atención de salud. Una proporción de estos costos son para tratar las lesiones físicas graves. Una cantidad sustancial también se gasta en problemas psicológicos como el manejo de las ansiedades y los síntomas que las mujeres más felices y más seguras pueden tolerar, pasar por alto o encogerse de hombros.

Los costos directos incluyen los ocurridos por la policía, los tribunales y los servicios jurídicos para entablar demandas contra los perpetradores del maltrato; costos de los programas de tratamiento para los hombres que golpean y otros agresores; costos de atención médica para tratar las consecuencias médicas directas del maltrato sexual y físico; y costos de los servicios sociales.

Los efectos sobre la productividad y el empleo; las mujeres que experimentan violencia pueden efectuar un menor aporte a la sociedad así como a la propia realización de su potencial.

El impacto económico del maltrato puede extenderse a una pérdida del potencial de la mujer de percibir remuneración.

Un concepto comprensivo de la salud debe de tomar en cuenta la complejidad de diversos factores biológicos, psíquicos y sociales que producen un impacto en la calidad de vida de las personas. Las consecuencias para su salud sobrepasan los evidentes huesos rotos y las escoraciones, hasta incluir un amplio espectro de lesiones más serias y duraderas, padecimientos, incapacidades que, ocasionalmente, resultan en suicidios o asesinatos.

CONSECUENCIAS FISICAS POR TIPO DE VIOLENCIA

• **GOLPES:** Lesiones, escoraciones, huesos rotos, cortadas, desfiguraciones permanentes, abortos y bajo peso de nacimiento de los hijos.

VIOLACIÓN: Pérdida de la virginidad, lesiones, embarazos no deseados y abortos (frecuentemente ilegales e inseguros), SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

PRÁCTICAS DAÑINAS: La mutilación de los genitales, en la mujer conduce a lesiones, embarazos y partos difíciles, infecciones, relaciones sexuales dolorosas, los matrimonios de niñas muy jóvenes provocan embarazos tempranos y las complicaciones de salud resultantes, como obstrucciones en la labor de parto, excesivas hemorragias y un incremento en el riesgo de mortalidad infantil.

CONSECUENCIAS DE SALUD MENTAL

-Daño a la autoestima de las mujeres.

-Depresión, ansiedad, desordenes alimenticios y en el sueño.

-Riesgos del abuso del alcohol y otras sustancias.

-Riesgo de inestabilidad familiar.

-Falta de control sobre eventos importantes en su vida (tamaño de la familia, trabajo, vivienda, etc).

Finalmente, cada una de estas perjudiciales consecuencias en la salud, repercute poderosamente en la sociedad como un todo. La economía se ve afectada por los crecientes costos antes mencionados, del cuidado de la salud y por la pérdida del tiempo productivo.

La violencia en contra de las mujeres provoca la desintegración como persona y como familia. La violencia engendra más violencia, que se perpetua por la transmisión de costumbres y prácticas dañinas a las generaciones siguientes y al proporcionar a los niños, un modelo de padres abusivos.

CAPÍTULO 3

SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DE LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO. (1995-1999)

3.1 PANORAMA DEL PAÍS

La población de México estimada en 1995 era de un poco más de 91 millones de habitantes de acuerdo al conteo realizado por el INEGI del año citado, con una tasa natural de crecimiento de la población de 2.05. Mientras que para 1998, según estimaciones del Consejo Nacional de Población, de 96.3 millones y los nacimientos esperados durante ese año, de alrededor de 2.2 millones y cerca de 42.7 mil defunciones, que unido a un saldo migratorio internacional negativo estimado en 300 mil persona al año, arroja un crecimiento neto de 1.57%.

La frontera norte con los Estados Unidos de América, tiene una extensión de 3,107 km, mientras que en el sur oriente se encuentran los límites con Guatemala en 959 km, y con Belice en 259 km.

Sabemos que nuestro país se encuentra en proceso de recuperación de una severa crisis económica manifestada en diciembre de 1994, la cual condujo a una devaluación de la moneda de más del 100%, una caída del PIB superior al 6%, con un nivel de desempleo abierto al 7.6%.⁴⁹

En 1995, México contaba con un 60% de su población ubicada en zonas urbanas (15,000 y más habitantes). La tasa de crecimiento total de la población ha decrecido paulatinamente y para 1996 fue de 1.73% anual.

En 1996 hubo un repunte significativo de la actividad económica que se reflejó en un incremento del 4.5% en el PIB, una reducción de la tasa de desempleo abierto a 4.8% y una inflación del 27% al finalizar el año.⁵⁰

El incremento poblacional entre 1992 y 1996 fue de aproximadamente 7.4%. La distribución por sexo de la población muestra un patrón en donde grupos de edad hasta los 19 años tienen mayor predominio de hombres, pero en los grupos subsiguientes la mayoría está conformada por mujeres, incrementándose esta diferencia en la medida que aumenta la edad.⁵¹

⁴⁹ Banco de México informe anual 1994, p. 6

⁵⁰ Banco de México, op. cit. 1996 p. 19

⁵¹ Banco de México, op. cit. p. 22

La población muestra una distribución homogénea y refleja una población joven, encontrándose que para 1998, el 35.2% de la población eran menores de 15 años. La proporción de población mayor de 60 años está aumentando a ritmo lento pero sostenido.

Con relación a la distribución de la población de los diferentes centros urbanos del país, se observa un ligero aumento en la concentración de la población en las Ciudades, en donde el 46% se concentraba en poblaciones de más de 100.000 habitantes. El 6.0% de la población mexicana corresponde a población indígena que habita en localidades dispersas.

El acceso a servicios de agua potable es de 85.6% mientras que el acceso a los medios sanitarios es de 74.7%.

Existen más de 36.5 millones de personas económicamente activas. Las actividades del Sector Comercial y de servicios ocupan en 52.7% de la población ocupada; el Sector Industrial absorbe el 24.4% en tanto que el Sector Agropecuario Forestal y de Pesca ocupa el 22.5%.⁵²

⁵² ibidem

3.1.1 PERFIL DE SALUD.

En años recientes, el país atraviesa por un período de transformaciones económicas, políticas y sociales y como producto de éstas, se ha desarrollado un proceso de transición en salud identificado por cambios en el perfil demográfico, en el escenario epidemiológico y en el funcionamiento de los servicios de salud.

Existe una estrecha relación entre el crecimiento poblacional y la estructura por edad de la población de México, con una permanencia de altas tasas de natalidad y las constantes disminuciones en las tasas de mortalidad.

La tasa bruta de natalidad registrada pasó de 26.78% en 1992 a 24.46% por mil habitantes en 1996. Asimismo la tasa bruta de natalidad estimada para mediados de 1998 era de 23.2% nacimientos por cada mil habitantes y la de mortalidad de 4.4 decesos por cada mil personas. A su vez, la tasa bruta de migración neta se estima en -3.1 por mil.

Tasa de crecimiento e indicadores de fecundidad y mortalidad, 1995-2000

Año	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento Natural	Migración Neta	Crecimiento Total	Tasa Global de fecundidad	Esperanza de vida	Tasa de mortalidad infantil
1995	25.07	4.58	2.05	-0.32	1.73	2.81	72.96	29.0
1998	23.22	4.44	1.88	-0.31	1.57	2.55	73.85	25.7
2000	21.95	4.37	1.76	-0.31	1.45	2.40	74.42	23.8

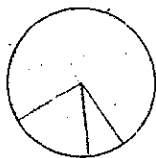
Fuente: estimaciones y proyecciones del CONAPO 1998.

A pesar de esta disminución, el número de nacimientos se mantiene sin alteraciones marcadas porque la cantidad de mujeres en edad reproductiva prácticamente se duplicó en el mismo período. El descenso de fecundidad en los últimos años en el país, se presume sea debido al aumento en la cobertura de los métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, así como el proceso de urbanización con una mayor participación de las mujeres en la fuerza productiva y a mejores niveles educativos.

Por otra parte, también las causas de muerte más frecuentes siguen siendo las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores malignos, los accidentes, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado y las afecciones del período perinatal, en ese orden, en total las enfermedades no transmisibles responden por 65.9% de las muertes en hombres y el 79.4% en las mujeres.

HOMBRES

No transmisibles
65.9%



18.5%
Lesiones y
Accidentes

15.6%
Transmisibles
Maternas
Y perinatales

MUJERES

No transmisibles
79.4%



5.3%
lesiones y
accidentes

15.4%
Transmisibles
maternas
y perinatales

Fuente estimaciones y proyecciones del CONAPO

A fines de 1998, la tasa de mortalidad infantil fue estimada en 16 defunciones por mil niños menores de un año de edad. La disminución de esta tasa, se manifiesta entre otras causas gracias a la extensión de la cobertura de vacunación, que se estima en alrededor del 97% de la población infantil con dosis completa.⁵³ Además de la vacunación combinada contra sarampión, parotiditis y rubeola, y en este año se incorpora la vacuna pentavalente (DPT;HB y HI).

En lo referente a otras causas de muerte infantil, se observó una reducción importante debido a las patologías infecciosas. La mortalidad asociada a infecciones intestinales disminuyó de 3.6 defunciones por mil nacidos vivos en 1990 a 1.1 en 1996. La mortalidad por neumonía e influenza se redujo alrededor de 30% durante el mismo período.

Los niveles de mortalidad por causas infecciosas tuvieron descensos similares entre los niños de 1 a 4 años de edad y los de 5 a 14 años. En éstos, las infecciones intestinales disminuyeron en más de 60% y la neumonía e influenza se redujeron en 50%. Las tasas de mortalidad por diarreas en menores de 5 años fue estimada en 30.20 por mil y las de infecciones respiratorias agudas en 64.10 por mil.

⁵³ Principales líneas de trabajo de la SSA, 1999.

Los riesgos de mortalidad asociados con el embarazo, parto o puerperio⁵⁴ en México son importantes y continúan siendo motivo de preocupación. En 1995 se registraron 1.454 defunciones ligadas a causas maternas, a penas 23 muertes menos que en 1990. En ese mismo año la toxemia y las hemorragias asociadas al embarazo y parto comprendieron el 51.9% de las defunciones maternas con tasas de 14.9 y 12.5 por cien mil nacidos vivos respectivamente.

Del total de defunciones por hemorragia en 1995, el 71.4% sucedieron en comunidades rurales, mientras que el número de muertos por toxemia⁵⁵ es similar en el medio rural y urbano.

Los cánceres cérvico-uterino y de mama representan alrededor del 5% de la mortalidad entre mujeres de 15 años o mayores. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino observada en 1996 fue de 4.9 por 100.000 mujeres y de 3.8 por cáncer de mama.

La Secretaria de Salud puso en marcha en 1998 conjuntamente con las instituciones del Sistema Nacional de Salud el programa Integral de Atención a la Mujer: Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, para fortalecer los programas de prevención y control de cáncer cérvico-uterino y de mama, así como de planificación familiar, vigilancia prenatal y atención a la menopausia, como las más altas prioridades.

En 1983, el SIDA fue incluido entre las patologías más amenazantes. El número de personas con SIDA en promedio fue de 150.000 personas y se registraron cerca de 4,000 nuevos casos por año, de acuerdo a estimaciones de la SSA para el año de 1998.

Asimismo de acuerdo a datos de CONAPO en 1997 había más de 33.000 casos de SIDA registrados, sin embargo se calcula que debido a los problemas de subregistro, el número de casos reales estimados hacia fines de 1997 era de 52.000 personas.

Un rasgo predominante es el incremento de casos en áreas rurales, así como heterosexualización de la epidemia. Actualmente del total de casos notificados, el 14% corresponde a mujeres.

En lo referente a la morbilidad general destacan las infecciones respiratorias agudas las cuales ocuparon el primer lugar en 1996 con 22.5 millones de casos nuevos y

⁵⁴ PUERPERIO: Periodo comprendido desde el parto hasta el retorno de la menstruación, de unas seis semanas de duración, caracterizado por la lactancia y la evolución de los órganos genitales a su estado normal. Diccionario enciclopédico Oceano Uno Colet, sección Médica.

⁵⁵ TOXEMIA: Presencia en la sangre de sustancias tóxicas o de toxinas bacterianas. Ibidem.

una tasa de 24,154.6 por 100,000 habitantes, y las enfermedades infecciosas intestinales diarreicas que ocuparon el segundo lugar, 4.1 millones de casos para 1996.

Con referencia al cólera, en 1996 se reportaron 1,088 casos con los que se alcanzó una tasa de 1.2 por 100 mil habitantes, siendo la más baja desde su aparición en junio de 1991. Mientras que en 1997 se registraron 2,356 casos y en 1998 solamente 71 casos.

En 1998 la reducción en el número de casos registrados fue de 99.6% en relación con los observados en 1995. No ocurrieron defunciones por cólera en 1998. El paludismo representó en 1996 una tasa de 6.7 por 100 mil habitantes con 6,206 casos. La incidencia de paludismo, tuvo en 1998 un incremento considerable, pasando de 4,372 casos en 1997 a 14,430 en 1998 hasta la semana 52⁵⁶ este incremento fue consecuencia de una epidemia que se concentró en el Estado de Oaxaca en el cual se registraron casi el 80% de todos los casos ocurridos en el país. Con relación al dengue, mientras que en 1997 los casos de dengue clásico totalizaron 51,724 casos, la información preliminar de los casos registrados en 1998 alcanzan 15,299 casos,⁵⁷ reinvirtió su tendencia descendente entre 1994 y 1996. La tuberculosis tuvo un comportamiento ascendente entre 1990 y 1997, con una tasa de 13.7 a 20.67 por 100 mil habitantes respectivamente. Se estima que en 1998 al menos 33% de los casos nuevos de tuberculosis detectados: 18,032 casos y una tasa de 18.32 por 100 mil en 1998 cumplen su tratamiento bajo estricta supervisión.⁵⁸

En lo referente al personal de salud, se estima que en 1998 había un médico por cada 767 habitantes y 1.7 enfermeras por cada médico.

Recursos Humanos para educación básica y para salud, 1995-2000

	Personal docente			Médicos y enfermeras		
1995	516 051	200 090	722 150	119 431	168 170	
1998	512 944	230 725	743 690	125 494	216 659	
2000	512 639	247 274	759 913	129 333	250 739	

Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO 1998.

⁵⁶ Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información No. 2, 1999.

⁵⁷ ibidem

⁵⁸ Anuarios de Morbilidad de la SSA, Sistema Único de Dir. Oral de Epidemiología.

3.1.2 PROGRAMA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Durante el bienio concluido, las directrices de políticas de salud-gobierno se relacionaron con dos de sus áreas principales: La reorganización del sistema para ampliar su cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población; y La atención a los problemas de salud derivados de los retos epidemiológicos y demográficos actuales.

Para su cumplimiento se continúa el Programa de Reforma del Sector Salud iniciado en 1995.

El cual propone en acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000:

- 1.-Ampliar la cobertura de la Seguridad Social.
- 2.-Evitar la duplicación en la operación de los servicios.
- 3.-Introducir incentivos para promover a la calidad de la atención.
- 4.-Incrementar la eficiencia de atención a la población abierta (no asegurada) a través de la descentralización a los Estados de la administración de los recursos sanitarios públicos dirigidos a ella y.
- 5.-Otorgar servicios esenciales de salud a la población no cubierta.

El programa fue producto de un proceso de consultas de las distintas comisiones que conforman el consejo Nacional de Salud, también se incluyeron propuestas surgidas del Gabinete de Salud y de la Comisión Interministerial que lo apoya, bajo la coordinación de la Oficina de la Presidencia de la República.

CONTENIDOS DE LA REFORMA SANITARIA: El ordenamiento jurídico está basado principalmente en dos Leyes generales, revisadas y actualizadas periódicamente: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. En 1996 el Congreso aprobó un conjunto de modificaciones a la ley del Seguro Social que entraron en vigencia en julio de 1997. La Ley General de Salud sienta las bases para llevar a cabo la descentralización y establecer distribución de competencias entre Federación, Estados y Municipios. En 1997 se aprobó la introducción de 52 reformas a la ley General de Salud para hacer más efectiva la desregulación en materia sanitaria, introducir una nueva clasificación para los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos, así como precisar la competencia de la

Secretaría de Salud en el control de células humanas y productos biotecnológicos, principalmente.

Se estima que el 90.7% de población tiene acceso a servicios de salud.⁵⁹

Los trabajadores asalariados de la economía formal reciben atención de salud en el Instituto mexicano de Seguridad Social (IMSS); los funcionarios al servicio del Estado, federales o estatales, están cubiertos por varios institutos de Seguridad Social, siendo el principal el Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Existen, además, los servicios sanitarios de petróleos Mexicanos (PEMEX) para los trabajadores de empresa paraestatal, y los servicios de salud de las Secretarías de la Defensa nacional (SEDENA) y de marina (SEMAR). La población al margen de la Seguridad Social y los desvalidos reciben atención en los establecimientos de la SSA y son beneficiados por el programa IMSS -Solidaridad-.

Cerca de 10 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud,⁶⁰ aunque las vacunaciones, así como las medidas sanitarias en casos de emergencia sí tienen cobertura nacional.

El Programa de Ampliación de cobertura (PAC) está orientado a población esencialmente indígena y rural. Su objetivo es incrementar la cobertura en el primer nivel de atención y en el primer año de ejecución. El PAC consiste en la prestación de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), financiado con fondos federales asignados de un préstamo del Banco Mundial destinado al sector social.

Las 12 intervenciones previstas del PABSS son:

1. Saneamiento básico a nivel familiar.
2. Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.
3. Tratamientos antiparasitarios a las familias.
4. Identificación de signos de alarma de infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica.
5. Prevención y control de tuberculosis pulmonar.
6. Prevención y control de hipertensión arterial.

⁵⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) Estudios económicos de la OCDE México. Capítulo especial sobre reforma del sistema de salud 1998.

⁶⁰ *ibidem*

7. Prevención y control de diabetes mellitus.
8. Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño.
9. Distribución de métodos anticonceptivos.
10. Atención prenatal del parto.
11. Prestación de los primeros auxilios, y
12. Formación de comités de salud.

La reforma está siendo encabezada por la SSA. Los sistemas de información son limitados y poco dinámicos. A partir de 1995 se tomaron acciones de integración de los sistemas correspondientes a prestación de servicios de salud de cada institución. se creó el grupo Interinstitucional de información en salud. se editó el Manual de Fuentes y Métodos y se descentralizó la estadística de mortalidad y morbilidad hospitalaria. creándose, por convenio entre IMSS y SSA. el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

A partir de la descentralización de los servicios de salud que atienden a población abierta hacia las entidades federativas. cada Organismo Público Descentralizado (OPD) es responsable de la administración de los recursos financieros. El fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en el Presupuesto de egresos de la Federación (PEF) de 1998, amplió las atribuciones estatales para el ejercicio y la fiscalización de sus respectivos presupuestos.

También en el marco de esta Reforma. se ha creado la Comisión Intersectorial para el Control del Proceso y Uso de Plaguicidas, Fertilizantes y Sustancias Tóxicas (CICLOPLAFEST). con la participación de la SSA. para controlar plaguicidas. nutrientes vegetales y sustancias tóxicas y peligrosas.

Se esta realizando el Censo de Establecimientos de Rayos X y elaborando 4 normas oficiales mexicanas sobre protección y seguridad radiológica y un convenio con la Secretaría de Energía, Instituto Nacional de investigación Nuclear y comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguarda. Se ha creado un programa nacional de prevención de accidentes.

En México existen 224 jurisdicciones sanitarias que son la unidad técnico-administrativa de carácter regional dentro de los Estados. con la responsabilidad de otorgar servicios de salud a población abierta en su territorio y coordinar los programas institucionales y la participación social. Funcionan como comités jurisdiccionales de Salud. en 1989 a 1994 se instrumentó la estrategia de descentralización en la SSA dirigida al desarrollo y fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias. en el marco de una estrategia de establecimiento de sistemas Locales de Salud (SII.OS).

Para 1996 se firmó el Acuerdo Nacional de Descentralización de los Servicios de Salud entre el Ejecutivo Federal, los Gobernadores de los 32 Estados y el Sindicato de Trabajadores de la SSA. Todos los estados han suscrito los convenios que crean el organismo responsable de la operación de servicios, lo cual ha determinado el traspaso de personal, infraestructura y financiamiento. Así, las Entidades Federativas y Municipios tienen responsabilidades de organización, operación, control y vigilancia del funcionamiento de los servicios públicos y privados.⁶¹

⁶¹ web page aplicación de la metodología al país, reporte de país revisado el 2 de abril de 1999

3.2 LA SITUACIÓN EN MÉXICO

En México, como en otros países del mundo, las mujeres a lo largo de su vida han sufrido algún tipo de violencia. Es así, que en los últimos tiempos, el día internacional de la mujer ha cobrado un auge inusitado.

Luego de ser ignorado a nivel institucional, ahora debido a las presiones internacionales, éstos mismos ahora resaltan esa fecha para reivindicar los derechos o en el peor de los casos para utilizar como medio político.

Para el caso específico de nuestro país, la importancia de esta conmemoración se hace patente cuando cada año se da a conocer una medida espectacular que al menos deja tranquilas a las movilizaciones interesadas en ese período, aunque luego viene el silencio total.

Es el caso, cuando el 8 de marzo de 1995, el presidente Ernesto Zedillo anunció la creación del Programa Nacional de la Mujer, sin que sucediera nada, hasta un año después, cuando el mismo mandatario expuso el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, "Alianza para la igualdad", con los objetivos siguientes:

- 1.-Acceso equitativo y no discriminatorio a la educación y a la capacitación.
- 2.-Promover un sistema efectivo, oportuno y de calidad para el cuidado de la salud de las mujeres.
- 3.-Combatir la pobreza que aqueja de manera muy especial a las mujeres.
- 4.-Ampliar las oportunidades laborales y la protección de los derechos de las trabajadoras.
- 5.-Fomentar la actividad económica y la capacidad productiva de las mujeres.
- 6.- Fortalecer la familia como ámbito de promoción de la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades para los hombres y las mujeres.
- 7.-Defender los derechos de la mujer y garantizar su acceso en condiciones de equidad a todos los niveles e instancias de toma de decisiones..
- 8.- Prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.
- 9.-Promover una cultura de la igualdad mediante la proyección de imágenes plurales, equilibradas y no discriminatorias de la mujer.

El plan, fue resultado de un largo proceso de consulta, cuenta con un Consejo Social, integrado por un "grupo distinguido de mujeres mexicanas"⁶²

De esta larga jornada, se puede observar como los discursos oficiales hablan de la necesidad de la igualdad y de la "participación plena de las mujeres en la vida política, económica y social y cultural del país".

En el primer punto, se resalta la construcción social del género (más buenas, más honestas, más nobles, más capaces, más sumisas, menos violentas, etc); mientras que en el segundo se enumeran una serie de hechos que hablan de la desigualdad (que de ninguna manera significa caer en el victimismo). Las autoridades no ocultan que la discriminación existe y pese a que reconocen la necesidad de actuar para erradicarla, tal parece que estas van encaminadas a reforzarla. Posteriormente en el punto tres, se señala que hay que combatir la pobreza, que parece necesario hacer modificaciones a la política económica; aunque en otro tipo de discursos (como es el caso de los informes anuales sobre la situación económica del país, Informe de gobierno 1997), el gobierno federal ha reiterado que el rumbo es el correcto y así seguirá siendo.

Asimismo el gobierno se ha empeñado en destacar la labor de las mujeres como primordial en la familia y la formación de los hijos. Aunque promueve la igualdad en esos ámbitos, las políticas están enfocadas a esa ideología: entonces ¿Cómo lograr esa equidad si la mujer siempre va a tener la responsabilidad principal en la familia?

Judith Astelarra en su obra "Participación política de las mujeres"⁶³ establece que:

"aunque las relaciones de género se expresan en todas las instituciones y organizaciones sociales, su base principal es la familia. Desde ahí se ha determinado el tipo de conexiones que habrá entre mujeres y hombres, lo que luego se proyecta a otros ámbitos de la vida social."

La familia dice la investigadora: "*Es la institución central de la sociedad patriarcal*"; por lo que para cumplir con el punto seis del PNM, no basta sólo con incorporar a los hombres a las tareas del hogar y la educación de los hijos, sino modificar la concepción actual de familia, porque en tal punto se habla sólo de "fortalecimiento".

⁶² El Consejo está integrado por 15 mujeres que en su mayoría pertenecen al Partido Revolucionario Institucional (PRI), como Mana de los Angeles Moreno, Gloria Brasdefer y Beatriz Paredes, una de la Revolución Democrática (PRD), Amalia García, otras de Organizaciones No Gubernamentales, Clara Jusidman y Cecilia Loria y otra más de una institución educativa, Graciela Herre. A su vez la coordinación tiene a siete mujeres, también representadas de manera plural.

⁶³ Astelarra Judith "Participación Política de las Mujeres, Editorial Siglo XXI-CIS, Madrid, 1990: 244 p.

Del punto seis hacemos un salto al punto nueve ya que el documento es demasiado resumido y no explica con detalle cada uno. En el nueve, se indica que se contribuirá a desarraigar de los medios de comunicación masiva y del sistema educativo la proyección de imágenes estereotipadas de la mujer, con el propósito de avanzar en el reconocimiento social que la mujer necesita. Supongo que cumplir con esta hazaña requiere cambios en muchas cosas, incluyendo a la Ley General de Radio y Televisión, reglamentar el artículo constitucional que se refiere al derecho de información; y elaborar una política pública distinta a la que se ha llevado por décadas; ¿Cómo exhortar a los medios a que manejen una imagen distinta de las mujeres si precisamente la que promueven actualmente es la que deja enormes ganancias?

Como se ve el programa no toma en cuenta muchos factores que deben ser discutidos no solamente en su interior, sino dentro de una reforma política integral, en todo el documento nunca se nota una intención clara por cambiar de raíz muchos males. Y sobre la violencia contra la mujer ni hablar, se menciona en el punto número ocho, pero no explica la metodología a seguir para aplicarlo; en fin este plan como muchos otros se quedan en intenciones o sugerencias.

Las mujeres en nuestro país no sólo han sido víctimas de sus familiares, conocidos y desconocidos; sino también de aquellos que debieran proteger y guardar su dignidad como personas; me estoy refiriendo a los propios agentes del Estado, o solapados por ellos, esto para el caso del delito de violación, especialmente cuando están privadas de su libertad; Y es que las mujeres víctimas de estos abusos, temen denunciar dichos abusos por miedo a las represalias en su contra o en contra de su familia.

Si bien se desconocen las estadísticas reales (si es que las hay) por parte del gobierno (las que emite la PGJRM, la PGHDF, SSA, entre otras), la sociedad civil confirma lo reiterado.

Según una encuesta realizada por la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las mujeres, A.C. (COVAC) en 1997, de 300 mujeres atendidas por violencia intrafamiliar, 70 por ciento comentó que la violencia sexual es parte del maltrato que sufren diariamente, generando consecuencias físicas como la hemorragia, embarazos no deseados, abortos y daños emocionales tales como enfermedades psicosomáticas, depresión, baja autoestima, inseguridad, angustia, tensión, entre otras.

"De estas el 56 por ciento reconocieron haber tenido ideas o intentos de suicidio después de la agresión sexual que sufrieron por parte su pareja o cónyuge. Entre las

*agresiones sexuales que han recibido. 40 por ciento mencionó las burlas a su físico, otro 40 por ciento el rechazo sexual, 55 por ciento reconoció haber sido chantajeada y presionada para tener relaciones sexuales con su cónyuge. 29 por ciento dijo haber sido obligada con violencia física al contacto sexual.*⁶⁴

Podemos hablar de las denuncias. Ejemplos, muchos: En el primer semestre del año en Sonora se registraron 616; en Sinaloa hasta el 15 de octubre se denunciaron 279; en Oaxaca 256; en Monterrey 560; en Guerrero 752; en el Distrito Federal dos mil 138 y en Chiapas como promedio se registran 65 violaciones mensuales; en tanto el DIF municipal de Benito Juárez de Quintana Roo, instaló una mesa de denuncias sexuales y registró 91 casos por "abusos deshonestos" en lo que va del año.

Cabe destacar que estas cifras, solo reflejan una parte de la violencia sexual que se ejerce contra las mujeres. Según estimaciones del Grupo Plural Pro Víctimas se denuncian una de cada diez agresiones sexuales.

Hablando de cifras, la Dirección General de Atención a Víctimas del delito de la PGJDF, resaltó que de enero a septiembre de 1997 de 3,186 delitos de violencia contra la mujer, la agresión realizada por el varón, padre, padrastro, esposo, concubino o hermano fue de 1,030 casos. Algunos otros datos del COVAC, indica que del 100% de las víctimas de violencia, el 89.5% son en mujeres y un 75% de estos casos el responsable es su esposo o concubino, para el mismo año.⁶⁵

⁶⁴ op. cit.

⁶⁵ Asociación Mexicana contra la Violencia contra la Mujer. A.C.

3.2.1 LA SITUACIÓN JURÍDICA.

Podemos ver que la violencia contra la mujer se encuentra en todos lados, es el caso ocurrente en la familia, donde también existe la impunidad para el agresor (en muchos casos el cónyuge)⁶⁶. Referente a esta situación las autoridades mexicanas han expresado, que la pena al cónyuge violador resultaba atenuada por tendencias jurisprudenciales de la propia Suprema Corte de Justicia de la Nación⁶⁷ (números 10/94 y 12/94)⁶⁸ que indican "No procede calificar como delito de violación entre marido y mujer, sino que se trata del ejercicio indebido de un derecho".

Posteriormente la reforma al Código Penal para el D.F. en materia de fuero común y para toda la República en materia federal tipificó el delito de la violación como una práctica que puede ocurrir inclusive en el matrimonio: "Si bien el cónyuge tiene derecho a la relación sexual con su pareja no puede permitirse que lo obtenga violentamente".⁶⁹ " el derecho a la relación carnal existente entre aquellos que se han unido en matrimonio no es ilimitado, pues en ocasiones uno de los cónyuges puede oponerse a la misma...", " el objeto jurídico protegido es la libertad sexual y el consentimiento que los cónyuges convienen al contraer matrimonio es particular la mujer para cohabitar con su marido, no es un consentimiento absoluto sin posterior libertad de elección sexual".⁷⁰

Para el grupo Plural Pro-Víctimas, A.C., que agrupa a organizaciones no gubernamentales de atención a víctimas, considera que la imposición de un acto sexual de un cónyuge a otro, legitima el ejercicio de la violencia en la pareja y le otorga validez a un supuesto derecho que no está establecido en ningún ordenamiento legal, ni de orden civil, ni penal.

⁶⁶ México, DF., diciembre de 1997 (Lucía Lagunes CIMAC). Derogar las tesis jurisprudenciales emitidas en la primera sala de la Suprema Corte de Justicia, en las cuales se considera la violación dentro del matrimonio como el abuso indebido de un derecho, es la demanda de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal.

⁶⁷ El 11 de mayo de 1994 los magistrados Victoria Adato Green, Samuel Alba Leyva, Ignacio M. Cal, Clementina Gil y Luis Fernández Doblado, emitieron las tesis jurisprudenciales 10/94 y 12/94 en las cuales se considera la violación dentro del matrimonio como el ejercicio indebido de un derecho.

⁶⁸ En mayo de 1994, la SCJ de la N en su primera sala generó tal tesis jurisprudencial.

⁶⁹ Artículo 22e del código Penal para el Distrito federal en materia de fuero común y para toda la República en materia federal.

⁷⁰ Artículo 265 del código Penal para el Distrito federal en materia de fuero común y para toda la República en materia federal.

Asimismo, resalta esta conducta contradiciendo el artículo 4to. Constitucional,⁷¹ que prevé la igualdad del varón y la mujer, por lo tanto niega la subordinación de uno frente al otro. Además en el supuesto caso de que se tratará de un derecho, éste atentará contra el artículo 17 Constitucional,⁷² que señala que:

*"Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar un derecho".*⁷³

Sobre la violencia intrafamiliar y retomando la ratificación que hizo el Senado de la República en 1996 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para'), la CNDH recomienda a los estados incluir en el Código Penal un capítulo específico que tipifique y sancione este tipo de agresiones al interior de las familias. México hasta la actualidad no ha ratificado este acuerdo.

"La violencia intrafamiliar comprende el uso de la fuerza física o moral, el maltrato constante, los golpes recurrentes, las amenazas, las lesiones, las injurias, la difamación y cualquier otro daño producido por una persona en contra de otra cuando causen un perjuicio o menoscabo a la integridad física o psicológica del sujeto pasivo.

"Comete este delito el responsable de cualquiera de los actos señalados en el párrafo anterior en agravio de su cónyuge o pareja a la que esté unida fuera del matrimonio; de sus parientes consanguíneos en línea recta, tanto ascendente como descendente, sin limitación de grado; de sus parientes colaterales hasta el cuarto grado que convivan en el mismo domicilio de su adoptante o de su adoptado".

Para los delitos de abuso sexual, estupro y violación se aumentarán las penas hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando: *"el delito sea cometido por el cónyuge o concubino de la víctima; por un pariente suyo hasta el cuarto grado; por su padrastro, su hijastro o su tutor; por el hijastro o el amante de la madre".*⁷⁴

De acuerdo con la información recabada en algunas Procuradurías de Justicia de los estados y otras dependencias y que coinciden con las tendencias marcadas por los

⁷¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1998

⁷² Esto, señalaron Marcela Rivera y Trinidad Sánchez de la Red, atenta contra los artículos 4o y 17 constitucionales en los cuales se garantiza el respeto a la integridad de las personas así como la igualdad entre hombres y mujeres.

⁷³ op cit pag. 180

⁷⁴ ibidem. Pag 09

estudios de criminalística en este sentido a escala nacional, los casos de violencia intrafamiliar se cometen en su mayoría en contra de mujeres y niños.

En Oaxaca, el número de denuncias de este tipo, en lo que va del año, es de cuatro mil 210; en Quintana Roo el Consejo Estatal de Seguridad Pública reportó 700 casos de auxilio para resolver agresiones de violencia intrafamiliar; en Monterrey, el Consejo Estatal de Población realizó una encuesta a mil 640 mujeres de las cuales 491 manifestaron vivir maltrato dentro del hogar por parte de su pareja; En Guerrero, la Secretaria de la Mujer recibe, cada semana, un promedio de 300 denuncias; en Morelos el 30.3 por ciento de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Civil, aseguró recibir maltrato físico durante el periodo de gestación.⁷⁵

Esta realidad afirma la urgencia de que tras la aprobación de la Ley Federal contra la Violencia Intrafamiliar, los estados modifiquen sus respectivas leyes para dotar de instrumentos jurídicos que permitan frenar, prevenir y sancionar la violencia hacia las mujeres, sin cuya eliminación no es posible garantizar los derechos humanos de la mitad de la población.

Así el "esfuerzo", realizado recientemente por la Comisión de Equidad y género de la cámara de Diputados, presentando ante el pleno una iniciativa de ley para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar en nuestro país.

Síntesis de las propuestas de reformas legales en materia de violencia intrafamiliar:

En principio de cuentas, en nuestro país, la sociedad carece de una normatividad específica para enfrentar este problema, ya que no existe una clara tutela de derecho civil o penal mexicano para el fenómeno de la violencia intrafamiliar (mucho menos especificando la ejercida contra la mujer). Hasta hace muy poco el ciudadano puede recurrir a figuras generales en materia penal como ocurre con los delitos de lesiones, amenazas. La dificultad que presentan las conductas típicas anteriores se encuentra en que no se reconoce la afectación emocional, núcleo básico de la violencia intrafamiliar, y razón particular para diferenciarla de aquellas lesiones genericas que ocurren entre desconocidos o fuera de las relaciones de convivencia.

Lo importante de esta iniciativa es que se destaca la naturaleza particular de esta conducta, que no ha sido observada por el derecho penal, porque se parte por concebir como iguales al padre y a la madre, a los padres frente a los hijos, y a los hijos frente a las hijas, dándoles los mínimos derechos, pero omitiendo integrar su especificidades.

⁷⁵ COVAC, Informe nacional 1998 "Violencia intrafamiliar" paginas 57-73

Básicamente la reforma civil plantea:

- ♦ La necesidad de adicionar el capítulo de personas para que se contemple el respeto a su integridad física y emocional, como un derecho de las mismas dejando atrás conceptos referidos a la familia nuclear, para reconocer también a las diversas uniones que de hecho existen. (en el caso del amasiato, cohabitación en un mismo domicilio entre una pareja sin estar unidos legalmente)

A nivel procesal civil, la iniciativa propone básicamente:

- ♦ Ampliar la competencia de los juzgados familiares para facultarlos a conocer asuntos de violencia intrafamiliar.
- ♦ La elaboración de un tipo penal que permita a la violencia familia integrarse como delito siempre y cuando se cometa en agravio de personas que guardan una relación de parentesco, principalmente entre cónyuges.

Por lo que se refiere al Código de procedimientos penales, se propone:

- ♦ Establecer una regla particular para integrar los elementos de la conducta violenta, tal y como ocurre en otros delitos, en virtud de tratarse de una conducta nueva del derecho penal y de gran relevancia para la sociedad.

Como se observa la propuesta anterior se enfoca en la conducta violenta ocurrida entre la familia, refiriéndose entre sus integrantes, lo cual nos indica que aún sigue desinteresada la problemática muy específica de la violencia ejercida contra las mujeres, para la cual en nuestro sistema jurídico normativo, no existe iniciativa de ley concreta a solucionar estos conflictos, porque esta gran particularidad sigue inmersa en la generalidad de la violencia intrafamiliar.

A pesar de lo anterior, cabe anotar que la Cámara de Diputados aprobó el 2 de diciembre de 1997 esta Ley contra la Violencia Intrafamiliar que tipifica como delito la violación conyugal y que será sancionada con 14 años de prisión. (Un gran avance?). Y que en la "Jornada" del siguiente día, los reporteros Ciro Pérez y Oscar Camacho, afirmaron que el debate se llevó a cabo más en los terrenos de la moral que de los jurídicos anotando textualmente como sigue:

"Al ser rechazado el artículo 265 bis, referido a la violación conyugal, el diputado panista Humberto Zamarripa Díez, justificó la promiscuidad de hombres casados que acuden con las sexo-servidoras para no obligar a la esposa a tener un acto

sexual." , "Esta opinión prevaleció en el PAN y fue la que denegó la aprobación de la Ley, que finalmente fue aceptada en lo general por unanimidad, mientras que en lo particular, el artículo referido por 254 votos a favor, 90 en contra y seis abstenciones." "En todos los casos no se voto por fracciones parlamentarias, ya que había contradicciones entre los puntos de vista de militantes de un mismo partido"⁶

Esta nueva Ley es apenas un paso en la lucha contra la violencia intrafamiliar, en el aspecto legal; tomando como gran reto que esta sea aprobada y retomada en las entidades del país (en los congresos locales).

3.3 TRATAMIENTO JURÍDICO INTERNACIONAL.

La violencia contra la mujer ha sido tratada mayormente por la literatura, la prensa escrita, el cine, la televisión; sin embargo, la legitimidad de la temática en el terreno jurídico es relativamente reciente. El entendimiento de sus causas implicó revisar a fondo la desigualdad y los mecanismos discriminatorios operantes. Muchas disciplinas, entre ellas las Ciencias sociales, empezaron a interesarse en mostrar el fondo del asunto.

La no intervención estatal, ha sido clave para explicar la impunidad reinante en este campo, distaba mucho de tener como fundamento la autonomía ciudadana, era más bien cerrar los ojos a los conflictos que comprometían a hombres y mujeres, definidos como individuos libres que debían entenderse, en medio de un cierto orden, sin necesidad de la intervención estatal. Y aunque pocos se atrevieron a justificar los abusos contra las mujeres, en la práctica se instaló una política de indiferencia ante el abuso tanto a nivel social como en su dimensión jurídica.

La circulación de información a nivel internacional demostró las dimensiones planetarias del problema y surgieron conexiones internacionales para diseñar políticas efectivas.

El tejido social en todos sus niveles, comenzó a absorber enorme cantidad de información que ponía sobre el tapete la gravedad del problema social y surgieron respuestas de diverso orden para atender de manera concreta las demandas de las mujeres maltratadas. Aparecieron cuestionamientos a las órdenes penales, a las legislaciones reguladoras del matrimonio, a las actuaciones de jueces y policías. Y los procesos locales fueron conectándose hasta lograr acciones de incidencia internacional.

Naciones Unidas desarrolló sensibilidad ante las demandas de las mujeres porque existía un movimiento social muy amplio y diverso que logró permear ciertos espacios influyentes de los organismos internacionales. Había que ubicar los principales elementos de la subordinación milenaria de las mujeres y uno de los detectados fue la sistemática violencia ejercida por los diversos poderes masculinos desde el estado ciego y sordo ante las necesidades de las ciudadanas mujeres, hasta el individuo que por el solo hecho de pertenecer al mundo masculino se toma la libertad de oprimir y someter a las mujeres (y a sus hijos porque los pequeños generalmente siguen la suerte de sus madres) que están a su alrededor más próximo porque cuenta con un entorno que le permite violentar sin ser sancionado.

No vamos a profundizar aquí sobre la dinámica de la violencia ni se pretende sustraer a las mujeres de una activa participación en dicha dinámica. Partimos de su existencia tangible y nos detendremos a analizar rápidamente lo propuesto en las instancias internacionales para hacer frente a este grave problema social.

LA CONVENCION SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER.

La Década de la Mujer de Naciones Unidas (1975-1985) favoreció un proceso de normativización cuyo punto focal fue la puesta en vigencia de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, entre 1979 y 1981.

Este importante instrumento internacional que sintetiza y precisa los avances jurídicos internacionales que se habían hecho hasta la fecha, nos da el marco argumentativo para combatir la discriminación contra la mujer, con una definición novedosa de aquello que debe considerarse como discriminación.

Independientemente de las intenciones, podíamos considerar dentro de esta definición un sinnúmero de distinciones, exclusiones o restricciones basadas en el sexo. Por primera vez se eliminaron las barreras discriminatorias basadas del estado civil matrimonial y no se estableció ninguna excepción. Obviamente, el primer espacio afectado fue el recinto familiar y aquello que se denomina vida privada. En teoría, no había más "carta blanca" para los abusos, vinieran de donde vinieran, y los gobiernos que suscribieran y ratificaran la convención sin presentar reservas, asumían serios compromisos para luchar contra la discriminación de género. El derecho internacional protectorio ingresaba al mundo privado y así obligaría a los estados a legislar al respecto.

Pero el texto de la convención no traía ningún elemento explícito sobre la violencia contra la mujer⁷⁸. Por supuesto que era un asunto de interpretación, pero justamente el problema del menoscabo o ampliación de derechos tiene mucho que ver con la interpretación y por lo tanto, fue necesario que en enero de 1992, el comité para la eliminación de la discriminación contra la Mujer publicará la recomendación No. 19 donde puntualiza que en la noción de discriminación debe entenderse que "*se incluye la violencia basada en el sexo, es decir la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daño o*

⁷⁸ Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ISLA), 1998.

⁷⁹ Acosta, Vargas, Gladys, "Principales problemas para entender las demandas de las mujeres en el campo de los Derechos Humanos", en el Otro derecho: Sociología Jurídica y Críticas Jurídicas, No. 5, p. 2.

⁸⁰ B. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ISLA).

sufrimiento de índole física, mental o sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad"⁹.

Los estudios sobre violencia contra la mujer (dentro y fuera de N.U.) fueron cada vez más claros en demostrar que ninguna política de desarrollo y ningún proyecto democrático podía llegar a buen fin sin afrontar esta problemática, y se multiplicaron los grupos de mujeres activistas que, "tomando el toro por los cuernos", iniciaron una sistemática tarea de denuncias y de apoyo a las mujeres afectadas. Este trabajo tuvo y tiene una importante perspectiva internacional, las formas de violencia varían (como ya lo hemos visto anteriormente), según el espacio social donde se esté, la cultura a la que pertenezca, etc.

La denuncia de estos hechos y las diversas acciones de defensa de las mujeres permiten ubicar los elementos comunes. Sobre esta base se estructura la legislación protectora y la acción internacional del movimiento de mujeres.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer tiene límites, pero aún no ha sido suficientemente utilizada para la defensa de las mujeres, no sólo en los espacios judiciales y en la solución de controversias propiamente jurídicos, sino en la transformación de los patrones culturales que regulan la vida social y que constituyen el espacio referencial de lo jurídico. Por esta razón la difusión de la convención y su interiorización en los más amplios sectores sociales es fundamental.

Y es que en verdad no se requiere la formación jurídica para entender los derechos que protegen a la humanidad y que la traba más importante del proceso es la mistificación de las leyes inducida por quienes detentan el poder del conocimiento técnico, como si las leyes sólo sirvieran ante la existencia de un conflicto judicial.

Las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, producidas en julio de 1985, reinterpretaban las nociones de igualdad, desarrollo y paz a la luz de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y relevaban algunas formas de violencia específica. El reconocimiento de la violencia como problema social fue insuficiente y las estrategias básicas no lo mencionan. Esto quiere decir que el movimiento de mujeres todavía no había logrado sensibilizar a los organismos internacionales.

⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, XI periodo de sesiones, N.Y. 20 al 31 de enero de 1992, ver recomendaciones generales No. 19, la violencia contra la Mujer, CEDAW/C/1992/L.1 add 15 párrafo 7.

La defensa de las mujeres, practica fundamental de los núcleos feministas mostró la horrenda realidad que actualmente enfrentan millones de mujeres. Las agresiones producidas en medio de gran impunidad estatal y social no influyó en ninguna agenda, sino que obligó a que estas situaciones fueran puestas a discusión como temas importantes. lo cual se hizo en la Conferencia Mundial de Viena en junio de 1993

Lo más importante de la Declaración y el plan de Acción de Viena respecto al tratamiento de la violencia contra la mujer es:

- ◆ Reconocer que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos universales y que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y la trata internacional de personas, van en contra de la dignidad y valía de la persona humana y que deben ser eliminadas a través de medidas legislativas respaldadas por la Cooperación Internacional.
- ◆ El otorgamiento de prioridad al pleno disfrute de los derechos humanos por parte de las mujeres como una responsabilidad de los gobiernos y de Naciones Unidas.
- ◆ La integración de la igualdad de condición de la mujer y sus derechos humanos en todo el sistema de N.U., Comisión de Derechos Humanos, Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Fondo de N.U. de desarrollo para la mujer (UNIFEM) y el Programa de N.U. para el Desarrollo (PNUD).
- ◆ El compromiso de N.U. para apoyar la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada.
- ◆ La CMIDH hizo la petición a la asamblea General para la aprobación de la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, instando a los gobiernos a que la combatan según lo dispuesto por la declaración.
- ◆ Se encarga a la Comisión Jurídica y Social de la Mujer y al Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, examinar la posibilidad de introducir el derecho de petición (posibilidad individual de acceder al comité por violaciones a la Convención) mediante un protocolo facultativo de la Convención.

LA DECLARACIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (ONU) Y LA CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (OEA).

El 1º de diciembre de 1993, la Asamblea General de N.U. aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, cuyo proceso de elaboración contó también con el concurso de innumerables mujeres del movimiento, de distintas regiones del mundo que estudiaron y debatieron sobre la mejor manera de redactar este importante documento, este proceso estuvo ligado al que impulsó la Comisión Interamericana de Mujeres, en el marco de la Organización de Estados Americanos, para la elaboración y posterior aprobación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer, "Convención de Belem do Para"

Esta declaración formuló la definición central de lo que se considera como violencia contra la mujer, además de precisar acciones violentas, lo que contribuyó a orientar con más claridad la ley en el sentido educador. Cabe añadir, que la precisión de estas acciones no quitan responsabilidad al Estado, puesto que tanto en la declaración como en la Convención Interamericana el estado sigue siendo responsable de cualquier tipo de violencia perpetrada o tolerada por agentes estatales, donde quiera que ocurra.

La declaración hizo recomendaciones precisas dirigidas a los estados orientadas a neutralizar la impunidad existente.

- ◆ Insta a la ratificación de la Comisión sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y a reforzar la recomendación No. 19 antes anotada.
- ◆ Postula proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, e investigar así como sancionar todo acto violento contra la mujer, se trate de actores estatales o particulares.⁸⁰
- ◆ Establecer sanciones penales, civiles, laborales y administrativas para castigar y reparar los agravios inflingidos a las mujeres, permite recuperar una vision integral del daño causado. No se puede evitar la sanción mientras no se transforme el sistema jurídico en su conjunto, pero si no se toma en cuenta a la persona que ha sufrido el daño, no hay sentido de justicia.

⁸⁰ Será necesario precisar que se entiende por debida diligencia, pero la concepcion de la prevención es fundamental para modificar la tendencia de la pasividad estatal mientras crece la espial de violencia. Para definir mejor el concepto tendra que producirse una legislación interna muy concreta, atribuyéndole responsabilidades precisas a la policía y otras instancias de la comunidad que deben tener atención a este tipo de procedimientos protectivos.

- ◆ Hay un reconocimiento de los aportes dados desde las ONG's en el campo de los planes de acción y, por lo mismo, se postula que los Estados deben elaborar planes de acción nacionales orientados a proteger a las mujeres de la violencia en cooperación con las ONG.
- ◆ Se propuso también una globalidad de medidas, jurídicas, políticas, administrativas y culturales, de tal manera que se fomente la protección de las mujeres y se evite el riesgo de la victimización como consecuencia de leyes y aplicaciones de éstas sin considerar la discriminación que afecta a las mujeres.

Finalmente, hay unas recomendaciones destinadas a valorar los aportes provenientes de los movimientos de mujeres a fin de favorecer que los Estados faciliten y potencien este accionar.

También se plantean recomendaciones dirigidas a los órganos y organismos especializados de N.U. de tal manera que se puedan implementar medidas más efectivas.

Estas recomendaciones incluyen intercambios de experiencias, financiamiento de programas específicos, promoción de reuniones y seminarios de sensibilización, mayor coordinación entre los organismos internos, y cooperación con ONG en los asuntos relativos a la violencia contra la mujer.

CAPÍTULO 4

PERSPECTIVAS

4.1 LA COOPERACIÓN ENTRE MÉXICO Y LA OPS

En 1952, fue establecida la Representación de la Oficina Sanitaria Panamericana en nuestro país, con el objetivo concreto de coordinar esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de la población mexicana; desde entonces la OPS/OMS ha venido desarrollando una amplia cooperación a través de la Representación, la Oficina de Campo en El Paso, Texas.

La OPS en México mantiene relaciones con instituciones que por el desempeño de su misión conjugan responsabilidades en el mejoramiento de la salud de la población, también mantiene relación cercana de cooperación con otras instituciones y sectores para promover y crear conciencia sobre los problemas y riesgos a la salud por movilizar mayores recursos y acciones de manera más eficaz.

Dentro de las relaciones de cooperación existentes entre nuestro país y la OPS, existen prioridades de desarrollo, significa que para México, la cooperación llevada a cabo con Organismos Internacionales sea de Cooperación Técnica, ha de basarse en el Plan nacional de Desarrollo el cual fue elaborado por el Ejecutivo Federal para normar los programas institucionales y sectoriales, así como para guiar la concertación de sus tareas con otros poderes de la Unión y con las órdenes estatal y municipal del gobierno mexicano.

El Plan Nacional de Desarrollo se basa en cinco objetivos fundamentales:

1. Soberanía
2. Derecho y Justicia
3. Desarrollo Democrático
4. Desarrollo Social
5. Crecimiento Económico

En lo referente al Desarrollo Social, se encuentra sustentado en la equidad de oportunidades, que exige la aplicación de una política social que sea nacional e integral, federalista y participativa, incluyente y eficaz a través de diversas estrategias:

- ◆ Ampliar la cobertura de servicios (Salud, Educación y Vivienda)
- ◆ Desarrollo equilibrado
- ◆ Lucha contra la pobreza

A través del programa de Reforma del Sector Salud, se propone alcanzar los principales objetivos definidos en materia de salud, en el PND.

- ◆ Descentralización
- ◆ Reforma del Seguro Social
- ◆ Ampliación de cobertura
- ◆ Calidad y eficiencia de la prestación de los servicios

Ampliar la cobertura de la Seguridad Social, evitando la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos en la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población a través de la Descentralización de los servicios de las instituciones que atienden a esta población, así como otorgar los servicios básicos a la población más desamparada.

La Cooperación Técnica con la OPS ha intentado complementar dicho esfuerzo nacional a través de:

- ◆ Reforma del Sector y Descentralización
- ◆ Fortalecimiento institucional
- ◆ Cooperación intersectorial
- ◆ Apoyo a programas entre países fronterizos
- ◆ Formación y Desarrollo de Recursos Humanos
- ◆ Apoyo a la investigación
- ◆ Promoción de políticas regionales
- ◆ Prevención y control de enfermedades
- ◆ Ampliación de cobertura
- ◆ Apoyo a las emergencias y desastres.

4.1.1 LAS ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN DE LA OPS CON MÉXICO

Las estrategias de Cooperación Técnica con la Representación de la OPS en nuestro país se han enmarcado en las orientaciones establecidas en el IX Programa General de la Organización Mundial de la Salud 1996-2001, así como en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS 1995-1998.⁸¹

La frontera México- Estados Unidos es la más transitada a nivel mundial, cuanta con una extensión de más de 3.400 kilómetros que comunica a cuatro estados de los E.E.U.U y seis de México, con 39 Municipios mexicanos con más de 3.889 578 millones de habitantes que han hecho necesario desarrollar acciones conjuntas considerando prioridades comunes Binacionales.

Desde 1942, la Oficina en El Paso Texas mantiene una estrecha vinculación con la OPS para la ejecución de programas que favorezcan la salud de los habitantes de esta región en particular se brinda apoyo a los proyectos de ciudades hermanas.

Con fondos de la OPS en México se financia un consultor a tiempo completo establecido en la Oficina de El paso, Texas y se cooperan tecnológica y financieramente actividades selectivas llevadas a cabo de manera conjunta.

La Organización Panamericana de la Salud ha colaborado con la Comisión Fronteriza Trinacional de Salud: México, Belice y Guatemala, para responder con mayor eficiencia a las necesidades de salud de la zona fronteriza se establecieron estrategias de trabajo con un enfoque Trinacional. A través de éstas se desarrollan acciones para promover el diagnóstico y análisis de la situación integral de salud en las zonas fronterizas de los tres países y proponer medidas de vigilancia y control de problemas emergentes.

También la OPS a través de la Representación en México apoya y da seguimiento a los compromisos adquiridos por los Jefes de los Estados de los países de la Región, en la Cumbre de las Américas y colabora en la aplicación de las estrategias para alcanzar los objetivos establecidos en las principales cumbres mundiales y regionales como:

- ◆ CUMBRE MUNDIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL
- ◆ CUMBRE MUNDIAL A FAVOR DE LA INFANCIA
- ◆ CUMBRE DE LAS AMÉRICAS
- ◆ CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER

⁸¹ Actualizada las "Orientaciones estratégicas programáticas para 1998-2001" Apéndice 3

◆ CONFERENCIA MUNDIAL DE POBLACIÓN

Basada en los principios que emanan de su Constitución, la OPS proporciona cooperación técnica en una amplia variedad de campos relacionados con el desarrollo humano sostenible hacia el logro de la meta de Salud para Todos.

A través de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas los Planes, Proyectos y actividades concretas, se lleva a cabo tanto en los Estados Miembros como en la Oficina Sanitaria Panamericana. De esta forma la OPS en México, ejecuta los siguientes proyectos de cooperación, enmarcados en las orientaciones estratégicas.

I LA SALUD EN EL DESARROLLO.

La salud como objetivo esencial, es a la vez indicador clave para el desarrollo humano. Por ello es necesario el fortalecimiento de la capacidad de los países para analizar y formular políticas y planes de salud congruentes con las estrategias nacionales.

LOS PROPÓSITOS DE LOS PROYECTOS:

- ◆ Contribuir a disponer de sistemas de información dinámicos y actualizados;
- ◆ Contribuir a elevar la calidad y los conocimientos del personal de salud, a través de disseminación oportuna de la información científica y técnica en salud;
- ◆ Promover la salud integral de la mujer en diferentes etapas de la vida como elemento básico para impulsar su participación en el proceso de desarrollo.

LAS LÍNEAS DE ACCIÓN Y LOS PRINCIPALES RESULTADOS:

- ◆ Asistir técnicamente a la Dirección General de estadística e Informática de la SSA para mejorar la calidad de las estadísticas de salud e incrementar su difusión, a través del Centro nacional de Información y documentación sobre Salud de la SSA (CENIDS);

- ◆ Fortalecimiento de la Red de información y documentación de la OPS en México.⁸²
- ◆ Asignar particular importancia a la salud de la mujer, a la interacción entre la mujer, la salud y el desarrollo y promover la toma de conciencia con respecto a los temas de género en todos los niveles.⁸³

II DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD.

El principal objetivo del desarrollo de los sistemas y servicios de salud es lograr la equidad a través del acceso universal a los servicios, manteniendo al mismo tiempo calidad y eficiencia de estos. La descentralización y el desarrollo de sistemas locales pueden impulsar el desarrollo institucional a nivel local, configurando nuevos modelos de redes de servicios a nivel nacional, estatal o municipal, así como la formación, capacitación, uso, distribución y dirección del personal sanitario es de esencial importancia en la reorganización del sistema de salud.

El desarrollo y el fortalecimiento del sector salud, implica también la planificación específica de programas y actividades para la preparación en casos de desastre, así como la prevención y la mitigación de sus consecuencias.

LOS PROPÓSITOS DE LOS PROYECTOS:

- ◆ El fortalecimiento de las capacidades institucionales a nivel federal y de los estados para el funcionamiento descentralizado del sistema de salud y la aplicación de los lineamientos de la reforma sectorial.
- ◆ Colaborar con los planes de preparativos en casos de desastre en los servicios de salud, así como las distintas instituciones nacionales relacionadas con la protección civil.

⁸² Apoyo con distribución de publicaciones científicas y técnicas a 14 Centros Parasitarios de Publicaciones de la OPS en México localizados en 10 Estados de la República Mexicana, ubicados en las siguientes Instituciones: Centro Nacional de Información y Documentación en Salud SSA, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESSE), Hospital General de México SSA, Instituto Nacional de Salud Pública, Universidad Autónoma de Baja California, Universidad Autónoma de Coahuila de Juárez, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Tabasco, Universidad Autónoma de Yucatán, Universidad de Colima, Universidad de Ciudad Juárez UNAM, Universidad Veracruzana.

⁸³ Se desarrolló un proyecto sobre indicadores de género en los áreas de salud, educación, participación política, empleo, salud y familia, además del proyecto de intervención e investigación interinstitucional en violencia doméstica en el Colegio de México, la SSA y la OPS, con fondos otorgados por el BID.

- ◆ Fortalecimiento de las capacidades nacionales para el monitoreo y evaluación de los procesos de reforma sectorial, con énfasis en el análisis económico y de impacto en la salud de la población.
- ◆ Fortalecimiento de las capacidades institucionales, mediante apoyo en la planeación de la formación de Recursos Humanos de nivel Técnico, Licenciatura y Posgrado, así como la actualización del personal.

LÍNEAS DE ACCIÓN Y PRINCIPALES RESULTADOS

- ◆ La discusión de estrategias e instrumentos para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y la evaluación de la cobertura universal con el paquete básico de servicios de salud (PBSS) en los estados de la República.⁸¹
- ◆ Cooperar en acciones para mejorar la capacidad de gestión de las instituciones de SS dentro del proceso de la reforma y el mejoramiento de la calidad de la atención.⁸⁵
- ◆ Apoyo a la modernización del registro nacional de medicamentos y el uso de genéricos en el país⁸⁶
- ◆ Apoyo a las instituciones nacionales, en lo referente al proceso de mitigación de daños a hospitales en casos de desastre así como planes y preparativos en casos de desastre en establecimientos de salud.⁸⁷

⁸⁴ Se editaron y publicaron en 1997 las memorias del Seminario Taller de análisis y Desarrollo operativo del programa de ampliación de la Cobertura (PAU).

⁸⁵ En 1997 se renovaron los Acuerdos de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el IMSS y el ISSSTE, definiendo las nuevas líneas de trabajo conjunto de la modernización y reforma con el IMSS y el fortalecimiento institucional con el ISSSTE.

⁸⁶ Se proporcionó Cooperación Técnica directa y soporte financiero para la utilización del software SHAMED, producido por la OMS, en el registro nacional de fármacos y el análisis de la información sobre medicamentos. Completamente se formuló un proyecto de modernización del equipamiento en el registro nacional, a implementarse en este año 1999. Se divulgó internacionalmente la farmacopea mexicana; La OPS y la SSA firmaron en 1997 un acuerdo de Cooperación para el suministro de información sobre medicamentos genéricos intercambiables, renovado y ampliado en 1998, que prevé un apoyo integral de la cooperación técnica al área de medicamentos con énfasis en la accesibilidad y el uso funcional, cuyas acciones de cooperación se instrumentarán en este año de 1999 y los siguientes.

⁸⁷ Se llevaron a cabo reuniones con las autoridades nacionales de la SSA, IMSS, D.F., ISSSTE, Universidades y otras Instituciones del Sistema Nacional de Protección Civil y la Red Nacional de Municipios saludables, con los cuales se insistió en la importancia de incluir planes para efectos de desastre en sus actividades ya programadas.

Se brindó apoyo técnico y financiero a nivel federal y estatal después del paso del huracán Paulina en los estados de Oaxaca y Guerrero en 1977, en 1998 se volvió a brindar este apoyo en el D.F. y Chiapas.

III PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

Las enfermedades infecciosas continúan presentándose como problemas de salud de importancia en los países del continente, a pesar de disponer de múltiples medios de tratamiento y prevención. Destacan entre ellas la reaparición de enfermedades tanto nuevas como conocidas, vinculadas a múltiples factores, el aumento de la población, los medios de transporte que comunican con mayor frecuencia a mayor número de personas que viajan, el hacinamiento de las zonas urbanas, el uso inadecuado de medicamentos, facilitando la propagación de enfermedades que no respeta fronteras ni límites.

LOS PROPÓSITOS DEL PROYECTO

- ◆ Mayor calidad en el conocimiento de la incidencia y diagnóstico de eventos asociados en las enfermedades infecciosas y de la eficiencia de las medidas.
- ◆ Mejoramiento de la cobertura y calidad de los programas específicos de zoonosis y de la vigilancia sanitaria de los principales alimentos para consumo humano.
- ◆ Actualización y complementación de los instrumentos legales y normativos mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de verificación y vigilancia sanitaria, conocimiento permanente de los principales factores de riesgo que dan origen a enfermedades transmisibles por alimentos (ETA) y promoción e implementación de mecanismos de participación intersectorial, comunitaria y privada en cuestiones relacionadas con la calidad sanitaria y manejo de los alimentos.

LÍNEAS DE ACCIÓN Y PRINCIPALES RESULTADOS

- ◆ Tuberculosis: detección oportuna y curación de los pacientes con tuberculosis infecciosa
- ◆ Lepra: apoyar la eliminación de la lepra como problema de salud pública
- ◆ Control de Vectores: reducción de la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores y fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios mediante capacitación y suministro de insumos básicos.

cuando se presentaron fuertes inundaciones en el mes de septiembre y octubre. Por ambos emergencias se canalizaron US\$250.000 (200.000 con fondos USAID y 50.000 con IDA) anuales para el Estado Parana y las inundaciones del Sureste.

- ◆ Vigilancia y diagnóstico de laboratorio: apoyo al mejoramiento de la capacidad y calidad de los servicios de la red nacional de laboratorios de diagnóstico.
- ◆ Epidemiología y vigilancia epidemiológica: colaboración con la SSA en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes y en la consolidación del sistema Único de Información de la Vigilancia epidemiológica (SUIVE). La Cooperación en esta área se canaliza fundamentalmente con la Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica (CVE) y la Dirección General de Epidemiología DGE.
- ◆ Diarreas e infecciones respiratorias agudas: en el curso del año 1997 se apoyó financieramente al PRONACED de la SSA y la Dirección General de Epidemiología para la realización de una encuesta de "Manejo efectivo de casos de diarreas e infecciones respiratorias agudas en el hogar". se ha apoyado la realización de un seminario sobre "Análisis epidemiológico del cólera y sus implicaciones en el programa de prevención y control del cólera en México".
- ◆ Programa de vacunas e inmunizaciones: evaluación externa del programa de Vacunación Universal de México por un comité constituido por expertos nacionales e internacionales.
- ◆ ONUSIDA en México: encabezada por la OPS como agencia líder, realiza actividades de abogacía con tomadores de decisión que ocupen puestos estratégicos en todos los sectores y en todos los ministerios pertinentes con el fin de motivarlos para la lucha contra la epidemia del SIDA.
- ◆ Coordinación intra e intersectorial de proyectos destinados a la protección de alimentos y el control de las zoonosis. Mejoramiento de la capacidad gerencial a nivel federal y estatal de los programas de protección de alimentos y zoonosis. Sistemas de información para la vigilancia epidemiológica de la rabia humana y animal, enfermedades vesiculares de los animales y las enfermedades transmitidas por alimentos nómadas y funcionando en la SSA y en la SAGAR. Colaboración en la producción y control de biológicos y reactivos, diagnóstico de laboratorio de las zoonosis y enfermedades potencialmente comunes al hombre y los animales y análisis cualitativo de alimentos para el consumo humano

IV PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Dentro de los múltiples factores asociados directa e indirectamente con los problemas de salud, se interrelacionan con los estilos de vida, conceptos y actitudes que propicien una cultura de la salud.

Es preciso otorgar especial atención al desarrollo saludable en las diferentes etapas de la vida, haciendo intervenciones y acciones educativas para prevenir y combatir las conductas de alto riesgo.

LOS PROPÓSITOS DE LOS PROYECTOS

- ◆ Promoción de la salud en los diferentes niveles de la administración en contextos multisectoriales y amplia participación ciudadana.
- ◆ Desarrollar los componentes de la atención integral de salud reproductiva.

LÍNEAS DE ACCIÓN Y PRINCIPALES RESULTADOS

- ◆ Cultura de promoción de la salud: impulsar las estrategias de promoción de la salud a través de proyectos y metodológicos tales como la de Municipios Libres y las escuelas promotoras de la salud.
- ◆ Salud mental y adicciones: apoyar programas en atención a la salud mental y estilos de vida libres de adicciones y modificación a las conductas violentas.
- ◆ Nutrición: actividades concentradas para el logro de una mejor nutrición a las comunidades a través de la comunicación y educación formal e informal.
- ◆ Salud de los adolescentes: promoción de los programas integrales para los adolescentes.
- ◆ Salud del adulto mayor: Mejoramiento de las actitudes, conocimientos sobre el envejecimiento de la población.

- ◆ Contribuir con la implementación del Programa Nacional de Cáncer de Cuello uterino en México.
- ◆ Asistencia Técnica al Programa de Salud Perinatal de la SSA.
- ◆ Apoyo al Programa de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes de la Dirección General de Salud Reproductiva.
- ◆ Cooperación con instituciones y ONGs en actividades innovadoras y especiales de salud reproductiva.
- ◆ Proyecto extrapresupuestario Méx-P02 FNUAP SSA OPS(1991-1996).
- ◆ Preparación de un proyecto trinacional en salud reproductiva para los países fronterizos del sur (México, Belice y Guatemala).

Participación sustantiva y comprometida de los trabajadores de la SSA y del Instituto Nacional Indigenista en la implementación del modelo de atención para grupos indígenas.

1.2 COOPERACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

El proyecto que dentro de las relaciones de cooperación se ha estado llevando a cabo, tiene como objetivo central promover la salud de la mujer de manera integral, es decir en sus diferentes etapas de la vida, como un elemento básico para impulsar su participación en el proceso de desarrollo del país.

Las líneas de acción han sido:

Asignar particular importancia a la salud de la mujer, a la interacción entre la salud, la mujer y el desarrollo, y promover la toma de conciencia con respecto a temas de género en todos los niveles.

Aumentar la cobertura de las acciones de promoción de la salud integral de la mujer realizadas en forma coordinada por la Secretaría de salud y las ONG's especializadas.

Capacitación en género en varias instituciones del sistema nacional de salud, Naciones Unidas, ONG's Universidades y otras instituciones del Sector salud.

Utilización de información sobre factores de riesgo que condicionan la violencia contra la mujer.

Implementación de acciones de prevención contra la violencia hacia la mujer, con la secretaria de salud y el colegio de México.

Los principales resultados de este trabajo durante enero de 1995 a octubre de 1999 han sido:

Colaboración y cooperación a la Universidad de Guadalajara, en el proyecto sobre estadísticas de género en el estado de Jalisco.

Cooperación a la Secretaría de Salud del Estado de Coahuila en el ciclo de conferencias de mujer y género una visión real.

Cooperación con la Delegación política de Coyoacán del D.F en la estrategia de Salud de la Mujer.

Colaboración en la Campaña Interagencial de Naciones Unidas contra la violencia hacia las mujeres y las niñas y los niños de México, en el marco de los cincuenta años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, llevada a cabo de enero de 1998 a octubre de 1999, con la participación de organismos internacionales ONG's.

4.3 PERSPECTIVAS DE LA COOPERACIÓN EN MÉXICO

La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud deberá continuar apoyando y no sólo al Programa Nacional de Salud, el cual se expresa en la Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Se deberá dar mayor atención e impulso a los programas orientados a la población marginada, a la calidad de la atención, a la promoción de la salud, y a la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Se debe dar particular estímulo a los programas de carácter interinstitucional, como por ejemplo, la atención integral del niño y por supuesto de la mujer, el sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica, la salud de poblaciones indígenas, el desarrollo de los servicios de salud, el Consejo Nacional contra el SIDA (CONASIDA), el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y otros.

Si bien la Cooperación debe continuar concentrando la mayor parte de su volumen en la Secretaría de Salud, la cooperación con otras instituciones del sector salud y de la seguridad social deberá continuar fortaleciéndose, así como el incremento de las relaciones con las asociaciones académicas, las Asociaciones profesionales y las organizaciones de la Sociedad civil, cuyas acciones complementan de manera eficaz el Programa Nacional de Salud y los procesos de la Reforma Sectorial.

La Cooperación con las Agencias del Sistema de Naciones Unidas debe efectuarse en un marco de entendimiento respetando los Acuerdos Interagenciales y los mandatos globales y regionales que promueven la salud, la equidad y la lucha contra la pobreza, similar actitud debe ser tomada con las agencias del Sistema interamericano.

La OPS tiene la obligación de mantener y fortalecer su liderazgo como agencias especializada en salud y promover la cooperación entre los países.

4.4 LAS ONG S UN ESFUERZO DE CAMBIO

Los años setenta marcaron el surgimiento de una nueva forma de participación ciudadana. Frente al agotamiento de la participación política por causas tradicionales y ante el retraso de las formaciones partidarias para incorporar a sus programas políticos las demandas de los nuevos movimientos sociales. (ecologistas, feministas, pacifistas, conservacionistas, jóvenes, minorías sexuales, etc.); así el individuo opto por organizarse en pequeños grupos particulares con los que compartía intereses concretos pero de gran trascendencia para el mejoramiento de su nivel de vida.

Al querer impactar la esfera pública con su movilización, se toparon con la insensibilidad de las instituciones y el menosprecio de los partidos tradicionales.

¿Cómo gobernamos? Se convirtió en una preocupación constante de ciertas capas de la sociedad civil mexicana que se tradujo en una nueva forma de participación política frente al Estado y en la discusión de la relación que se estableció a partir de entonces con él.

Surgieron así innumerables Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que ocuparon espacios descuidados por los partidos y abandonados por un Estado cada vez más distante de las necesidades reales de la sociedad: para representar los intereses de la colectividad.

Para el caso específico de la situación de la mujer, la conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer, realizada en nuestro país en 1975, planteó la recomendación de fomentar estudios en torno a la mujer ante el escaso material con el que se contaba.

Por ello las ONG's de mujeres en México son jóvenes con un tiempo de formación que va de uno a veinticuatro años. Aún cuando el promedio de años de funcionamiento es de 12 años.

Así:

En 1983 se funda el Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México (PIEM).

En 1984 se forma el Departamento de Estudios de la Mujer en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que da paso al hoy Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG).

En 1988 se abre el Programa de Estudios de la Mujer en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Guadalajara, ahora programa de Estudios de Género (PUGEUDG). Se abren maestrías en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y en la universidad de las Américas, en el D.F. En 1994 se inaugura en centro de Estudios de Género en la Universidad de Guadalajara (CEGUDG)

El número de integrantes varía entre cuatro y quince en el 65 por ciento de los casos funcionan en un total de 20 ciudades que cubren casi 14 estados de la república y el D.F.

CIUDADES Y O COMUNIDADES	No. DE ONG	ESTADOS	No. DE ONG	%
Distrito F	30	D.F.	30	52.6
Chihuahua	1	Baja Cal.	3	7.6
Colima	1	Colima	1	1.7
Cuernavaca	3	Chihuahua	1	1.7
Guadalajara	1	Chiapas	1	1.7
Ixmiquilpan	1	Hidalgo	2	3.5
Jalisco, Jal.	1	Jalisco	2	3.5
Matamoros	1	Nichoacan	1	1.7
Mexicali	2	Mérida	4	7.6
Morelia	1	Oaxaca	2	3.5
Oaxaca	2	Quintana Roo	2	3.5
Obregon	2	S.L.P.	1	1.7
Pachuca	1	Sonora	2	3.5
San Cristobal	2	Tamaulipas	1	1.7
San Luis	1	Veracruz	3	5.2
Tecate	1			
Tehuacan, Pue.	1			
Tepeotlan, Mor.	1			
Tlataloque, Pue.	1			
Xalapa	3			
TOTAL	57		57	100

Fuente: Ponencia presentada en el foro Derechos Humanos de las Mujeres y Filantropía. Mayo de 1997.⁸⁸

Podemos añadir a este conocimiento que la mayoría de éstas están constituidas en asociaciones civiles y tienen más de un tema central de trabajo. Aproximadamente la mitad cubren temas de salud y el 28 por ciento de violencia. El 19 y 12 por ciento trabajan comunicación y sexualidad.

⁸⁸ I.F.M. mayo de 1997, No. 17, P. 27-30

Se aprecia que, las ONG, frente a esta problemática, tienen un papel determinante, ya que son el único esfuerzo concreto para atender esta demanda social, y aunque tienen poco apoyo, y se enfrentan continuamente con obstáculos en su trabajo tales como el financiamiento; su objetivo continúa siendo claro: Ocupar ese gran espacio para atender las demandas de la sociedad, específicamente para la violencia ejercida en contra de las mujeres mexicanas.

4.5 LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, UN OBSTÁCULO PARA EL DESARROLLO.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha considerado no sólo para el caso de México, que el desarrollo debe ser examinado desde una perspectiva de género y basado en el ser humano. Con esta premisa, la violencia emerge como uno de sus mayores obstáculos, además de producir efectos negativos en la productividad de una sociedad y en su sano desarrollo.

Por ello, el PNUD considera también que es necesario educar al público sobre los altos costos sociales que implica la violencia contra las mujeres, y sobre la necesidad de fortalecer su desarrollo, visualizarla como parte integral de la vida, del desarrollo de la sociedad, como parte fundamental en el proceso de la vida democrática de un país y en general, como actor central de la cultura de la no violencia y del respeto a los derechos humanos.

DERECHOS HUMANOS. SALUD FÍSICA Y MENTAL.

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la violencia contra la mujer es un fenómeno social que implica una serie de problemas tan graves como la falta de salud física o mental de las mujeres, incluyendo su salud reproductiva.

El mandato del FNUAP define los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el derecho a no ser objeto de violencia como parte integral de sus derechos humanos, los cuales son esenciales para el bienestar de toda persona.

En este contexto y tomando en cuenta la incidencia de la violencia en todos los estratos de la sociedad, el FNUAP hace explícitamente hincapié en la necesaria equidad de género y en la potenciación de las mujeres a través de la promoción de actividades que contribuyan a prevenir y evitar ciertas conductas y patrones sociales inequitativos vinculados a la violencia. Entre estas actividades pueden mencionarse las siguientes:

- Promover reformas legales que tengan por objetivo la erradicación de la violencia intrafamiliar.
- Integrar el tema "violencia intrafamiliar y sus secuelas" en los proyectos de información, comunicación y educación a fin de fomentar el compromiso público para su prevención y eliminación.

- Capacitar al personal médico y paramédico a fin de que tenga el conocimiento adecuado para la atención de mujeres e infantes víctimas de violencia sexual.
- Difundir información y facilitar la distribución de métodos de emergencia que puedan ser ofrecidos en caso de violación o violencia sexual.

Contar con familias libres de violencia es un elemento para fortalecer la plena ciudadanía de las mujeres. Además, contribuye a disminuir los porcentajes de enfermedades agudas y crónicas debidas a la violencia. Es por ello que este tema adquiere una importancia particular dentro de los programas de cooperación entre organismos especializados y los países, donde la violencia hace presencia a nivel mundial, regional y nacional.

PROPUESTAS:

POLÍTICAS PÚBLICAS. CONTRA LA VIOLENCIA.

Como apunta Marta Lamas, para entender la preocupación constante porque las demandas sociales tengan una traducción a políticas públicas, hay que comprender que no basta con captar la atención de quienes las elaboran: "si definimos problema, como una situación que provoca insatisfacciones, podríamos pensar que basta con que éstas sean suficientemente grandes como para que se busque su alivio. Sin embargo, aunque existen muchos problemas que producen insatisfacción, no sólo la violencia ejercida contra las mujeres: sólo algunos se vuelven objetivos de las políticas públicas: ¿por qué?"

Según expertos, *"para que una situación sea reconocida como problema público que requiere acción gubernamental no es suficiente su dimensión objetiva: es necesaria una demanda real de la sociedad. Sólo así se busca su solución"*⁸⁹

Si lo anterior resulta cierto, como una característica inherente a los fenómenos sociales, hay que agregar además, la presión social que provoca la insatisfacción. Dicho de otra manera, los problemas irresueltos movilizan a las personas convirtiéndose rápidamente en problemas públicos. "De ahí el papel decisivo de los movimientos sociales y el peso de la manifestación y movilización ciudadanas"⁹⁰

En México, actualmente existe mayor visibilización en la opinión pública de la violencia contra la mujer como un problema a resolver. Esto ha sido el producto de la acción tanto de pequeños grupos feministas, como de profesionales del campo psicológico y legal, de algunos trabajos sociológicos y de algunas instituciones públicas nacionales e internacionales. Sin embargo el compromiso del estado mexicano, en programas de acción directa, tiene sólo carácter simbólico.

A modo de síntesis, podría decir que son dos las líneas sobre las que se han desarrollado las políticas antiviolencia:

1) de represión: entendiendo todos aquellos esfuerzos legales, que se han hecho para frenar la violencia contra la mujer.

Lamas Marta, Las mujeres y las políticas públicas, en No. 18 de los Documentos de trabajo de la fundación friedrich ebert "Mujeres y políticas públicas", México, 1981, pp 19-20.
Op. cit. p. 18

2 de asistencia: entendiéndose aquellas campañas de salud, para las mujeres, la asistencia médica que se da a las lesiones provocadas por la violencia. En cuanto a estas campañas públicas, en sentido estricto se puede decir que han sido de corto alcance.

Como se ha apreciado a lo largo de esta investigación, las experiencias que venimos analizando demuestran que las buenas intenciones no son suficientes, aun cuando esto, es mejor que nada. No estoy diciendo que los programas o los esfuerzos carecen de importancia, más bien que se debería poner más interés en replantear esas políticas públicas como instrumentos de cambio y solución a esta demanda, es necesario crear nuevas estrategias. Es decir replantear estas políticas.

El ¿cómo?:

En primer instancia sugiero, un tema importante y no siempre valorado: LA INVESTIGACIÓN, una investigación comprometida con la lucha contra la violencia en la mujer, es necesario revisar y recapacitar sobre los conceptos fundamentales de nuestras sociedades, por ejemplo los derechos de las personas, el desarrollo humano, desde una perspectiva de género, pero sobre todo conocer a fondo las características sociales y culturales propias de nuestro país.

Replantear las políticas públicas existentes, significa evaluar las acciones desarrolladas, de quienes han participado en su elaboración, cuestionar los medios: es decir que hemos planteado demandas, quejas y críticas. Hoy debemos pensar si se nos ha escuchado y cómo.. Debemos plantear las nuevas políticas públicas para la violencia contra la mujer, como un asunto de interés colectivo y social, no continuar tratándola, de manera individual, doméstica o privada.

Es decir aumentar la información sobre la problemática, plantear su dimensión, los alcances que tiene, las consecuencias tan graves y perjudiciales que genera; pero sobre todo difundirla ya no sólo como medio de campaña en los servicios de salud, sino en las propias escuelas, las universidades, las instituciones gubernamentales en los supermercados, en todos aquellos lugares que son punto de reunión..

Todo esto nos llevaría a la prevención como único medio seguro y real para frenar la violencia contra la mujer. Sensibilizar y difundir información sobre los orígenes, de la violencia; sobre los diferentes tipos de violencia; la violencia como una conducta delictiva - destructiva; sobre los costos socioeconómicos que genera, sobre la urgente necesidad de legislar en aquellos estados donde todavía no se cuenta con leyes contra la violencia.

Esto significa que prevenir no es inmediatez, no basta con proponer cerrar la cada; vestirse permanentemente como atleta para huir; u obedecer incesantemente al marido. De cualquier manera, seguirá ocurriendo en la medida que no se den las condiciones de vida necesarias para que cultural, ideológica y políticamente- la violencia contra la mujer (adulta o niña), se detenga desde su raíz.

“Más vale prevenir que lamentar...” reza el dicho popular que, como algunas de estas sentencias lleva una gran verdad. Es así que, la violencia contra las mujeres además de ser un asunto público que requiere como ya se ha insistido de nuevas políticas encaminadas a la atención y recuperación de personas que viven o han vivido situaciones de violencia; es un asunto internacional, que se convierte poco a poco en un obstáculo para el desarrollo, y que urge la mayor participación de los Estados, de las autoridades, en cooperación para crear alternativas, políticas que trabajen para la detención de la pandemia del siglo XX .

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La Teoría estructural-funcionalista, permitió analizar desde su estructura las relaciones de cooperación entre México y la Organización Panamericana de la Salud; así como la función que tiene frente a la problemática de la violencia contra la Mujer.

SEGUNDA:

La Teoría de Género, da una óptica social sobre el rol que le ha sido asignado a la Mujer a través de la historia de la humanidad, donde la discriminación, el abuso y la inequidad en sus relaciones, son vistos como naturales o normales.

TERCERA:

El concepto de género se ha puesto en circulación recientemente en las Ciencias Sociales con cierta intencionalidad política, ya que la elaboración de estudios bajo esta categoría permite crear formulaciones no sólo sobre estudios de la Mujer o del hombre, sino sobre la sociedad entera.

CUARTA:

La violencia es una crisis de identidad, que la sociedad esta enfrentando primordialmente en este fin de siglo.

QUINTA:

Los cuadros de violencia se dan en una relación de poder y se manifiestan a través de condicionantes preestablecidos.

SEXTA:

La violencia de género no distingue raza, clase, religión, edad o cualquier otra condición, es producto de un sistema social que subordina a la Mujer

SÉPTIMA:

La violencia de género es parte de nuestra fabrica social, por ello matiza y afecta las elecciones de vida de toda Mujer, sea o no víctima directa de la violencia.

OCTAVA:

La violencia contra la Mujer es perpetuada dentro de la familia o la unidad doméstica, en la comunidad, así como la perpetrada por el Estado o sus agentes.

NOVENA:

La violencia contra la Mujer es un pernicioso problema mundial, que se manifiesta de diversas formas y afecta todos los aspectos de las sociedades y del Desarrollo Humano.

DÉCIMA:

En México actualmente existe un 80% de hogares violentos que toman mayoritariamente a las mujeres como víctimas, en donde vemos desde pequeños insultos, tomados como bromas y chistes, hasta malos tratos físicos severos, emocionales y psicológicos.

DÉCIMA PRIMERA:

En México la violencia, ejercida contra la Mujer continua tratándose como un asunto de incumbencia privada, y no pública.

DÉCIMA SEGUNDA:

El Gobierno mexicano ha suscrito y ratificado en Convenciones Internacionales, Tratados Internacionales, que lo comprometen a tomar medidas contra la violencia contra la Mujer.

DÉCIMA TERCERA:

La salud es el resultado de la interacción de los factores que caracterizan el nivel y la calidad de vida de una sociedad; por ello la violencia representa un obstáculo, que amenaza por continuar acentuando esa crisis de identidad que la sociedad enfrenta.

DÉCIMA CUARTA:

El sector salud frente a la violencia de las mujeres a intervenido de manera muy tradicional, ha participado en actividades relativas a los aspectos médico-legales; además de tener un papel tímido referente al tratamiento de la violencia, a su prevención y promoción de culturas de salud fundamentadas en la equidad y en el respeto a la vida e integridad física y moral de las personas.

DÉCIMA QUINTA:

La Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y el Gobierno mexicano, esta condicionada por las políticas que nuestro gobierno le ha marcado.

DÉCIMA SEXTA:

Para el Gobierno mexicano no es prioridad el tema de la violencia contra la mujer.

DÉCIMA SÉPTIMA:

La Organización Panamericana de la Salud como organismo representativo de la OMS, para las Américas y el Caribe, expresa claramente en su Constitución los principios que la rigen. Siendo la Cooperación su estrategia principal de acción, donde el país constituye la unidad básica para realizar o alcanzar las metas propuestas.

DÉCIMA OCTAVA:

La colaboración de las Organizaciones No Gubernamentales, en nuestro país y para la violencia contra la Mujer tienen un papel determinante, ya que son el único esfuerzo concreto para atender esta demanda social.

DÉCIMA NOVENA:

La no intervención estatal, ha sido clave para explicar la impunidad reinante en este campo.

VIGÉSIMA:

Podemos finalizar nuestra apreciación de la problemática diciendo que: mientras se continúe encuadrando el tema de la violencia contra la Mujer de manera privada o doméstica, mientras la atención que se le de sea meramente epidemiológica y no se haga buen uso de la Cooperación entre las Naciones y los Organismos Internacionales especializados como la Organización Panamericana de la Salud, ni se busque políticas que integren a la propia sociedad en su conjunto con vías de solución a través de campañas de prevención; continuaremos estando en un círculo vicioso, que como país tiene grandes costos e internacionalmente nos rezaga en el camino hacia el Desarrollo Humano.

Ya que, la eliminación de la violencia contra la Mujer no es cuestión de gusto personal, de caballerosidad, de gracia o buen talante; se trata en cambio, de una obligación, de responsabilidad que nos impone nuestra condición humana y nuestra interdependencia.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones son sugeridas de manera muy sencilla a las autoridades correspondientes y para las relaciones de Cooperación que nuestro Gobierno lleva a cabo con el Organismo Regional especializado (Organización Panamericana de la Salud), pero sobre todo dirigidas a la sociedad mexicana.

- 1.- Como el primer paso para poner fin a la violencia contra la mujer, el reconocimiento de su existencia, como un problema social.
- 2.- El empleo eficaz de un marco de Derecho, en toda la República mexicana, para ello se requiere que se pongan en vigor los Convenios Internacionales, que ha firmado el Gobierno, como es la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.
- 3.- Será, además, necesario que el Gobierno en turno retome este problema, convocando a los dirigentes políticos y religiosos, a los educadores y autoridades policiales para que sean más sensibles a esta problemática y se movilicen en apoyo de los nuevos valores culturales de respeto entre los sexos
- 4.- El Gobierno de la República debe sancionar y poner en vigencia leyes referidas a la violencia (la ley contra la violencia intrafamiliar de 1997, es un gran esfuerzo, pero habrá que ponerla en vigencia en todo el país); fijar políticas, elaborar programas, tomar medidas de protección; asignar fondos de los presupuestos y llevar campañas a cabo para la toma de conciencia social.
- 5.- La comunidad nacional debe hacer frente a esta problemática como una cuestión de interés público.
- 6.- Los Medios de Comunicación deben eliminar las imágenes estereotipadas de las mujeres. La explosión de las comunicaciones durante este siglo ha dado lugar a una industria millonaria que glorifica la violencia por medio del cine, la T.V., las revistas y la música. Esos medios perpetúan el concepto erróneo de que las víctimas provocan y hasta desean la violencia. Es necesario que los medios hagan conciencia de la influencia tan grande que ejercen sobre la sociedad a la que presentan como manifestaciones naturales de la potencia masculina, mientras que refuerzan la impresión de que las mujeres son los objetos impotentes y asequibles de sus deseos.
- 7.- Es urgente promover el desarrollo de alianzas entre las ONGs y el Gobierno mexicano para que coordinen las estrategias de prevención y control contra la violencia.

8.- Respecto a las alianzas existentes entre la OPS y la Secretaría de Salud, es necesario retomar el tema de la violencia contra la Mujer como un asunto de Salud Pública, donde se manejen proyectos de prevención, talleres y campañas de concientización nacional.

9.- Abordar esta problemática multifactorialmente, es decir que se consideren diferentes niveles o instancias de determinación, puede ser: desde el equipo biológico, hasta el aprendizaje social que provee la familia, el propio estilo de conducta, el medioambiente en que se desarrolla, los patrones culturales, económicos, políticos y sociales, etc.

10.- Se trata, en resumidas cuentas de analizar la forma en que se han ido enraizando y manteniendo esta problemática desde la red social.

Este tipo de investigación y análisis es importante porque definiría nuestras intervenciones, tanto a nivel disciplinario como de la elección del momento histórico en que pretendamos incidir: si lo hacemos desde la psicología, la sociología, el Derecho civil o Penal, o desde la perspectiva de las Relaciones Internacionales, como un asunto de ingerencia internacional, donde sobre todo, para su solución es indispensable la Cooperación entre las Naciones y los Organismos Internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

DOCTRINA.

- ◆ “De Nairobi a Beijing. Diagnósticos y Propuestas”. Isis internacional, 1995. Santiago Chile 176 páginas.
- ◆ “Perspectiva de la Mujer Latinoamericana en las Ciencias Sociales”. Biblioteca SEP, Edit. Fondo de México 1975, pág. 9-25.
- ◆ Elia David Dr. y Genevieve Doucet, “La Mujer y su Cuerpo”. Edit. Fontana.
- ◆ Ely Chinoy, “La Sociedad”, Edit. FCE. pág 139-160.
- ◆ Hernández Sampieri Roberto y otros. “Metodología de la Investigación” 2ª. Edición, Edit. McGrawHill, 1998. 501 págs.
- ◆ Salvador Mercado H. Dr. “¿Cómo hacer una Tesis?” Edit Limusa Noriega Editores, 1998, 295 págs.
- ◆ Baena Guillermina Dra. “Instrumentos de Investigación” Editores Mexicanos Unidos, S.A.. 23ª Reimpresión junio 1998. 193 págs.
- ◆ González Reyna Susana. “Manual de Redacción e Investigación Documental”. Edit. Trillas, 2ª. Edición, pág. 181.
- ◆ Jane S. Jaquette, “La Mujer Latinoamericana y la Política: Paradigmas Feministas e Investigaciones Comparativas por Culturas”. Biblioteca SEP. Edit. Fondo de México 1985, pág. 191-221.
- ◆ Karl W. Deutsch, “Análisis de las Relaciones Internacionales”. 2ª. Ed. Edit. Gernika, 417 p.
- ◆ Presidencia de la República “Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000”. Edit. Siglo XXI. 2ª. 1993. México. 452 p.

HEMEROGRAFÍA

- ◆ “La Organización Panamericana de la Salud a través de los años”. Bol of Sanit Panam 113 (5-6). 1992 pág 381-446.
- ◆ “Violencia y Derechos Humanos”. Rev. COTIDIANO. No. 63 julio-agosto, 1994 UAM Azcapozalco 127 p.
- ◆ Brito de Martí Esperanza. “Programa de Reforma al Sector Salud”. Rev. FEM mayo 1998, pág 26-28.
- ◆ CUADERNOS FEMINISTAS. México, No. 4 abril-mayo-junio 1998.
- ◆ CUADERNOS FEMINISTAS. México. No. 5 julio-agosto-septiembre 1998.
- ◆ CHRONIQUE FÉMINISTE. Violences: une Stratégie Patriacale. université des Femmes, bruxelles. No. 62, mai juin 1997.
- ◆ Estrella Eduardo Dr. “La Presencia de la Organización Panamericana de la Salud. en: La Salud Pública Continental En El Siglo XX y la Importancia Histórica del Código Sanitario Panamericano”. Cuaderno de Historia No. 80. 1995, pág 1-9.
- ◆ Fernández Ortega Miguel Angel Dr. “La Facultad de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud”. Boletín Médico Familiar, enero 1999. pág 14-17.
- ◆ Fernández Poncela Ana María. “Las Mujeres y sus preocupaciones en las Plataformas Electorales de 1997”. Rev. FEM. agosto 1997. pág 7-20.
- ◆ Gerstendafer Mónica. “Violencia contra la Mujer, la Computadora como sitio de la Violencia”. Rev. TORRE DES FEMMES. Alemania. PRESS. Pág 23.
- ◆ Gómez Campos Rubí de María. “Desde la Antropología: Una reflexión sobre el Machismo”. Rev. FEM diciembre de 1994. pág 13-17.

- ◆ Hernández Garballido Elvira, “La Trayectoria del concepto Género”, Rev. FEM febrero 1998, pág 11,12.
- ◆ ICDA Journal. vol 6 No. 1. Bruxelles. 1998.
- ◆ Isphordig Angela, “El Aliento y los Pasos: 10 Años de Salud Integral para la Mujer”, Rev. FEM, enero 1998, pág 4-8.
- ◆ López Garan Guadalupe, “Los Derechos de las Mujeres en el Umbral de un nuevo Siglo”, Rev. FEM abril 1998, pág 30-35.
- ◆ López García Guadalupe, “Programa Nacional de la Mujer”, Rev. FEM. nov. 1998, pág 37,38.
- ◆ Olamendi Torres Patricia, “La Violencia contra la Mujer en México”, Rev. FEM. junio 1997, pág 4-7.
- ◆ Sánchez Báez José Juan, “Violencia Urbana”, Rev. MEMORIA, diciembre 1997, No. 1, pág 1-4.
- ◆ Saucedo González Irma, “LAS ONG'S DE MUJERES EN MÉXICO”, Rev. FEM septiembre 1997, pág 10-13.
- ◆ Ungo M. Urania, “Del Feminismo al Enfoque de Género”, Rev. FEM enero 1998, pág 7-12.

LUGARES DE REFERENCIA

- ◆ Asociación Mexicana contra la Violencia a las mujeres. COVAC. Astrónomos 66. Col. Escandón, del. Miguel Hidalgo.
- ◆ Casa de Atención a la Mujer Tlalpan, Carretera Federal a Cuernavaca 2. Col. la Joya, Del. Tlalpan.
- ◆ Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar del PGJDF, CAVI. Dr. Carmona y Valle 54, 1er piso, Col. Doctores, del. Cuáutemoc.
- ◆ Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de la PGJDF. CTA. Pestalozzi 1115. Col del Valle, del Benito Juárez.
- ◆ Centros de Integración Juvenil. (únicamente para violencia relacionada con droga).
- ◆ Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar Iztapalapa. UAVI. Alberto Vázquez sin núm. esq. Amalia Mendoza. Col. Ampliación Emiliano Zapata. Delegación. Iztapalapa.
- ◆ Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar Venustiano Carranza. Prolongación Lucas Alemán 11. 1er piso. Col. del Parque. Delegación Venustiano Carranza.

DOCUMENTOS

- ◆ Campaña de la Naciones Unidas por los Derechos de las Mujeres. Centro de Información y Documentación Isis internacional. 1998 pág 1-8.
- ◆ Código Penal para el D.F en Materia Común. y para toda la República en Materia Federal.
- ◆ Código Sanitario Panamericano.
- ◆ Compilación de Disposiciones Jurídicas en Materia Sanitaria.
- ◆ Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.
- ◆ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos 1997.
- ◆ Estudio de penetración y Opinión Pública sobre la Violencia Intrafamiliar. FPNU, COVAC. 1996 pág 34-38
- ◆ Informe 1995-1996 de la Cooperación Técnica de la OPS. en México. Representación.
- ◆ Informe 1996-1997 de la Cooperación Técnica de la OPS. en México. Representación.
- ◆ Informe 1997-1998 de la Cooperación Técnica de la OPS. en México. Representación.
- ◆ Informe 1998-1999 de la Cooperación Técnica de la OPS. en México. Representación.
- ◆ Informe sobre la situación de los Derechos humanos en México. Cap. IX Comisión Interamericana de Derechos Humanos OEA. pág 1-6. México 1998. Informe de país.
- ◆ Línea Basal de la reforma del sector Salud. México reporte de país. revisado el 2 de abril de 1998. pág 1-9.

- ◆ Lineamientos para la posición de México en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. México D.F a 28 de agosto de 1995 /SER. Dirección General para Asia y el Pacífico.
- ◆ Plataforma de Acción: Declaración de Beijing. "Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", San José. 1998. 256 págs.
- ◆ Rapport sur le développement humain 1995, PNUD, ed. Económica. 1995.
- ◆ Rapport sur le développement humain 1996, PNUD, ed. Económica. 1996.
- ◆ Rapport sur le développement humain 1997, PNUD, ed. Económica. 1997.
- ◆ Rapport sur le développement humain 1998, PNUD, ed. Económica. 1998.

PÁGINAS DE CONSULTA INTERNET

- ◆ CENTRE FOR RESEARCH ON VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CHILDREN
http://www.uwo.ca/violence_index.html
- ◆ MUJER NO ESTAS SOLA
<http://www.cefemina.or.cr/mnes.htm>
- ◆ VIOLENCIA DOMÉSTICA
<http://cuhttpwww.upr.clu.edu/mujer/viol.htm>
- ◆ RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA
http://www.ibw.con.ni/-puntos_red

APÉNDICES

APÉNDICE 1

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ÍNDICE

Preámbulo *

Capítulo I - La Organización

Capítulo II - La Conferencia

Capítulo III - El Consejo

Capítulo IV - El Comité Ejecutivo

Capítulo V - La Oficina

Capítulo VI - Presupuesto

Capítulo VII - Relaciones

Capítulo VIII - Modificaciones

Capítulo IX - Vigencia

Preámbulo

Los adelantos en las ciencias médicas y sanitarias, y, al mismo tiempo, los nuevos y más amplios conceptos de las responsabilidades de los Gobiernos en relación con la salud humana, hacen de primordial importancia el ensanchamiento de la esfera de acción de la salud pública en el Hemisferio Occidental y el desarrollo y fortalecimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de que esta puede cumplir de lleno con las obligaciones que le impone ese progreso.

Procediendo de acuerdo con el Acta Final de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo adopta la siguiente Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

Capítulo I

La Organización

Artículo 1. *Propósitos:*

La Organización Panamericana de la Salud (denominada en adelante la Organización) tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

Artículo 2. *Miembros:*

A. Todos los Estados Americanos tienen derecho a ser miembros de la Organización. (Los Estados Americanos Miembros de la Organización aparecen, en adelante, bajo la denominación de Gobiernos Miembros.)

B. Los territorios o grupos de territorios dentro del Hemisferio Occidental que no tengan relaciones internacionales propias tendrán el derecho de ser representados y de participar en la Organización. La naturaleza y extensión de los derechos y de las obligaciones de estos territorios o grupos de territorios en la Organización serán determinadas en cada caso por el Consejo Directivo después de consultar con el Gobierno u otra autoridad responsable de sus relaciones internacionales (denominados, en adelante, Gobiernos Participantes).

Se entiende que los Gobiernos Miembros que tengan bajo su jurisdicción territorios y poblaciones subordinados dentro del Hemisferio Occidental aplicarán las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y las de esta Constitución en tales territorios y sus poblaciones.

Artículo 3. *Organismos:*

La Organización comprenderá:

1. La Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la Conferencia);
2. El Consejo Directivo (denominado en adelante el Consejo);
3. El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo (denominado en adelante el Comité Ejecutivo), y
4. La Oficina Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la Oficina).

Capítulo II

La Conferencia

Artículo 4. *Funciones:*

- A. La Conferencia será la autoridad suprema en el gobierno de la Organización.
- B. La Conferencia determinará las normas generales de la Organización, incluyendo las financieras, y, cuando lo estime apropiado, dará instrucciones al Consejo, al Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina en relación con cualquier asunto dentro del campo de actividades de la Organización.
- C. La Conferencia servirá de foro para el intercambio de información e ideas relacionadas con la prevención de las enfermedades y la conservación, promoción y restitución de la salud física y mental, así como también con los adelantos en los métodos y procedimientos medico sociales para la prevención y tratamiento de las enfermedades físicas y mentales en el Hemisferio Occidental.
- D. La Conferencia elegirá los Gobiernos Miembros que hayan de integrar el Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo A del Artículo 15 de esta Constitución.
- E. La Conferencia elegirá al Director de la Oficina de acuerdo con lo establecido en el párrafo A del Artículo 21 de esta Constitución.
- F. La Conferencia examinará los informes anuales del Presidente del Comité Ejecutivo y del Director de la Oficina, correspondientes al año anterior, así como el informe cuadrienal del Director de la Oficina.
- G. La Conferencia considerará y aprobará el programa y el presupuesto bienal de la Organización.
- H. La Conferencia podrá delegar cualquiera de sus funciones en el Consejo, el cual las ejercerá en representación de la Conferencia en el intervalo de las reuniones de la misma.

Artículo 5. *Composición:*

- A. La Conferencia estará integrada por delegados de los Gobiernos Miembros de la Organización y de los Gobiernos Participantes (denominados, en adelante, "Gobiernos" cuando se hace referencia a unos y otros).
- B. Cada Gobierno estará representado por no más de tres delegados, uno de los cuales será nombrado delegado jefe por su Gobierno. Los delegados podrán ser acompañados

de uno o varios suplentes y asesores. Entre los delegados de los respectivos Gobiernos deberán incluirse especialistas en salud pública, preferentemente miembros de los departamentos nacionales de salubridad.

C. El Director de la Oficina participará *ex officio* en la Conferencia, sin derecho de voto.

Artículo 6. *Votación:*

A. Cada Gobierno oficialmente representado en la Conferencia tendrá derecho a un voto. Los Gobiernos Participantes ejercerán este derecho dentro de los límites establecidos de acuerdo con el párrafo B del Artículo 2.

B. Si un Gobierno deja de cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización, para la fecha de inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo, por tener atrasos que excedan del importe de los pagos anuales de sus cuotas correspondientes a dos años completos, se suspenderán los privilegios de voto de dicho Gobierno. Sin embargo, la Conferencia o el Consejo Directivo podrán permitir que dicho Miembro vote si considera que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno.

C. Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o el Reglamento Interno dispongan otra cosa.

Artículo 7. *Reuniones:*

A. La Conferencia se reunirá cada cuatro años en la Sede de la Organización, en la fecha fijada por el Director de la Oficina en consulta con el Comité Ejecutivo.

B. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, la Conferencia podrá reunirse en cualquiera de los Países Miembros de la Organización siempre que el Gobierno interesado lo solicite, y así lo acuerde la propia Conferencia o el Consejo Directivo en su reunión del año anterior a ella.

C. En los casos previstos en el párrafo anterior, el Gobierno del país en que haya de tener lugar la Conferencia nombrará una Comisión para cooperar con la Oficina en la organización de la misma.

D. Por lo menos tres meses antes de la iniciación de la Conferencia, el Director de la Oficina someterá a los Gobiernos un informe detallado sobre la marcha de la Organización desde la última reunión de la Conferencia.

E. Cada Gobierno pagará los gastos de su delegación y la Oficina los de su personal.

F. El programa provisional de la Conferencia será preparado por el Director de la Oficina y sometido al Comité Ejecutivo para su aprobación. La Conferencia adoptará su propio programa y, en ese trámite, podrá introducir en el programa provisional las adiciones o modificaciones que desee, de acuerdo con su Reglamento.

G. Una vez aprobado el programa provisional por el Comité Ejecutivo, se enviara copia del mismo al Director General de la Organización Mundial de la Salud.

H. El Director General de la Organización Mundial de la Salud, o sus representantes, tendrán derecho a participar, sin voto en la Conferencia.

Artículo 8. *Mesa Directiva y Reglamento Interno:*

La Conferencia elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

Capítulo III

El Consejo

Artículo 9. *Funciones:*

A. El Consejo desempeñará las funciones que le delegue la Conferencia, actuará en nombre de ella durante el intervalo de sus reuniones, y dará cumplimiento a las decisiones y normas de la misma.

B. El Consejo elegirá los Gobiernos Miembros que hayan de integrar el Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo A del Artículo 15 de esta Constitución.

C. El Consejo considerará los informes anuales del Presidente del Comité Ejecutivo y del Director de la Oficina.

D. El Consejo examinará y aprobará el programa y el presupuesto bienal de la Organización.

E. Consejo elegirá Director Interino de la Oficina cuando sea necesario de acuerdo con lo previsto en el párrafo A del Artículo 21 de esta Constitución.

F. El Consejo aprobará el establecimiento de oficinas filiales de la Organización.

Artículo 10. *Composición:*

A. El Consejo estará integrado por un representante de cada Gobierno. Los representantes serán designados entre especialistas en salud pública, preferentemente funcionarios de los servicios nacionales de salubridad. Cada representante podrá ser acompañado de uno o varios suplentes y asesores.

B. El Director de la Oficina participará *ex officio* en el Consejo, sin derecho de voto.

Artículo 11. *Votación:*

A. Cada Gobierno oficialmente representado en el Consejo tendrá derecho a un voto. Los Gobiernos Participantes ejercerán este derecho dentro de los límites establecidos de acuerdo con el párrafo B del Artículo 2 de esta Constitución.

B. Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o el Reglamento Interno dispongan otra cosa.

Artículo 12. *Reuniones:*

A. El Consejo se reunirá normalmente una vez al año, en los años en que no se reúna la Conferencia.

B. Cada Gobierno pagará los gastos de su representación, y la Oficina los gastos de su personal.

C. El programa provisional del Consejo será preparado por el Director de la Oficina y sometido al Comité Ejecutivo para su aprobación. El Consejo adoptará su propio programa y, en ese trámite, podrá introducir en el programa provisional las adiciones o modificaciones que desee, de acuerdo con su Reglamento.

D. Una vez aprobado el programa provisional por el Comité Ejecutivo enviará copia del mismo al Director General de la Organización Mundial de la Salud.

E. El Director General de la Organización Mundial de la Salud, o sus representantes, tendrán derecho a participar, sin voto, en el Consejo.

Artículo 13. *Mesa Directiva y Reglamento Interno:*

El Consejo elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

Capítulo IV

El Comité Ejecutivo

Artículo 14. *Funciones:*

Las funciones del Comité Ejecutivo serán:

A. Autorizar al Director de la Oficina para convocar las reuniones del Consejo.

B. Aprobar el programa provisional de las reuniones de la Conferencia y del Consejo.

C. Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director de la Oficina.

D. Asesorar a la Conferencia o al Consejo en los asuntos que dichos organismos encomienden al Comité Ejecutivo, o por iniciativa propia, en otros asuntos relacionados con el trabajo de la Conferencia, del Consejo o de la Oficina.

E. Ejecutar cualquier otra función que la Conferencia o el Consejo le encomienden.

Artículo 15. *Composición:*

A. El Comité Ejecutivo estará integrado por nueve Gobiernos Miembros de la Organización elegidos por la Conferencia o el Consejo por periodos escalonados de tres años. Cada Gobierno Miembro elegido podrá designar un representante en el Comité Ejecutivo, y cada representante podrá ser acompañado de uno o varios suplentes y asesores. El Gobierno Miembro que haya terminado su mandato no podrá ser reelegido para integrar el Comité Ejecutivo hasta pasado un periodo de un año.

B. Los Gobiernos no representados en el Comité Ejecutivo podrán, a su propio costo, enviar observadores que, de acuerdo con el Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, podrán participar, sin voto, en los debates.

C. El Director de la Oficina participará *ex officio* en la reuniones, sin derecho de voto.

Artículo 16. *Votación:*

A. Cada Gobierno Miembro elegido para formar parte del Comité Ejecutivo y representado en él, tendrá derecho a un voto.

B. Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos Miembros presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o el Reglamento Interno dispongan otra cosa.

Artículo 17. *Reuniones:*

A. Cada año se celebrarán dos reuniones ordinarias del Comité Ejecutivo. Una de ellas tendrá lugar en la sede de la reunión del Consejo o de la Conferencia, e inmediatamente después de dicha reunión. Se celebrarán reuniones extraordinarias cuando las convoque el Director de la Oficina ya sea a iniciativa propia o a solicitud de por lo menos tres Gobiernos Miembros.

B. Los gastos de los representantes en el Comité Ejecutivo ocasionados por las reuniones que se celebren inmediatamente antes, durante o inmediatamente después de las de la Conferencia o del Consejo, serán sufragados por los Gobiernos Miembros. Los gastos de los representantes en las otras reuniones del Comité Ejecutivo, o, en el caso de que el representante no pueda asistir, de un suplente, estarán a cargo de la Oficina.

Artículo 18. *Mesa Directiva:*

El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente, quienes permanecerán en funciones hasta que sean elegidos sus sucesores. Las elecciones se celebrarán cada año en la primera reunión del Comité Ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos Gobiernos Miembros.

Artículo 19. *Reglamento Interno:*

El Comité Ejecutivo adoptará su propio Reglamento.

Capítulo V

La Oficina

Artículo 20. *Funciones:*

Los deberes y funciones de la Oficina serán los especificados en el Código Sanitario Panamericano, y los que le puedan ser asignados en el futuro por la Conferencia o el Consejo en cumplimiento de los propósitos especificados en el Artículo 1 de esta Constitución.

Artículo 21. *Administración:*

A. La Oficina tendrá un Director elegido, en la Conferencia, por el voto de la Mayoría de los Gobiernos de la Organización. El Director ocupará el cargo por un periodo de cuatro años. En caso de que, antes de expirar su mandato, no sea elegido su sucesor, el Director continuará en el desempeño de sus funciones hasta que su sucesor tome posesión. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Director Adjunto asumirá sus obligaciones hasta la próxima reunión del Consejo, en la que se elegirá un Director Interino, por el voto de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes.

B. La Oficina tendrá un Director Adjunto y un Subdirector designados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo. El Director también nombrará todo el personal de la Oficina, y todos los nombramientos se harán de acuerdo con los estatutos y reglamentos adoptados por el Consejo. Dichos estatutos y reglamentos especificarán las

condiciones que regirán en la selección de personal competente para llevar a cabo las obligaciones impuestas a la Oficina. Se tendrá presente, siempre que sea posible, la más amplia distribución geográfica en lo que se refiera a la contratación de ese personal.

C. El Director de la Oficina queda facultado para crear, en la oficina central y sus filiales, las secciones que estime necesarias a fin de ejecutar el programa de actividades sanitarias autorizadas por la Organización.

Artículo 22. *Carácter Internacional del Personal:*

A. Ningún funcionario o empleado de la Oficina podrá actuar como representante de Gobierno alguno.

B. En el cumplimiento de sus deberes el Director y todo el personal de la Oficina no solicitarán ni recibirán instrucciones de ningún Gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización. Se abstendrán de actuar en forma alguna que sea incompatible con su condición de funcionarios internacionales. Cada uno de los Gobiernos se compromete, por su parte, a respetar el carácter exclusivamente internacional del Director y del personal, y a no tratar de influir sobre ellos.

Artículo 23. *Comisiones Técnicas:*

El Director de la Oficina podrá designar las comisiones técnicas permanentes que sean autorizadas por la Conferencia o por el Consejo, y las comisiones técnicas no permanentes que sean autorizadas por la Conferencia, por el Consejo o por el Comité Ejecutivo.

Capítulo VI

Presupuesto

Artículo 24. *Obligaciones Financieras de los Gobiernos:*

A. La Organización será financiada por contribuciones anuales de los Gobiernos. Las contribuciones de los Gobiernos Miembros se determinarán de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano. Los Gobiernos Participantes efectuarán contribuciones anuales computadas sobre bases similares a las establecidas para los Gobiernos Miembros.

B. Los Gobiernos, además de las contribuciones anuales, podrán efectuar aportaciones extraordinarias para gastos generales y para fines específicos.

Artículo 25. *Donaciones:*

La Conferencia, el Consejo, el Comité Ejecutivo o el Director de la Oficina podrán aceptar y administrar donaciones y legados hechos a la Organización, siempre que las condiciones impuestas por dichas donaciones o legados estén de acuerdo con los propósitos y normas de la Organización.

Capítulo VII

Relaciones

Artículo 26. Relaciones con otras Organizaciones:

La Conferencia o el Consejo podrán adoptar medidas adecuadas para la consulta y cooperación con otras organizaciones interesadas o relacionadas con la salud pública, y, con ese fin, podrán establecer acuerdos especiales con tales organizaciones.

Capítulo VIII

Modificaciones

Artículo 27. Revisión del Código Sanitario Panamericano:

A. El Director de la Oficina preparará las revisiones periódicas del Código Sanitario Panamericano de acuerdo con las necesidades y normas generales determinadas por la Conferencia o por el Consejo.

B. Estas revisiones serán consideradas por el Comité Ejecutivo y sometidas a la aprobación de la Conferencia o del Consejo.

C. Estas revisiones serán sometidas a los Gobiernos que sean partes del Código Sanitario Panamericano para su debida ejecución, como recomendaciones de la Conferencia o del Consejo.

Artículo 28. Enmiendas a la Constitución:

Las propuestas de enmienda a la Constitución serán comunicadas a los Gobiernos Miembros por lo menos tres meses antes de que hayan de ser examinadas por la Conferencia o el Consejo Directivo. Las enmiendas entrarán en vigor para todos los Gobiernos Miembros cuando sean adoptadas por la Conferencia por el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos Miembros o cuando hayan sido adoptadas por el Consejo Directivo con el voto de dos tercios de dichos representantes.

Capítulo IX

Vigencia

Artículo 29. *Vigencia:*

A. Esta Constitución entrará en vigor una vez aprobada por el Consejo.

B. Queda derogada la Constitución anterior.

La presente Constitución fue firmada en la ciudad de Buenos Aires el segundo día del mes de octubre de mil novecientos cuarenta y siete.

** Revisiones aprobadas por el Consejo Directivo en su XIII Reunión, Resolución XXXVII (1961), en su XVI Reunión, Resolución XXV (1965), en su XVIII Reunión, Resolución II (1968) y en la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución I (1978).*

APÉNDICE 2

GOBIERNOS MIEMBROS

1. ANTIGUA Y BARBUDA
2. ARGENTINA
3. BAHAMAS
4. BARBADOS
5. BELICE
6. BOLIVIA
7. BRASIL
8. CANADÁ
9. CHILE
10. COLOMBIA
11. COSTA RICA
12. CUBA
13. DOMINICANA
14. ECUADOR
15. EL SALVADOR
16. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
17. GRANADA
18. GUATEMALA
19. GUYANA
20. HAITÍ
21. HONDURAS
22. JAMAICA
23. MÉXICO
24. NICARAGUA
25. PANAMÁ
26. PARAGUAY
27. PERÚ
28. REPÚBLICA DOMINICANA
29. SAINT KITTS Y NEVIS
30. SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS
31. SANTA LUCIA
32. SURINAME
33. TRINIDAD Y TABAGO
34. URUGUAY
35. VENEZUELA

GOBIERNOS PARTICIPANTES

- ◆ FRANCIA
- ◆ REINO DE LOS PAISES BAJOS
- ◆ REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

MIEMBRO ASOCIADO

- ◆ PUERTO RICO

GOBIERNOS OBSERVADORES

- ◆ ESPAÑA
- ◆ PORTUGAL

REPRESENTACIONES DE LA OPS OMS EN LOS PAÍSES

- ◆ ARGENTINA
- ◆ BAHAMAS
- ◆ BARBADOS
- ◆ BELICE
- ◆ BOLIVIA
- ◆ BRASIL
- ◆ CHILE
- ◆ COLOMBIA
- ◆ COSTA RICA
- ◆ CUBA
- ◆ ECUADOR
- ◆ EL SALVADOR
- ◆ GUATEMALA
- ◆ GUYANA
- ◆ HAITÍ
- ◆ HONDURAS
- ◆ JAMAICA
- ◆ MÉXICA
- ◆ NICARAGUA
- ◆ PANAMÁ
- ◆ PARAGUAY

- ◆ PERÚ
- ◆ REPÚBLICA DOMINICANA
- ◆ SURINAME
- ◆ TRINIDAD Y TOBAGO
- ◆ URUGUAY
- ◆ VENEZUELA

- ◆ OFICINA DE CAMPO EN EL PASO, TEXAS, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
- ◆ OFICINA DE COORDINACIÓN DE PROGRAMAS EN EL CARIBE. BARBADOS.

OFICINA CENTRAL

WASHINGTON, D.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

CENTROS COLABORADORES DE LA OPS EN MÉXICO

Centro Colaborador para Investigación en Reproducción Humana
 Instituto nacional de la Nutrición. "Salvador Zubirán"
 Dr. Fernando Larréa
 Departamento de Reproducción Biológica
 Vasco de Quiroga No. 15
 Viaducto Tlalpan y San Fernando. México 14000 D.F.

Centro colaborador para los Servicios Genéticos en la Comunidad
 Instituto nacional de la Nutrición. "Salvador Zubirán"
 Dr. Oswaldo M. Mutchinik
 Departamento de Genética
 Vasco de Quiroga No. 15
 Viaducto Tlalpan y San Fernando. México 14000 D.F.

Centro Colaborador para la Investigación en Dependencia a Drogas, Alcoholismo y Salud Mental
 Centro mexicano de Estudios en Farmocodependencia
 Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
 Antiguo camino a Xochimilco 101
 México 14370 D.F.

Centro colaborador para el Desarrollo de Recursos humanos
Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Alejandro Cravioto
Circuito interior 6to. Piso edificio B. Ciudad Universitaria.
México 045370 D.F.

Centro Colaborador para el Desarrollo de la Enfermería
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional
Autónoma de México
Mtra. Susana Salas
Antiguo camino a Xochimilco s/n. Col. San Lorenzo Huipulco
México 1°4370 D.F.

Centro Colaborador de Estudios para Epidemiología Ambiental
Instituto nacional de salud Pública
Dr. Juan Rivera Dommarco
Av. Universidad 655 Cuernavaca Mor. México

SECRETARÍAS DE GOBIERNO Y LA OPS

- ◆ SECRETARÍA DE SALUD
- ◆ SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
- ◆ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
- ◆ SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL
- ◆ SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE, RECURSOS NATURALES Y PESCA
- ◆ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN.

INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

- ◆ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
- ◆ INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
- ◆ DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)
- ◆ DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (DDF)
- ◆ COMISIÓN NACIONAL DEL AGUA (CNA)
- ◆ CENTRO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE DESASTRES (CFNAPRED)
- ◆ ESTADOS Y RED DE MUNICIPIOS SALUDABLES

- ◆ INSTITUTO MEXICANO DE TECNOLOGÍA DEL AGUA (IMTA)
- ◆ PARLAMENTO (COMISIONES DE SALUD)
- ◆ SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL (SINAPROC)

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

- ◆ AGENCIAS DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS
- ◆ AGENCIAS DEL SISTEMA INTERAMERICANO
- ◆ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
- ◆ BANCO MUNDIAL
- ◆ CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL (CIESS)

ASOCIACIONES ACADÉMICAS Y UNIVERSIDADES

- ◆ UNIVERSIDADES
- ◆ ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
- ◆ ACADEMIA NACIONAL DE CIRUGÍA
- ◆ ASOCIACIÓN MEXICANA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA (AMFEM)
- ◆ ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA (AMESP)
- ◆ FEDERACIÓN MEXICANA DE INGENIERIA SANITARIA Y AMBIENTAL (FEMISCA)
- ◆ ASOCIACIONES PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES SELECTIVAS

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- ◆ CENTRO DE INFORMACIÓN DE NACIONES UNIDAS (CINU)
- ◆ CENTRO MEXICANO DE EDUCACIÓN EN SALUD POR TELEVISION (CEMESATEL)
- ◆ PRENSA. RADIO Y TELEVISIÓN

CONVENIOS VIGENTES EN LA OPS EN MÉXICO

- ◆ ACUERDO BÁSICO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
- ◆ ACUERDO ENTRE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. REFERENTE AL ESTABLECIMIENTO DE UNA OFICINA DE LA REPRESENTACIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y A LOS PRIVILEGIOS E INMUNIDADES NECESARIAS PARA SU FUNCIONAMIENTO.
- ◆ ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA PARA LA CERTIFICACIÓN DEL REGISTRO DE MEDICAMENTOS ENTRE LA SSA. Y LA OPS.
- ◆ CONVENIO GENERAL DE COORDINACIÓN DE ACCIONES ENTRE LA OPS Y EL CENAPRED. PARA ESTABLECER LAS BASES DE REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y DIFUSIÓN EN ÁREAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE DESASTRES.
- ◆ ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LA SSA. Y LA OPS. PARA LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.
- ◆ CONVENIO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LA OPS. PARA EL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES EN CONDICIONES ÓPTIMAS PARA AFRONTAR SITUACIONES DE DESASTRES.
- ◆ CONVENIO DE COOPERACIÓN DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE EL INSTITUTO SEGURIDAD Y SERVICIOS DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE) Y LA OPS.
- ◆ CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN ENTRE LA FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA SIGLO XXI (FIDF) Y LA OPS.

- ◆ ACUERDO DE COOPERACIÓN TÉCNICA Y ACADÉMICA ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y LA OPS.
 - ◆ CONVENIO ENTRE LA FUNDACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y EDUCACIÓN (PAHEF) Y LA FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD (FUNSALUD).
 - ◆ CONVENIO ENTRE EN INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) Y LA OPS.
 - ◆ CONVENIO PARA EL PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCIÓN ENTRE LA OPS Y EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
 - ◆ CONVENIO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y LA OPS.
 - ◆ CONVENIO GENERAL DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE EN CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL (CIESS) Y LA OPS
- ACUERDO DEL PROYECTO ENTRE EN GOBIERNO DE MÉXICO Y EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA APOYAR AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA SSA. ORGANISMO EJECUTOR: OPS.