



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**ACUERDOS EN MATERIA DE SALUD ENTRE
MÉXICO Y BELICE:
EL CASO DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL ESTADO DE TABASCO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES
P R E S E N T A :
ELBA LETICIA ATILANO CABALLERO

ASESOR: LIC. CONSUELO DÁVILA



MÉXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**A todas las personas que colaboraron
en la realización de este trabajo.**

**A mis seres queridos, sobre todo a
mis hijas Doménica y Valentina.**

Índice

Introducción	1
Capítulo 1	
Organismos de salud del Sistema de Naciones Unidas	7
1.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)	9
1.2 Organización Panamericana de la Salud. (OPS).	14
Capítulo 2	
Políticas de salud de México y Belice	20
2.1 Secretaría de Salud de México y Secretaría de Salud de Tabasco	29
2.1.1 Secretaría de Salud de México	32
2.1.2 Secretaría de Salud de Tabasco.....	40
2.2 Ministerio de Salud y Deportes de Belice	50
Capítulo 3	
Acuerdos de colaboración	57
3.1 Primeros acuerdos.	63
3.2 Acuerdo de colaboración entre la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice. (11 de junio de 1997).	69
3.3 Acuerdos posteriores	72
Conclusiones	78
Bibliografía	84
Anexos	87

Introducción

El objetivo del presente trabajo es rescatar y analizar los convenios en materia de salud firmados entre México y Belice así como por el Gobierno del estado de Tabasco; a fin de contar con un marco de referencia que permita que los mencionados convenios internacionales sean aprovechados por las instituciones del sector salud así como por universidades, escuelas de medicina y otras entidades del área de salud del estado de Tabasco.

La falta de conocimiento y utilización de estos instrumentos orientados a propiciar y facilitar ciertas políticas y acciones en áreas muy concretas del terreno de la salud regional, ha impedido que los diversos actores del campo de la medicina del estado de Tabasco, se puedan beneficiar.

Los convenios constituyen instrumentos jurídicos a través de los cuales las partes firmantes se comprometen a desarrollar intercambios y cooperación en áreas específicas. Los convenios firmados entre México y Belice tienen el propósito de establecer mecanismos que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de las políticas de salud regionales basadas en las propias políticas internas de ambos países y en los programas de los organismos del sistema internacional e interamericano de salud.

A pesar del esfuerzo que requieren para concretarse y de que tienen la finalidad de compartir experiencias en problemas de interés común, nos encontramos con que los convenios no se han aprovechado. Una de las causas de esta falta de aprovechamiento o de utilización, puede ser la escasa difusión que se hace de ellos. Como ejemplo, en el Acuerdo de colaboración en materia de salud que firmó la Secretaría de Salud de Tabasco con el Ministerio de Salud de Belice en junio de 1997, el Artículo II, dice que "...para los fines del presente acuerdo las partes elaborarán conjuntamente programas de a) Intercambio Académico y b) Cooperación Técnica en Materia de Salud." Sin embargo, ningún documento sobre dicho acuerdo fue remitido a los hospitales del sector o a la escuela de medicina de la universidad local y por lo tanto se desconoce su contenido y las posibilidades que ofrece en el amplio espectro del ámbito internacional de la salud y su incidencia a nivel local.

Surge entonces la necesidad de elaborar un documento en el cual se incluyan los convenios mencionados como una contribución para que todos aquellos que se dedican al área de la salud en el estado de Tabasco puedan tener acceso a las ventajas y oportunidades que brindan estos instrumentos internacionales.

El tema de esta investigación: Acuerdos en materia de salud entre México y Belice, el caso de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, es interesante porque nos permite abordar varias facetas de las relaciones de México con un país vecino de Centroamérica.

Es novedoso debido a que se trata de una relación con un estado vecino que tiene raíces históricas, étnicas y culturales diferentes al nuestro pero que comparte largos vínculos por cuestiones limítrofes; un país que hasta 1981 pudo librarse del protectorado de Gran Bretaña y conseguir su independencia, plantea nuevas oportunidades de vinculación y de intercambio para nuestro país, en el vasto escenario regional.

En este contexto, se abordan las relaciones bilaterales México-Belice en un área específica como es la salud y se estudia un ejemplo concreto con el acuerdo de colaboración que firmaron conjuntamente la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice, en el año de 1997.

El estudio de este acuerdo es importante porque no se ha hecho la difusión necesaria sobre el mismo, en el propio estado de Tabasco, lo que imposibilita la interacción de las entidades de

salud locales en la utilización o fortalecimiento de este instrumento de colaboración internacional.

También, considero fundamental que se puedan reunir los convenios firmados con un análisis de lo que cada uno ofrece, como una forma de difundir los acuerdos de carácter internacional que pueden contribuir a enriquecer las iniciativas locales de salud, como parte de una iniciativa mundial.

En este sentido, este trabajo de investigación pretende ofrecer un aporte, aún modesto, para la difusión de los acuerdos de cooperación en materia de salud entre México y Belice, a fin de que sus diversas disposiciones sean aprovechadas.

Los esfuerzos internacionales de cooperación, en general, han contribuido a resolver problemáticas específicas entre Estados y regiones; por lo que considero que ciertos problemas particulares en el terreno de la salud podrían ser atacados de manera más eficiente en el Estado de Tabasco si se hiciera uso de los convenios que tiene suscritos con Belice, tal es el caso del programa en materia de vigilancia epidemiológica, así como de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, tema sobre el cual se firmó una declaración conjunta entre los

Ministerios de Salud de Guatemala, México y Belice en el año 2000 y del cual la OMS y la OPS tienen sendos programas.

La presente investigación se abordará de la siguiente manera: en el primer capítulo se presentarán los organismos internacionales de salud por ser los organismos rectores en la materia y a cuyos lineamientos se acogen los planes y políticas de salud de México y Belice.

En especial se estudiará el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es la más alta autoridad directiva y de coordinación internacional en el campo de la salud. También se presentarán las principales directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el organismo regional de salud del sistema interamericano; y cuya misión esencial es cooperar con los estados de la región y estimular, promover y coordinar los esfuerzos en el combate a las enfermedades; prolongar la vida y el bienestar físico y mental de los habitantes de sus países miembros.

En el segundo capítulo se estudiarán las políticas de salud tanto de México como de Belice y el estado de Tabasco para entender el espacio en que coinciden estas políticas en el terreno de la salud y se formalizan en convenios interinstitucionales concretos.

En el tercer capítulo, se refieren los diferentes grupos de convenios firmados entre ambos países y en particular el suscrito entre el estado de Tabasco y Belice para evaluar su contenido, su nivel de aprovechamiento y las posibilidades que ofrecen para mejorar e incidir en los diferentes aspectos que se contemplan en los mismos.

Capítulo I

Organismos de salud del Sistema de Naciones Unidas

La importancia de partir en este capítulo con la presentación de los organismos de salud del sistema de Naciones Unidas, radica en enmarcar las prácticas de salud internacional precisamente en el campo de las relaciones internacionales. Es a través de la cooperación internacional que los problemas de salud pública mundial pueden ser controlados. La salud se encuentra inmersa en procesos de cambios estructurales y culturales en términos de valores, de oportunidades y de riesgos. La creciente movilidad de la población, de bienes y de la información, determina la transferencia de riesgos de la salud entre poblaciones.¹ Enfermedades infecciosas como el cólera o el SIDA deben ser combatidas no solo a nivel nacional sino que es preciso trascender fronteras estatales para unir esfuerzos a nivel regional e internacional.

Es en el marco de los organismos especializados de salud como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que se establecen las normas sobre los cuales se han abordado los problemas de la salud mundial y de su

¹ En la actualidad, la OMS y la OPS ofrecen el "Programa de Formación en Salud Internacional" mediante el cual contribuyen al desarrollo de líderes en salud internacional con una visión amplia de la evolución de las tendencias regionales y globales en salud, una fortalecida capacidad de acción para la cooperación internacional en salud y una capacidad para el pensamiento crítico hacia las principales tendencias y desafíos en salud.

interacción con la comunidad internacional, hasta llegar a los estados y sus instituciones; que se pretende ubicar el trabajo de esta tesina a fin de difundir los alcances de los convenios que México y el estado de Tabasco han firmado con Belice en el plano de la salud.

El origen de la OMS y la OPS tiene como antecedentes la Oficina Internacional de Higiene Pública en Europa y la Oficina Sanitaria Panamericana en América que ya funcionaban a principios de siglo.

La Oficina Internacional de Higiene Pública permaneció hasta el tiempo de la Sociedad de Naciones colaborando con sus nuevas instituciones, aunque la propia Sociedad creó la Organización de Higiene, ya prevista en el Artículo 23 del Pacto. Asimismo, todavía en el transcurso de la Segunda Guerra se inició el desempeño de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas UNRRA, (Washington, 1943), creada para enfrentar los resultados perniciosos de la guerra y cuyas funciones de salud se transfirieron a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Oficina Sanitaria Panamericana, fue creada como Oficina Sanitaria Internacional en el seno de la II Conferencia

Internacional Americana celebrada en la ciudad de México en 1902; en 1923 cambió su nombre al de Oficina Sanitaria Panamericana, el actual órgano ejecutivo de la OPS, considerado el organismo de salud que tiene casi 100 años de experiencia.²

México es miembro de ambos organismos desde su creación y ha tenido una relevante participación³ y beneficio de sus proyectos así como el reconocimiento a la trayectoria de sus especialistas, los cuales han sido distinguidos con diversas encomiendas entre las que destaca la candidatura a la Presidencia de la OPS.

1.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)

Creada en 1946 en la Conferencia Internacional de Salud organizada por el ECOSOC (Consejo Económico y Social), aprobada por la Asamblea General en 1947, entra en vigor en 1948. La Organización Mundial de la Salud (OMS), es un

² Edmund Jan, Ozmańczyk. Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales. Ed. FCE, México, 1996, p.829.

³ México tiene una consistente actuación en los procesos de las Cumbres mundiales, por ejemplo: en el año de 1998, en el seno de la II Cumbre de las Américas celebrada en Santiago de Chile en 1998, fue asignado como el coordinador regional del renglón de Educación cuyo Plan de Acción señala que .."los programas intersectoriales de educación, salud y nutrición, así como las estrategias educativas para la primera Infancia, tendrán prioridad, en cuanto contribuyen mas directamente a los planes de lucha contra la pobreza". En este caso, la OPS desempeña una función de apoyo en el renglón de educación sanitaria, en particular en la iniciativa escolar de promoción de la salud y nutrición. También en el año 2000 fue el anfitrión de la V Cumbre Mundial de Promoción a la Salud que se celebró en la ciudad de México.

organismo especializado⁴ de las Naciones Unidas al cual pertenecen 191 países, tiene como objetivo lograr que toda la población alcance el mayor nivel de salud posible. La salud definida como un estado de salud completo en los planos físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades.⁵

La OMS es la autoridad internacional en el campo de la salud, dirige y coordina las acciones de salud internacional, promueve la cooperación técnica y científica entre los países miembros y contribuye a fortalecer los servicios de salud de los gobiernos a través de asesoría técnica apropiada; así como asistencia médica y técnica en casos de emergencias y desastres. Sin embargo, reconoce que el desarrollo tecnológico no basta para garantizar la salud de la población ya que tienen que ser tomadas en cuenta una serie de condicionantes de orden civil, cultural, económico, político y social.

⁴ Para efectos de la redacción de la Carta de Naciones Unidas, Luis Miguel Díaz refiere en su obra "La Sociedad de Naciones y las Naciones Unidas", que los organismos especializados surgen de la necesidad de adoptar un sistema de descentralización más idóneo que el establecido por la Sociedad de Naciones a través de una vinculación coordinada por el ECOSOC y fiscalizada por la Asamblea General cuyas disposiciones aparecen en la misma Carta; tienen un carácter autónomo ya que poseen su propio ordenamiento jurídico independiente del aplicable a la organización lo que les permite funcionar como agentes de cooperación en los campos social, cultural y humanitario. Luis Miguel Díaz. La Sociedad de Naciones y las Naciones Unidas. Ed. Manuel Porrúa, México, 1984, pp.116-119.

⁵ Esta definición se encuentra en el Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y se contempla asimismo en el Artículo I de la "Declaración de Alma Ata" de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria a la Salud celebrada en la anterior Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas en septiembre de 1978.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la cooperación impulsa la investigación en la salud en base a necesidades específicas de regiones o países, realiza planes, proyectos y programas de promoción de la salud, de prevención y control de epidemias, de enfermedades endémicas, de nutrición, refugio, aspectos ambientales y el tema más actual; la salud mental, entre otros aspectos y, evalúa asimismo el desempeño de los sistemas de salud, todo esto en estrecha colaboración con sus socios, oficinas regionales y organismos especializados en cada materia.

Su acción es del mismo modo, científica y ética, ya que el mejoramiento de la salud no se logra sólo con recursos financieros o alta tecnología, se requiere una conciencia social y un cometido común que permita compartir los avances de las ciencias de la salud con toda la sociedad. En el plano financiero, la OMS tiene claro el papel que los países altamente desarrollados juegan en cuestiones de capacitación médica y de desarrollo tecnológico para propiciar el acceso a los servicios de salud de los más desprotegidos.

Un ejemplo del trabajo conjunto que lleva a cabo con otras organizaciones del sistema de Naciones Unidas para mejorar la salud lo constituye aquel realizado con el Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF) que lanzó una iniciativa para alimentar a los pequeños con seno materno a través de su programa "Hospital amigo del niño y de la madre", al cual pertenecen la mayoría de los hospitales en el mundo y por supuesto también de México. Asimismo, colabora con ONUSIDA que agrupa a otros seis organismos para controlar la proliferación del VIH/SIDA.⁶

La OMS mantiene una estrecha colaboración con los organismos financieros de las Naciones Unidas, con agencias bilaterales, con organizaciones gubernamentales y con mas de 180 no gubernamentales (ONGs); su trabajo conjunto con el Club Rotario Internacional en su lucha contra la polio es una muestra importante. Mantiene una estrecha relación con casi 1,200 instituciones líderes relacionadas con la salud en todo el mundo designadas oficialmente como Centros de Colaboración de la OMS.

En sus mas de 50 años, la Organización Mundial de la Salud, ha contribuido a mejorar notablemente la salud del hombre pero sus

⁶ En 1996, se creó el "Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA" ONUSIDA (UNAIDS en inglés). Este Órgano tiene funciones de una agencia especializada de Naciones Unidas y se propone que la cooperación para erradicar la enfermedad sea mas eficiente y directa tanto con los gobiernos y todos los organismos y agrupaciones que son parte de ONUSIDA. Lo integran: El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población PNUFID, el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas PNUFID, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura UNESCO, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Banco Mundial.

necesidades son más grandes que lo que ha logrado. Enfermedades como el cólera y la malaria que eran un problema en 1948 y que fueron combatidas fuertemente, tienen hoy una peligrosa recurrencia. Hay otras llamadas enfermedades re-emergentes, como la tuberculosis, cuyo combate se agrava aún mas por la resistencia tan fuerte a los antibióticos existentes; el SIDA es otra de las pandemias a afrontar pues, según datos de la OMS, en el año 2000 ya había 22.6 millones de personas infectadas y 30 millones de portadores.⁷ La salud mental es otro rubro prioritario de la OMS en este nuevo siglo.

De cara al Siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud tiene el reto de involucrar a toda la comunidad internacional en sus cometidos, el escenario mundial de la salud en constante crecimiento, evolución y actividad y le plantea nuevas tendencias orientadas al desarrollo de la seguridad humana que solo puede ser posible a través de la cooperación en todos los renglones.

Según apreciaciones de la Dra. Gro Harlem, Directora General de la OMS, " La búsqueda de la equidad y la justicia en el ámbito de la salud supone ahora la participación de más personas que nunca...la colaboración con otros interesados permitirá plasmar las ideas y los compromisos en mejores y más eficaces sistemas

⁷ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 2000. P.27.

de salud, si la salud ya ocupa un lugar central en los programas de desarrollo nacionales e Internacionales, se reconoce cada vez más que la buena salud es un requisito previo para que las comunidades estén en condiciones de luchar contra la pobreza... pues la pobreza, perpetúa la mala salud"; y acota: " debemos hablar públicamente de la información que poseemos, debemos ampliar el ámbito de las organizaciones que están en condiciones de actuar para reducir el exceso de mortalidad y los riesgos para la salud humana..."⁸

1.2 Organización Panamericana de la Salud. (OPS)

Este organismo internacional de salud pública, tiene sus orígenes en 1902 en su antecesora, la Oficina Sanitaria Panamericana (su actual órgano ejecutivo) que cambia su nombre a Organización Panamericana de la Salud en 1923. Funciona como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (1946) y es, asimismo, el organismo especializado en salud dentro del Sistema Interamericano de la Organización de Estados Americanos (OEA).⁹

⁸ Discurso de la Directora General de la OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud. México, Junio de 2000.

⁹ La Organización de Estados Americanos surge de la reunión de 21 países americanos en Bogotá, Colombia en abril de 1947. A través de la Carta de la Organización de Estados Americanos se confirma el respaldo a las metas comunes y a respetar la soberanía de los firmantes. En la actualidad pertenecen a ella Canadá y las Naciones del Caribe. La Cumbre de las Américas es el proceso que reúne a todos los miembros cada año, incluyendo a España como invitado, y en la cual se le confieren responsabilidades y mandatos. Entre éstos, se incluyen la libertad de pensamiento y expresión, el fortalecimiento de la democracia y la protección a los derechos humanos, así como la

Washington es la sede de la organización, cuenta con oficinas representativas en 27 países, tiene nueve centros científicos y todo su personal especializado trabaja con los países de América Latina y el Caribe para abordar temas prioritarios de salud. Las autoridades sanitarias de los 35 estados miembros fijan las políticas técnicas y administrativas de la organización por medio de los cuerpos directivos y, a través de los compromisos suscritos junto a la OMS y otros foros internacionales buscan cumplirlos uniendo esfuerzos a nivel nacional, regional y mundial.

ESTADOS MIEMBROS DE LA OPS

- Antigua y Barbuda
 - Argentina
 - Bahamas
 - Barbados
 - Belice
 - Bolivia
 - Brasil
 - Canadá
 - Chile
 - Colombia
 - Costa Rica
 - Cuba
 - Dominica
 - Ecuador
 - El Salvador
 - Estados Unidos
 - Granada
 - Guatemala
 - Guyana
 - Haití
 - Honduras
 - Jamaica
 - México
 - Nicaragua
 - Panamá
 - Paraguay
 - Perú
 - República Dominicana
 - San Cristóbal y Nieves
 - San Vicente y las Granadinas
 - Santa Lucía
 - Surinam
 - Trinidad y Tobago
 - Uruguay
 - Venezuela
- Puerto Rico Miembro Asociado.
 - Francia Holanda y Reino Unido Son Estados Participantes.
 - España y Portugal Son Estados Observadores

FUENTE: OPS: <http://www.paho.org/spanish/What-PAHO.htm>

promoción de la paz, el comercio (para lo cual apoya el proceso de creación de un Área de Libre Comercio de las Américas) y la seguridad y la lucha conjunta para enfrentar problemas cada vez mas complejos causados por la pobreza, el narcotráfico y la corrupción.
<http://www.oas.org/defaultesp>

Su presupuesto está conformado por las aportaciones bienales de sus miembros, la partida que le tiene asignada la OMS a la Oficina Regional de las Américas, fondos de los organismos financieros internacionales y fondos extrapresupuestales.

La misión esencial de la Organización es promover la cooperación técnica entre todos los estados miembros¹⁰ y la cooperación para que su población alcance la salud para todos y por todos en concordancia con la OMS. En esta labor se involucran a los organismos internacionales, ministerios de salud, organismos gubernamentales y no gubernamentales, universidades, organismos de la seguridad social, organismos civiles y grupos comunitarios.

Por otro lado, la OPS se avoca a fortalecer la capacidad del sector salud en los países de la región para impulsar sus programas, mediante la acción intersectorial que permite promover un enfoque integral de los problemas de salud. Con estrategias de atención primaria a la salud se extienden los servicios a la comunidad y se aumenta la eficiencia en el uso de

¹⁰ Es a través de la Oficina de Relaciones Externas que la OPS coordina sus acciones especialmente con el sistema Interamericano, el Sistema de Naciones Unidas, las instituciones internacionales de crédito, los organismos de cooperación bilateral, las organizaciones no gubernamentales, coordina la movilización de los recursos aportados en forma voluntaria, presta apoyo técnico para obtener y gestionar cooperación internacional en materia de salud y coordina el Proceso de Examen de Proyectos. www.paho.org/

los escasos recursos. El Programa de Municipios Saludables emanado de la OMS y coordinado por la organización, es un claro ejemplo que ya funciona en diversos países. "La misión de los municipios saludables y Movimiento de las Comunidades es fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud a nivel local, colocando la promoción de la salud como la más alta prioridad del programa político; apoyar la participación de las autoridades del gobierno y la participación activa de la comunidad, fomentar el diálogo, compartir el conocimiento y experiencia y estimular la colaboración entre los municipios y los países".¹¹

La OPS colabora con los países en la lucha contra enfermedades que han reaparecido, tales como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y enfermedades nuevas como la epidemia del SIDA.¹²

¹¹ En México se inició formalmente este movimiento hace cinco años y ya pertenecen a él más de 1000 municipios de los 2,419 que tiene en total. "La red se ha constituido en un espacio de intercambio de experiencias en donde los presidentes municipales tienen la oportunidad de conocer, concertar y coordinar trabajos a favor de la salud y el bienestar de sus municipios. Una estrategia importante para fortalecerla ha sido la organización de reuniones de carácter técnico que la Secretaría de Salud de México promueve de manera continua y sistemática. A partir de 1995, se han efectuado 10 reuniones temáticas, cuatro reuniones nacionales (la de 1999 se llevó a cabo en el estado de Tabasco, en coordinación con la OPS y Secretaría de Salud estatal, entre otras instituciones); una conferencia internacional y el II Congreso Latinoamericano de Municipios y Comunidades Saludables". www.paho.org municipios saludables.

¹² En el Informe Anual sobre Vigilancia del SIDA en las Américas, de mayo de 2000, se señala: La OPS dentro de su división de Prevención y Control de Enfermedades lleva a cabo el "Programa Regional de SIDA/ITS", el cual forma parte del "Grupo de Trabajo de OMS/OPS/ONUSIDA para la Vigilancia Mundial del VIH/SIDA e ITS". El Programa Regional de SIDA/ITS brinda colaboración técnica para la prevención y control de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en toda América. El propósito de este programa es promover, diseñar y facilitar actividades técnicas y de formulación de políticas, a fin de mejorar la capacidad de los Estados Miembros para reducir el número de nuevas infecciones además de proporcionar atención oportuna y adecuada a las personas afectadas por el VIH/SIDA. El apoyo técnico que otorga el programa consiste en diseminación de información, capacitación,

No descuida por otra parte, su participación para el ataque a las enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer. Orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables incluidos los niños, madres, los indígenas, los refugiados y personas desplazadas. Su interés es enfocar estos problemas en un plano panamericanista que fomente el trabajo conjunto de los países sobre aspectos comunes. La OPS reconoce el apoyo del sector privado para la prestación de los servicios y el papel de las importantes contribuciones de financiamiento externo de países no miembros que permiten llevar a cabo programas e iniciativas que responden a necesidades vitales de salud¹³, o el caso del empresario Bill Gates que donó a la OPS 4.9 millones de dólares destinados a contribuir a la seguridad hematológica en el continente americano y detectar, aparte del SIDA, la presencia de otras enfermedades como la hepatitis B Y C, sífilis y la enfermedad de Chagas hasta el año 2003, que nos muestra la adhesión de la comunidad internacional a estos esfuerzos. ¹⁴

La OPS también promueve el debate y el análisis sobre la salud en el desarrollo humano en las agendas de las cumbres

cooperación técnica directa y movilización de recursos. OPS/OMS; Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual, Mayo, 2000, 18.pp.

¹³ Por ejemplo, el caso de Suecia, citado en su página de Internet, país que ha apoyado desde hace 15 años el proyecto de la Reunión del Sector Salud de América Central (RESSCAD), que contempla la seguridad social y el saneamiento del agua. www.paho.org/DPI/press

¹⁴ La Fundación Bill y Melinda Gates otorga 4.9 millones de dólares a la OPS para mejorar la seguridad de la sangre en las Américas". OPS. Boletín Epidemiológico. Vol.21 No.4 OPS. Washington.

presidenciales y en los organismos y mecanismos regionales, fomentando la participación de los ministerios de salud, agricultura, ambiente, familia, trabajo y desarrollo social. Es a través de la cooperación multi y bilateral u otras modalidades de la cooperación internacional cuyo objetivo es conseguir un beneficio mutuo de los participantes, como se suscriben instrumentos avalados por las respectivas instituciones de los estados participantes.

Por tanto, la actividad desplegada en el campo de la salud en la región centroamericana y del caribe por las instituciones de México y Belice se ubican en políticas ya establecidas por la OPS, y en las líneas de sendas políticas exteriores formalizándose a través de instrumentos interinstitucionales.

Capítulo 2

Políticas de Salud de México y Belice

En este apartado se estudiarán las políticas de salud tanto de México como de Belice para explicar en qué contexto se suscriben los convenios internacionales que analizaremos mas adelante. Dentro de las políticas de salud veremos cómo funcionan la Secretaría de Salud de Tabasco y el Ministerio de Salud de Belice y su vínculo con los organismos internacionales de salud, especialmente con las instituciones del sistema interamericano.

Centroamérica es una región prioritaria para la política exterior de México.¹⁵ Históricamente, Guatemala y Belice por ser los países limítrofes, han estado profundamente arraigados en la problemática independentista y de límites.

El interés político, económico y comercial dirigido hacia esos países es manifiesto en las acciones que sustentaron la política externa de cooperación internacional desplegada por México desde los años sesenta con la participación en el Mercado Común

¹⁵ Ello ha sido así en diferentes momentos históricos de la diplomacia mexicana. Actualmente, uno de los objetos de la política exterior mexicana es el desarrollo del Plan Puebla-Panamá que incluye a los países centroamericanos.

Centroamericano y con la firma de los primeros Convenios de Cooperación Técnica y Científica en 1966 en los cuales no participó Guatemala. En la década de los setentas, se suscribieron convenios bilaterales en materia cultural y de intercambio tecnológico afectados por la crisis económica de 1976. En 1977, el Presidente José López Portillo, apoyó la independencia de Belice y reconoció al Frente Sandinista de Liberación Nacional en Nicaragua y al Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional en el Salvador, como fuerzas beligerantes en 1979.

A estas acciones le siguieron, en los años ochenta, una participación mas activa en los asuntos de la región considerada por México desde una perspectiva geopolítica y de seguridad nacional, al liderar las acciones del Grupo Contadora¹⁶ en la búsqueda de la pacificación en Centroamérica a través de la negociación política y diplomática. También impulsó el Acuerdo de San José, firmado entre México y Venezuela, para ofrecer

¹⁶ A instancias de México, se unen Colombia Panamá y Venezuela para lograr un acuerdo de paz y con ello garantizar la seguridad de los países centroamericanos. En este marco, se creó también el CADESCA, Comité de Acción de Apoyo al desarrollo Económico y Social de Centroamérica, con el propósito de promover la cooperación internacional de la región. Integrado en 1983 por Colombia, México, Panamá y Venezuela. Para Juan José Bremer, distinguido miembro del cuerpo diplomático mexicano, definió así al Grupo Contadora ... "el Grupo de Contadora es una expresión latinoamericana que persigue la estabilidad del área, al tiempo que exige el cabal respeto a la identidad y a la libre determinación de los pueblos".

Antología de Textos sobre Política Exterior. Comité Ejecutivo Nacional del PRI. Juan José Bremer, Secretario de Div. Ideológica. México, 1986. P. 124.

apoyo a la región en cuestiones energéticas.¹⁷ En 1985 la firma del primer Convenio de Cooperación Científica y Técnica entre México y Belice formaliza el acercamiento que ya existía con Belice al surgir a la vida independiente y México es el primer estado con el que estableció relaciones. En los años noventa, se creó la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica (CMCC), a fin de contar con un mecanismo de coordinación y evaluación de las dependencias mexicanas que ya realizaban acciones de cooperación con Centroamérica, y a la cual quedó adscrita Belice y las naciones del Caribe en 1994.¹⁸

La actual interlocución de México en la región centroamericana y caribeña, así como los vínculos bilaterales, tienen su base en el máximo foro de cooperación en la zona que es la Reunión Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de Centroamérica y México, del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. Según datos de la Secretaría de Relaciones Exteriores, para 1995 más de 30 millones de dólares fueron canalizados a la región del Caribe y a los siete países centroamericanos, incluido Belice.¹⁹

¹⁷ En 1980, México y Venezuela firman la Declaración Conjunta en San José de Costa Rica, mediante la cual se comprometieron a beneficiar a través del suministro, de manera conjunta, y por partes iguales, a Barbados, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá y República Dominicana 160 mil barriles de petróleo diarios con un crédito del 20%, siempre y cuando el precio del barril fuera superior a los 15 dólares.

¹⁸ Cooperación México-Centroamérica. Documentos Básicos I. México. Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica. 1993. Pp.11-17.

¹⁹ México lleva a cabo una gran actividad de cooperación técnica hacia Centroamérica a través del Programa de Fortalecimiento de la Oferta de Cooperación Técnica de México a Centroamérica y el Caribe, que ejecuta la

México y Belice, ligados desde hace más de un siglo por cuestiones limítrofes, sostienen actualmente una relación sustentada por las acciones de cooperación que les son comunes a la región: la energía, las vías de comunicación, los problemas de salud, la dinamización de su comercio o la cooperación educativa y cultural. Ambos miembros de la ONU, la OMS/OPS, el Mercado Común Caribeño CARICOM y otros organismos regionales, han establecido sus relaciones el marco del Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica de 1995 mediante el cual México apoya al sector agropecuario, medio ambiente, vivienda y pesca, salud, desarrollo urbano, educación técnica y gestión pública.

Ese mismo año se modificó el Programa de Cooperación Educativa y Técnica entre la Secretaría de Educación Pública del Gobierno de México y el Ministerio de Educación de Belice, a través de una prórroga que contemplaba el área de capacitación para el desarrollo.²⁰

Secretaría de Relaciones Exteriores con apoyo de la OEA a través de un presupuesto bianual de casi un millón de dólares para efectuar acciones de capacitación, consultoría, envío de expertos, pasantías, seminarios y mas de 1,300 proyectos varios.

²⁰ Según datos de la Comisión Mexicana para la cooperación con Centroamérica, en 1997, se firmó el Acta Final de la VI Reunión de la Comisión Mixta de Cooperación Educativa-Cultural entre México y Belice, en la cual se aprobó el Programa de Cooperación Económica y Cultural para el período de 1995-1998, entre cuyos proyectos destaca la continuación del programa de becas que México otorga a Beliceños para estudiar licenciaturas y Belice ofrece becas para el University College of Belize para realizar estudios de inglés. Así como acciones de rescate, conservación y difusión del patrimonio histórico que ambos comparten.

La problemática regional de salud entre México y Belice se ha abordado desde el plano de la cooperación internacional a través de los organismos regionales de Naciones Unidas especializados en esta materia y las instituciones de cada país como la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud Central, así como las Secretarías de Salud de los estados colindantes con la frontera centroamericana, y los Ministerios del Exterior y de Salud y Deportes de Belice.

México, el estado de Tabasco y Belice enmarcan sus acciones regionales en materia de salud en concordancia a las políticas de salud que los organismos especializados y las instancias de salud estatales ya tienen identificadas; la pandemia del SIDA por ejemplo, es abordada por el Programa Mundial de ONUSIDA, por la OMS, por el Programa Regional de SIDA de la OPS , por la Declaración Trinacional México, Guatemala y Belice, firmada en el año 2000, así como por organismos nacionales de cada país. Sin embargo, si la información emitida por cada instancia no fluye a todas las demás y no se difunde a la sociedad, se pierde gran parte del esfuerzo al no existir la vinculación y el seguimiento de los programas.

Es a través de instrumentos de cooperación internacional, como el Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de los Estados Unidos y el Gobierno de Belice firmado en 1995 como se formaliza la ayuda. Este Convenio da origen a los mecanismos interinstitucionales que se firmaron entre el Ministerio de Salud y Deportes de Belice y de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco en 1997, y entre la Secretaría de Salud de México y el mismo Ministerio en octubre de 2000, así como la Declaración Conjunta de los Ministerios de Salud de Guatemala México y Belice en materia de vigilancia epidemiológica e ITS/VIH/SIDA.

México, país que tiene un territorio de casi dos millones de kilómetros cuadrados con una población estimada en el año 2001 en 95.8 millones de habitantes, con 2.3 millones de nacimientos , 425 mil defunciones, tiene un saldo migratorio de 300,000 personas y ha disminuído su tasa de natalidad de 26.8 por 1000 habitantes en 1992 a 24.6 en 1996. El porcentaje de personas en situación de pobreza es mas del 60%, sobre todo en los estados con población indígena. La esperanza de vida es de 73.2 en hombres y de 76.4 en mujeres y la tasa de mortalidad ha

disminuído debido a que existen mejores condiciones para elevar la calidad de la atención a la salud.²¹

En las políticas y planes nacionales de salud de México se contempla ampliar la cobertura y la prestación de servicios a la población con equidad y calidad; la atención a los problemas básicos de salud, epidemiológicos o demográficos actuales, implican una visión integral y la optimización de todos sus recursos a través de reformas, aumento en los insumos para la salud, la formación de recursos humanos especializados o el incremento en la cooperación técnica y financiera externa. En este mismo tenor, destaca la reorganización y una canalización óptima del gasto y el financiamiento sectorial ya que, para 1994, el gasto total del Sistema Nacional de Salud se estimó entre US\$19.7 Y 27.3 millones de dólares y el gasto en salud como porcentaje del PIB para 1992,1993 y 1994 alcanzó valores de 5.1% 5.6% y 6.1 respectivamente y de los cuales correspondió el 49% del total del gasto en el período de 1992-1996, a los hogares, a los empleadores el 29% y al Gobierno Federal el 22% del total del gasto en salud.²²

²¹ ssa@cenids.ssa.gob.mx

²² Ibid.

Tabasco, situado en la región Sureste de México tiene una superficie de 25,267 Kms. cuadrados²³ y una población de casi 4 millones de habitantes, contabiliza un 52% de mujeres y 48% de hombres. La población menor de 25 años es más del 60% y el 11.5% es menor de 5 años. El porcentaje de analfabetismo es de 10.1% y la tasa de mortalidad de 4.01% por cada 1000 habitantes, presentando una tendencia descendente en comparación a 1994.²⁴ Limita en la Frontera Sur con Guatemala compartiendo la región fronteriza centroamericana con Chiapas y Yucatán, quien a su vez, colinda con Belice. Tabasco forma parte del actual proyecto presidencial denominado Plan Puebla-Panamá, cuyo marco es el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, el cual busca mejorar la calidad de vida de los habitantes de la región a través de promover y consolidar el desarrollo del Sur-Sureste de México y de Centroamérica.²⁵

²³ Diccionario de Historia, Biografía y Geografía de México, Ed. Porrúa, 5ª. Ed México, 1986. p. 2810.

²⁴ Datos estadísticos para el año de 1999, emitidos por el Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Iberoamérica (CIDEIBER).

²⁵ El Plan Puebla Panamá está conformado por los siete países centroamericanos y México, con los nueve estados de la región Sur-Sureste entre los cuales se encuentra Tabasco. Cuenta con un Consejo Consultivo de Instituciones federales de México entre las que está la Secretaría de Relaciones Exteriores y un Grupo Técnico Interinstitucional conformado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la Secretaría de Integración Económica Centroamericana (SIECA) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre otros. Tiene como base ocho principios entre los que está el reto de lograr una inserción externa mas efectiva que aumente la competitividad de la región, a través de mejorar sustancialmente las condiciones de la población, del entorno económico incorporando, entre otros objetivos, a las pequeñas y medianas empresas en la estrategia de exportación, y vincular a la comunidad empresarial en proyectos de Inversión y las opciones de financiamiento disponibles, a la sociedad civil y a todos los actores sociales. En el Capítulo México del Plan, sobresale dentro de las propuestas: Impulsar la coordinación entre dependencias y entidades de la Administración Pública Federal con gobiernos de las entidades federativas y la concertación con sectores social y privado. Asimismo, en las Atribuciones propone que en los programas y presupuestos de las dependencias federales se prevean acciones relacionadas con los programas de desarrollo de la región Sur-Sureste de México.

El trabajo de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, se circunscribe en el Plan Estatal de Desarrollo establecido para el período 1994-2000, el cual busca garantizar el derecho a la protección de la salud de la población del Estado de Tabasco.²⁶

Belice, en la frontera Sur de México, tiene una población de aproximadamente 220,000 habitantes con una densidad de 8.2 personas por kilómetro cuadrado, cuenta con uno de los perfiles de población mas joven con el 44% menores de 15 años. De la población total, el 49% son mujeres y el 50.9% son hombres. Su población rural se ha visto incrementada por el constante flujo migratorio de personas provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras calculadas en aproximadamente 30,000, que representan un 13% de la población.

Cuenta con un crecimiento anual de población de 7.25%. Tiene una de las más altas tasas de nacimiento de la zona de CARICOM Comunidad Comercial del Caribe con 4.6. Su esperanza de vida es de 70 años para hombres y 72 para mujeres. En Belice coexisten diversos grupos étnicos, los creole (con herencia africana y europea) son el 30% del total de la población; los mestizos el

²⁶ Diagnóstico Sector Social y Salud del Gobierno del Estado de Tabasco, 2000. <http://www.gob.tab/>

43.6%, descendientes de los colonizadores españoles e indígenas, así como otros grupos autóctonos.²⁷

Los planes y políticas de salud en Belice están sustentados en el Plan Nacional de Salud 1996-2000 mediante el cual el Ministerio de Salud y Deportes inició una reorganización que abarca los sistemas de información, el financiamiento a la salud, el perfeccionamiento de los recursos humanos y el desarrollo y la planificación institucional. En este esfuerzo de reforma de los servicios de salud, la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo brindaron apoyo al Ministerio de Salud ya que más del 60% del financiamiento de la institución, proviene de la ayuda externa.²⁸

2.1 Secretaría de Salud de México y Secretaría de Salud de Tabasco

El actual sistema de salud en México, se funda en 1943 con el establecimiento de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La Secretaría de Salud fue creada con la unión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de

²⁷ www.belize.gob.bz/

²⁸ OPS .Perfiles por país. Belice.- <http://www.paho.org/>

Salubridad con el objetivo de asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública, para ampliar su misión asistencial y cubrir de manera mas integral a la población al margen de la seguridad social incluyendo desempleados y trabajadores de la economía informal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se creó para canalizar contribuciones tripartitas (estado, empresas y trabajadores) basado en un modelo mundial con sustento técnico en la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con el objetivo principal de cubrir la escasa oferta de servicios privados. En 1959, con la fundación del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se contribuyó a consolidar la diversidad del sistemas y pensiones y prestaciones de los trabajadores del gobierno.

El funcionamiento del sistema de salud, altamente centralizado, fue objeto de iniciativas de ampliación y regionalización de los servicios asistenciales hacia los estados y municipios, lo que llevó, a partir de 1983, a la descentralización de sus servicios. La descentralización se concibe como un proceso político-jurídico y administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos de la Federación a los gobiernos locales, que permitió a las autoridades estatales y municipales encargarse de las

actividades que no podrían ser controladas directamente por el gobierno central. Dicho proceso contribuyó también a fortalecer el federalismo ya que implicó la reforma de las Constituciones locales y la expedición de sus respectivas Leyes Estatales de Salud.²⁹

Estas y otras reformas a nuestro sistema de salud, tienen como fundamento los programas y modelos mundiales y regionales de la OMS/OPS y son evaluados a través del Marco de la OMS para Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud, cuyos resultados posibilitan el apoyo de los organismos financieros internacionales para la puesta en marcha de los proyectos por realizar. México cuenta con una Oficina Regional de la OMS/OPS en el Distrito Federal, lo que marca la importancia de la posición tradicional que nuestro país tiene en la zona.

En el ámbito del Estado de Tabasco, la actual Secretaría de Salud local asume el ejercicio de sus funciones pero vinculada a las políticas nacionales, a los foros regionales y a otras plataformas internacionales que le permitan cumplir con los compromiso y retos en la atención de salud de su población.

²⁹ Víctor Manuel Muñoz Patraca, "La Descentralización de los Servicios de Salud y de Educación en México en la búsqueda de una mayor justicia social". Ponencia presentada en el encuentro de 1998 de Latin American Studies Association (LASA 98), Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM. Chicago, Ill. 1998.

2.1.1 Secretaría de Salud de México

Es la institución federal rectora y normativa de todas las iniciativas de salud en nuestro país. Establece las normas de salubridad y regula los servicios, el control sanitario de productos y establecimientos, la certificación de profesionales y la acreditación de unidades de salud, la generación de estadísticas nacionales y la representación internacional del sector, integrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y otras dependencias como la de las fuerzas armadas, del petróleo y de la Universidad Nacional.

Su ordenamiento Jurídico se basa en la Ley General de Salud³⁰ cuyo marco son los Artículos 4º. Y 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley General de Salud es actualizada periódicamente, por ejemplo, a través de 52 reformas efectuadas en el año de 1998, se introdujo una nueva clasificación de los medicamentos, se propició el uso de genéricos en el ámbito privado, y se precisó, asimismo, la

³⁰ Con base en datos proporcionados por la Subdirección de Convenios de la Dirección Jurídica de la Secretaría de Salud en la ciudad de México, La Ley General de Salud fue instaurada en 1984, después del inicio de la descentralización de los servicios de salud hacia los estados y derogó lo dispuesto en el Código Sanitario en el cual se basaban todas las acciones de salud anteriores. En ese mismo año, 1984, las atribuciones del Sector Salud en cada estado se registran en sus respectivas Leyes Orgánicas.

competencia de la Secretaría de Salud en el control de células humanas, la vigilancia de productos biotecnológicos y la impresión de leyendas en envases de productos alcohólicos y de cigarrillos, entre otras.

La reorganización ha sido el principal pivote de las reformas del sector salud. Vincular los servicios eficientes y de calidad a la población con los trastornos derivados de los problemas epidemiológicos y demográficos actuales fueron contemplados como objetivos prioritarios en el Programa de Reforma del Sector Salud de 1995 y 1997. Por medio de este programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, se transfirieron a los estados los servicios de salud para la atención de la población abierta o no derechohabiente. En agosto de 1996, mediante un acuerdo nacional se transfirieron del nivel central a los estados 121,000 plazas, 7,370 bienes inmuebles y \$1,100 millones de dólares.

Desde 1996, funciona el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica que genera información de los servicios de salud en los diferentes niveles.³¹ Por ejemplo. Uno de los beneficios de este programa es la obligatoriedad de la institución

³¹ La OPS tiene un Programa de Vigilancia en Salud Pública en las Américas al cual son enviados los datos de México a través del Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología de la Dirección General de Epidemiología y de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, ambas de la Secretaría de Salud, así como por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

de extender certificado de defunción que permite un registro de la morbilidad.

Han sido objeto asimismo de regulación sanitaria la prevención y control de enfermedades, la delegación de facultades a los estados en materia de salud pública y las nuevas estructuras y órganos de la Secretaría de Salud: la integración de patronatos en hospitales, institutos y jurisdicciones sanitarias, la formación del Consejo Nacional de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que no existían antes de 1996.

La Secretaría de Salud también actúa con otras instancias del Gobierno Federal como la Comisión Nacional del Agua, para ejecutar un programa nacional de agua limpia, o un programa multisectorial de mejoramiento a la calidad del aire en la zona metropolitana del Valle de México; los trámites para el uso de sustancias químicas ante la Dirección General de Salud Ambiental, o la modernización del fomento sanitario y control de alimentos. En este mismo renglón, forma parte de la Comisión para la Cooperación con Centroamérica CMCC, junto con otras 23 instituciones federales y participa en programas de ayuda alimentaria a familias pobres, entre los cuales destaca el PROGRESA³² también integrado por diversas instituciones

³² El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), se inició en 1997 con el trabajo conjunto de las Secretarías de Salud, Educación y Desarrollo Social para apoyar a la población que vive en comunidades rurales en

federales y que dio cobertura a mas de 400,000 familias en todo el territorio nacional de los años 1997 al 2000; asimismo, colabora con el Instituto Nacional Indigenista que lleva acciones de salud, alimentación y saneamiento básico a 59 grupos étnicos ubicados en 1,000 municipios y 9,500 localidades.

La Secretaría de Salud atiende a mas de 40 millones de personas (consideradas de población abierta y no derechohabiente)³³ en todas sus unidades hospitalarias en el país que suman 17,622. De este total, cuenta con 778 de segundo nivel, las cuales cuentan con quirófanos y 160 de tercer nivel, que son aquellas que cuentan con quirófanos y consultas de subespecialidades como ginecología, pediatría, neurología, etc.³⁴

Por lo que hace a los insumos para la salud, la Secretaría es responsable de supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se producen y venden en el país elaborados por la industria farmacéutica que abastece el 90% del consumo nacional, además de exportar. Estas modificaciones de 1996 simplificaron los trámites de registro y se estableció un acuerdo

pobreza extrema y en una gran marginación. Actúa en tres renglones principales: apoya la alimentación familiar, la atención a la salud a todos los miembros de la familia y fomenta la asistencia de niños y niñas a la escuela a través de becas.

³³ La población abierta y no derechohabiente es aquella que no cuenta con servicio médico en virtud de la actividad a la que se dedique, a su situación económica o incluso por no estar inserta en el sistema laboral que le impide acceder a instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, o el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ISSSTE.

³⁴ Las restantes son unidades de Primer Nivel en los cuales solamente se ofrece consulta externa y no se realizan intervenciones quirúrgicas .

de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud para la certificación del registro de medicamentos y otras tantas acciones como el establecimiento del cuadro básico de medicamentos y la identificación de cada uno de éstos con su nombre genérico.

Los principales problemas de salud que enfrenta México están ligados a las condiciones socioeconómicas de su población, donde elementos como la falta de recursos económicos, las distancias, la infraestructura, los insumos y, hasta los recursos humanos inciden en la calidad de la atención a la salud. Para lograr avances, la Secretaría como cabeza de sector, ha emprendido diversas acciones que le permiten atender a un mayor número de personas, en las distintos campos de la producción en nuestro país. Con las reformas, la descentralización o creación de nuevos programas, comparte la organización, la operación y la vigilancia de los servicios de salud públicos y privados a lo largo del territorio y sus fronteras.³⁵ O participa activamente en las cumbres, reuniones y conferencias de salud. Así, enfermedades ligadas a la pobreza, como las enfermedades infecciosas intestinales y diarreicas, se ubican en primer plano en la problemática de salud de México junto a las enfermedades

³⁵ En este caso, en 1996, abrió el Programa de Ampliación de Cobertura consistente en un paquete básico de servicios de salud para la población con acceso limitado a los servicios médicos en la zona rural o la introducción del seguro familiar que inició el IMSS en 1997, para la afiliación voluntaria que requiere de una cuota voluntaria que se complementa con aportaciones gubernamentales.

respiratorias, las del aparato circulatorio, tumores malignos, los accidentes y la diabetes mellitus, las enfermedades del hígado y el SIDA, entre otras.

Para abatirlas, la Secretaría trabaja fuertemente en programas de promoción a la salud para la prevención y control de enfermedades a través de la educación para la salud y la participación social. (salud familiar, salud integral escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos).³⁶

Cooperación Técnica Financiera y Externa.- Para efectos de la cooperación internacional, la Secretaría de Salud a través de su Dirección de Relaciones Internacionales y la Dirección Jurídica que tiene un Departamento de Tratados, se coordina con la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través de la Dirección de Cooperación Científica y Técnica; y los documentos que elaboran se basan en la Ley Sobre la Celebración de Tratados de la propia Secretaría de Relaciones Exteriores. La Secretaría de Salud trabaja en la diversificación de la cooperación internacional en salud aprovechando los foros internacionales, regionales y nacionales, y registra que..." en 1996 se firmaron convenios de

³⁶ ssacenids@ssa.gob.mx op. cit.

cooperación con los gobiernos de Cuba y Guatemala y se iniciaron negociaciones con Alemania, Bélgica, Japón, Países Bajos y países de la Cuenca del Pacífico. Con América Central, la cooperación incluye el envío de expertos mexicanos, becas en instituciones del país y programas sanitarios en la frontera. El volumen de ayuda financiera externa recibida para salud descendió notablemente en 1995 (US\$ 4 millones) con respecto a 1990 (493 millones de pesos). En 1995 se contó con un crédito del Banco Mundial de \$310 millones de dólares para cinco años, de los cuales en el año 2000 se ejecutaron 60 millones.”³⁷ Las aportaciones financieras de México a organismos internacionales y a programas bilaterales de salud bajaron de manera drástica, de 25 millones de dólares que se ejercieron en 1992, a 8 millones actuales.

Consecuentemente a su desempeño en el ámbito internacional, México es ampliamente respetado en los foros internacionales de Salud, ha sido sede durante los últimos seis años de múltiples reuniones, destaca entre ellos la Quinta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud³⁸ organizada por nuestro país y la Organización Panamericana de la Salud y de la cual destacan algunos de sus puntos y acciones:

³⁷ www.ssa.gob.mx/noticias

³⁸ El 5 de junio de 2000, México fue sede de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud de cuyo documento final se citan los puntos mencionados. En esta Conferencia estuvieron presentes el Presidente mexicano

"1. Reconocemos que el logro del grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico de la equidad

- a) Situar a la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, nacionales e internacionales.
- b) Establecer y fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud."³⁹

Desde 1995, la Secretaría ha organizado 10 reuniones temáticas, cuatro reuniones nacionales en las cuales participa la OPS (la Tercera le correspondió al Estado de Tabasco en 1999), una Conferencia Internacional y el II Congreso Latinoamericano de Municipios y Comunidades Saludables.

Por lo anteriormente expuesto, notamos que la labor que realiza la Secretaría de Salud a nivel central, está enfocada a ofrecer el mejor nivel de atención posible en nuestro país, en el marco de

Ernesto Zedillo y la Directora General de la OMS Gro Harlem Brundtland, de quien ya citamos algunos conceptos vertidos en su discurso, en el primer capítulo de este trabajo, así como el Director de la OPS.

³⁹ En este punto, aludo al Programa de Municipios Saludables establecido por la OMS/OPS y que México implementó desde 1995. De los 2,419 municipios que existen en nuestro país, son ya más de mil los que conforman esta red. La Red de Municipios Saludables es un espacio donde los presidentes municipales conocen, concentran y coordinan Trabajos a favor de la salud y el bienestar de sus municipios.

una regulación jurídica actual que alienta el incremento de las potencialidades de cada entidad de salud bajo su tutela, lograr la optimización de los recursos, que lamentablemente no alcanzan a cubrir las necesidades nacionales de atención a la población abierta, así como incrementar el despliegue de sus lazos con la comunidad internacional en el campo de la salud en los niveles público y privado.

2.1.2 Secretaría de Salud de Tabasco

La Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, es la autoridad sanitaria en materia de salubridad general y de regulación de salud de acuerdo a las atribuciones registradas en la Ley Estatal de Salud y en la Ley Orgánica del Estado de Tabasco. Le corresponde planear, normar, coordinar y evaluar el sistema Estatal de Salud y lograr la participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios a la salud, a fin de garantizar el derecho a la salud. Asimismo, tiene a su cargo el control de los servicios de atención médica, salud pública, vigilancia epidemiológica, la formación de recursos humanos para la salud, promover las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico , así como "integrar y organizar la información relativa a las condiciones, recursos, servicios y educación para la salud en el Sistema de Salud y planear, normar

y coordinar las acciones para la aplicación en beneficio de la población”, entre otras.⁴⁰

A nivel estatal, encabeza las actividades del sector salud que integran además de la propia Secretaría de Salud, las delegaciones del IMSS, del ISSSTE, el DIF y los hospitales de PEMEX y cuenta con 17 jurisdicciones sanitarias que operan en cada uno de los municipios.

Los recursos con que funciona la Secretaría provienen del Gobierno Federal en un 39% aproximadamente, un 58% son recursos del estado, un 0.8 de fondos municipales y un 3% de hogares. Estos recursos son operados por el personal administrativo a cargo del Secretario de Salud que despacha en la ciudad de Villahermosa.⁴¹

Para efectos de mayor información sobre la Secretaría de Salud de Tabasco, motivo central de este trabajo, haré una breve secuencia histórica de las acciones realizadas desde principios de siglo:

⁴⁰ Apartado No.VII del Artículo 29 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Tabasco.

⁴¹ A. Arredondo, Políticas de Financiamiento y Descentralización, INSP, 1999-2001. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Figure 5: Health expenditure trends for the uninsured population, by type of contribution. Tabasco State, 1990-2000. Anuarios Estadísticos de la SSA, 1989-2000. Resultados de Entrevista Cualitativa con Personal Clave de la SSA a nivel Estatal y Municipal 1999-2000.

Al abordar la Historia de la Medicina en Tabasco, las epidemias son un referente natural por su situación geográfica con los inconvenientes de un clima tropical altamente húmedo donde las inundaciones han sido cosa común. Cólera, fiebre amarilla, paludismo, tuberculosis, etc. son enfermedades que han sido atacadas siempre. En el siglo XIX funcionaba un Hospital Militar y en 1843 se inaugura el Hospital Civil. En Tabasco, se vivían también los momentos difíciles por los que cruzaba México por sus problemas de la guerra con los Estados Unidos, cuando perdimos Texas, y de la invasión de los franceses con los que México había contraído deudas aparte de los propios Estados Unidos, España y Portugal.

En 1907 se abre el Hospital Civil en Frontera, Centla, una entrada y salida marítima muy importante en la época. En 1924, bajo el Gobierno de Tomás Garrido Canabal, se crea el Servicio Gratuito de Medicina para la clase trabajadora afiliada a la Liga de Resistencia. En este gobierno de Tomás Garrido el alcoholismo se combatía como se hacía con la tuberculosis, la sífilis y la locura que eran impedimento para celebrar matrimonios en 1926.⁴²

⁴² Gerardo Rivera. Historia de la Medicina en Tabasco. Ed. CEID, México, 1994. p. 152.

En el mismo año, la fiebre aftosa da un duro revés a Tabasco. El periódico oficial publica un decreto presidencial firmado por Plutarco Elías Calles donde dice que por acuerdo de la Secretaría de Agricultura y Fomento, se declara a Tabasco zona infectada por la epidemia de fiebre aftosa, asegurando que es en este estado donde dio inicio, por lo que en el mismo decreto se prohíbe que tanto vehículos, animales y gente puedan entrar o salir del territorio para que no infecten a los de otros estados de la República, imponiendo una cuarentena.⁴³ En 1929, aparte del alcoholismo, la homosexualidad también era considerada una vergüenza para la sociedad, por lo que todo aquel sospechoso de practicarla, era detenido y amenazado con ser enviado a las Islas Marías.

En 1937, se firmó un Acuerdo entre el Gobierno Federal y el Estatal para mejorar el servicio sanitario en Tabasco, con el objetivo de eliminar los focos de infección de epidemias como el paludismo y la fiebre tifoidea.⁴⁴ En 1939, firmaron otro para mantener los programas que ya llevaba a cabo el Departamento de Salubridad Pública, creando oficinas en todos los municipios del estado, con excepción de Tenosique, en donde ya operaba el Servicio Médico Ejidal Colectivo que dependía directamente del

⁴³ Ibid p.152

⁴⁴ Ibídem pp. 155-156

Departamento de Salubridad Pública central.⁴⁵ Es decir, que ya funcionaba una institución de salud en la frontera con Guatemala.

En 1959 inicia la Escuela de Medicina con solamente cuatro alumnos, lo que sería uno de los retos mas importantes pues formar médicos en el estado ya era impostergable. En ese entonces ya había un número considerable de especialistas provenientes de la ciudad de México y del extranjero que serían también sus maestros. En 1960 se inaugura el Hospital Infantil de Villahermosa, único en toda la zona del Sureste, y en 1963 se realizó la Tercera Reunión de la Sociedad Mexicano-Guatemalteca de Salud Pública.

En ese mismo año, 1963, se crearon los servicios Coordinados de Salud Pública dando origen a un primer intento de conjuntar los servicios de salud; en 1978 se fortaleció la salud rural mediante la creación de la Coordinación General de Salud y Bienestar Social por Acuerdo del Ejecutivo Estatal.

⁴⁵ Gerardo Rivera Op. cit. pp. 155-156

El Programa IMSS COPLAMAR, emanado del Gobierno de José López Portillo, significó un avance en la atención a la salud de la población de escasos recursos y zonas marginadas tabasqueñas que se cubrió con recursos federales y del propio instituto.

En este propio esfuerzo federal, y a fin de alentar la desconcentración de las actividades nacionales, el Gobierno Federal inició en 1983 la descentralización de los servicios de salud para la población abierta al que Tabasco pudo insertarse rápidamente. En marzo de 1984, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) entregó a la Coordinación General de Salud y Bienestar Social las instalaciones y recursos de las unidades de salud que tenía a su cargo como el Banco de Sangre, el Hospital del Niño y el Centro Oncológico entre otras.⁴⁶

En la actualidad, la Secretaría de Salud del Estado, cuenta con una red de 579 unidades de consulta externa, 25 hospitales de segundo y de tercer nivel; estos últimos a la altura de los mejores en el país y de la región. Como ejemplo podemos citar el Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", un Hospital escuela que cuenta con el aval de la UNAM, donde se han formado mas de 230 especialistas en pediatría provenientes de la República y países como Guatemala, República Dominicana, Colombia,

⁴⁶ <http://www.salud.tab.org>

Ecuador, etc. Otros centros de tercer nivel son el Hospital Roviroso, el de la Mujer, el Hospital Psiquiátrico, el Centro Oncológico, el Centro de Hemoterapia y el Centro de Educación para la Salud Escolar.

Los principales problemas de salud en Tabasco tienen relación directa a su situación geográfica, económica y social. Las condiciones climatológicas, las dificultades para acceder a los servicios de salud y otras como las carencias de insumos suficientes en comunidades apartadas dificultan, sobre todo a los sectores más desprotegidos, acceder a una buena atención de salud. La cobertura que ofrece la Secretaría de Salud la ubica, en promedio, en el lugar 12 en relación a los estados de la República, según datos que maneja el INEGI. La tasa global de mortalidad fue de 4.01% por cada 1000 habitantes y la esperanza de vida ha aumentado en comparación con 1995 de 66 a 71 años. Las enfermedades con más incidencia son las infecciosas y parasitarias, las cardiovasculares y la diabetes mellitus, así como los problemas epidemiológicos plenos en el cual existen avances importantes, sin embargo la movilización de las personas en la región, o el caso de la migración, conllevan riesgos potenciales de introducir enfermedades como el cólera, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual o la tuberculosis.

La participación de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco en el plano internacional ha sido muy activa. Según datos proporcionados por el Dr. Borbolla Sala, director de Enseñanza para el período 1994-2000, así como de los datos compilados durante mi desempeño en la Secretaría de Salud, destaco lo siguiente:

Los directivos de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, en el período 1994-2000, asistieron, junto con otros funcionarios estatales, a las reuniones regionales que tanto el Gobierno de la República como la Secretaría de Salud Central y la OPS organizaron en la zona fronteriza del sur con Guatemala y Belice. Es parte de las reuniones del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, así como de las realizadas en el marco del Tratado de Libre Comercio TLCAN con los estados del Golfo de México, Florida, Alabama, Missouri, Louisiana, Texas, Tamaulipas, Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

En la Agenda del Ejecutivo Estatal para el período 1994-2000, se focaliza a la educación, la salud y el fomento económico con metas que van mas allá del año 2000. En el renglón de inversiones se crearon instrumentos como la Ley de Fomento Económico, la Fundación Tabasco, el Centro Regional de

Competitividad Empresarial y la Casa de Tabasco en Houston, como centro de operaciones para los negocios en Estados Unidos de Norteamérica. Asimismo, Villahermosa como parte de las siete ciudades energéticas del mundo, se inserta en una dinámica internacional de primer orden.

Tabasco se ha beneficiado de estos contactos ya que se establecieron convenios tanto con la zona fronteriza del norte como en la zona fronteriza del sur. En la zona sur, específicamente con Belice, en el período de 1995 al año 2000, se renovó el Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica establecido en 1985, se firmó el Acuerdo de colaboración entre la Secretaría de Salud del Estado y el Ministerio de Salud de Belice en 1997, dando origen este último a una Carta de Intención para que la Secretaría de Salud de México firmara un Convenio de Cooperación en esta materia con la Secretaría de Salud de Belice en octubre del año 2000 y a otro evento importante: la Declaración Conjunta de los Ministerios de Salud de Guatemala, México y Belice en materia de vigilancia epidemiológica en la misma fecha.

La Secretaría de Salud tabasqueña también ha sido tomada como ejemplo por la OPS/OMS para difundir los trabajos que el Hospital de Medicina Familiar de Tierra Colorada ha llevado a

cabo. Fue visitado este hospital por especialistas argentinos interesados en firmar un convenio de colaboración para tomar este modelo y también por diversas comunidades de extranjeros como miembros de la Comunidad latina de Washington.⁴⁷ Asimismo, desde el Secretario de Salud, especialistas en todas las áreas y personal administrativo, asisten y participan en infinidad de congresos y reuniones internacionales en otros países, financiados por la importante industria farmacéutica lo que incide en su reconocimiento y actualización.

De estas acciones, no se ha elaborado documento alguno que permita difundir el trabajo en el ámbito internacional de la Secretaría de Salud de Tabasco, lo que resulta en la falta de utilización de los mismos por parte de las demás instituciones que conforman el sector, las universidades y escuelas de medicina y demás interesados, ya que las acciones en el campo de la salud se integran a toda la actividad estatal.

Asimismo, al no contar con un perfil de las acciones internacionales, tampoco se fortalecen otras que pueden ser reforzadas a nivel local por el referente de la participación de una institución mundial de salud.

⁴⁷ Entrevista Con el Dr. Manuel Borbolla Sala, Jefe de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, 12 de diciembre de 1999.

2.2 Ministerio de Salud y Deportes de Belice

De acuerdo al Plan Nacional de Salud 1996-2000, el Ministerio de Salud de Belice es el encargado de elaborar, implementar y evaluar las políticas de salud. Emite los reglamentos en cuestiones relacionadas con la salud. También reconoce que el contar con un sistema de acceso al cuidado de la salud es una tarea intersectorial ya que los servicios por ellos mismos, no pueden mejorar las condiciones de salud, las cuales dependen de otros programas tanto económicos como sociales.

En las leyes de Belice se contemplan los servicios y las instituciones médicas, la salud pública, la alimentación y los medicamentos, así como la certificación y práctica de profesionales de la salud. Las actuales leyes de salud como La ley de Salud Pública y la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional son el resultado de la reforma de la política sanitaria emprendida en los años recientes.

A través del Plan Nacional de Salud 1996-2000, se impulsó la descentralización de los servicios, se iniciaron nuevos programas que incluyen temas como los sistemas de información, el financiamiento de la salud, el mantenimiento de equipo y el

perfeccionamiento de los recursos humanos. El Ministerio de Salud recibió apoyo de la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo para iniciar el proceso de reforma que permitiera aplicar el Plan Nacional de Salud y lograr mayor equidad y eficiencia en la atención de la salud.⁴⁸

En el Plan Nacional de Salud, se establecieron cinco campos de acción, la salud ambiental, la primera infancia, la segunda infancia y adolescencia, fases iniciales y finales de la edad adulta y el deporte. Estas acciones, se fortalecen con los programas de atención a la epidemiología, la educación sanitaria y la participación de la comunidad, así como con el establecimiento de una red de servicios de salud, educación física y administración.

En Belice, sólo uno de sus municipios ha externado su interés en participar en el movimiento de la Red de Municipios Saludables de la OPS. Todavía no tiene un proyecto que le permita insertar a todos sus municipios ya que tendría que implementarse una logística de trabajo a través de los gobiernos locales los cuales desde 1997 administran y operan sus propios recursos a través de sus funcionarios de salud. "El desarrollo de escuelas y

⁴⁸ www.belize.gob.bz/org y www.ops.org.perfiles por país/

comunidades sanas puede evolucionar la revisión del programa de estudios escolares primarios actuales y la iniciativa de reforma que se está planificando a través de los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo de Recursos Humanos".⁴⁹

El Gobierno es el principal proveedor de los servicios de salud los cuales son financiados con las recaudaciones del Gobierno Central, incluida la provisión de medicamentos y derecho de hospital a los usuarios con bajos ingresos. El presupuesto destinado a salud en el período de 1998-99 fue de \$27.4 millones de dólares beliceños equivalentes a \$1'300.000 dólares. El 60% de los gastos anuales, proviene de la ayuda externa. Del total de presupuesto, casi el 75% es destinado a costos de personal y el 17% a suministro de medicamentos.

La estructura básica de la distribución de los servicios de salud está constituida por una red de siete hospitales distritales, 40 centros de salud y 35 puestos de salud. De los 7 hospitales, tres funcionan como hospitales regionales ofreciendo alguna atención de segundo nivel y uno en la ciudad de Belice que funciona como hospital de referencia que ofrece atención de segundo nivel y en algunos casos de tercer nivel. Los centros de salud ofrecen

⁴⁹ Ibid. Op. Cit.

atención a problemas generales de la salud, algunos con algún grado de especialidad como casos de hipertensión, enfermedades de transmisión sexual, SIDA y salud mental. Cada centro cuenta con un dispensario móvil y atienden de 2000 a 4000 pacientes mensualmente.

La medicina privada se concentra especialmente en la ciudad de Belice siendo el mas importante el Karl Huesner Memorial Hospital. Este servicio es reducido en Belice principalmente por las disposiciones que limitan el número de médicos autorizados para la práctica privada y la proximidad de servicios de mejor calidad en México, o la utilización de hospitales públicos (por parte de los especialistas contratados por el sector público) para tratar a pacientes privados.

El Ministerio de Salud estableció en 1994 un formulario de medicamentos que es la base para garantizar la calidad y seguridad de la distribución de éstos entre la población. Considera la administración y suministro de medicamentos como un área prioritaria en la atención de la salud ya que la falta de presupuesto afecta aspectos tanto técnicos como de operación del sistema de salud.

La situación económica y social de Belice, así como su ubicación geográfica determinan, en gran parte, el nivel de atención a la salud de sus pobladores. Su economía, basada en la exportación de productos agropecuarios (77%) es deficitaria, incidiendo, entre otros rubros, en la contracción del gasto público y en la reducción de los servicios de salud, sobre todo, a los destinados a las comunidades rurales; aunque el 60% del presupuesto del Ministerio de Salud proviene de ayuda externa. Del mismo modo, y aun con los avances de la descentralización, la falta de coordinación entre el sector público como privado y la carencia de sistemas de referencia, o la carencia de recursos humanos capacitados en aspectos como la gestión comunitaria, afectan en gran medida el funcionamiento del sistema de salud beliceño.

Por esto, las respuestas del sistema de salud de Belice ante las principales enfermedades que afectan a su pueblo como las del corazón, las respiratorias, las intestinales, las complicaciones derivadas de los embarazos y los accidentes, junto con las enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, considerado uno de los problemas de salud pública en 1992-94, el cólera, la tuberculosis y el SIDA, se abordan con programas de prevención y control.

En 1987, puso en marcha el Programa Nacional contra el SIDA en el marco del Programa Mundial sobre el SIDA, también el Sistema de Vigilancia epidemiológica y laboratorio de salud pública y enfoca sus esfuerzos a mejorar el sistema de información de salud que carece de normas sobre la notificación de rutinas, el retraso en las notificaciones, la falta de información sobre resultados y la escasez de personal capacitado en procesamiento y análisis de datos.⁵⁰

En el ámbito de la cooperación técnica y financiera proveniente del exterior, en Belice, el papel de la asistencia internacional en salud es sumamente relevante. El 60% de los recursos de salud tienen este origen, entre los cuales se encuentra el Banco Interamericano de Desarrollo que financió el proyecto de la reforma de salud. Asimismo el Gobierno ha establecido y fortalecido compromisos bilaterales, regionales y mundiales. En el marco de la Cooperación en Salud para el Caribe, la Iniciativa de Salud en Centroamérica (ISCA III), la cooperación Binacional México -Belice y la Cooperación Trinacional en Salud México-Guatemala- Belice, donde el Ministerio de Salud coordina la cooperación internacional y la asistencia en salud.

⁵⁰ Alvin Toffler aduce que uno de los desequilibrios de poder que separa hoy en día a los países ricos de los pobres, es la división en rápidos y lentos, dice que una gran muralla separa a los países rápidos de los lentos y esa gran muralla cultural y tecnológica explica en parte, la alta tasa de fracasos en proyectos conjuntos entre países rápidos y lentos. Alvin Toffler. El cambio del poder. Ed. Plaza & Janes editores S.A. Barcelona, 1990. Pags. 457-459.

Con la OPS redactó un manual de cooperación técnica conjunta para racionalizar la planificación, ejecución y supervisión entre ambas y la UNICEF apoya la coordinación intersectorial de su nuevo programa de trabajo.

La actividad internacional desplegada por Belice en el campo de la salud, coincide con la actividad que México y sus estados fronterizos del sur-sureste han llevado a cabo con su presencia en los diferentes foros regionales a los que ambos gobiernos pertenecen. Los problemas de salud, a través de estos foros, son abordados de manera conjunta con una visión común. Las enfermedades epidemiológicas, las de transmisión sexual, la calidad del medio ambiente o la formación de los recursos humanos y la atención a la salud, son problemas afines entre nuestros países. Por tanto, los instrumentos mediante los cuales se abordan estos aspectos de la salud, entre México y Belice, así como con el Belice y el Estado de Tabasco, se registran en el siguiente capítulo a fin de contar con un referente escrito y actualizado que permita, en cada área específica, su difusión y aprovechamiento.

Capítulo 3

Acuerdos De Colaboración

Después de presentar el funcionamiento de los organismos internacionales de salud y de haber analizado las políticas de salud tanto de México como de Belice y el Estado de Tabasco, y de comprobar la coherencia que existe en las acciones emprendidas a través de los diferentes mecanismos regionales y los documentos que se signan en el campo de la salud, en el capítulo siguiente citaré los acuerdos de cooperación bilateral entre ambos países y el estado de Tabasco, mismos que contienen los diferentes aspectos de intercambio y cooperación regional que éstos ofrecen por parte de México, Belice y el Estado de Tabasco.

Los acuerdos, convenios, cartas de intención y declaraciones conjuntas existentes entre los gobiernos de México y Belice, en el ámbito bilateral y multilateral, se establecen a través de los Ministerios de Relaciones Exteriores de ambos países y, o a través de las instituciones de la materia que se trate, en este caso, el campo de la salud.

Los acuerdos entre estados e instituciones se formalizan a través de instrumentos jurídicos que se sustentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁵¹ Los acuerdos, cuyo "sustratum es un acuerdo internacional de voluntades",⁵² "precisan de cuatro elementos para existir: la capacidad de las partes que lo celebran, el consentimiento de las mismas, el objeto materia del tratado y una forma determinada, en este caso, escrita."⁵³

Los acuerdos en materia de salud, motivo de esta tesina, se conocen como interinstitucionales y son los que "se celebran entre una dependencia o un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal y uno o varios órganos gubernamentales extranjeros u organizaciones internacionales gubernamentales, sea que se deriven o no de un tratado previamente aprobado"⁵⁴, tienen como marco el Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de - los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice, firmado en la ciudad de México el 23 de noviembre de 1995, aprobado por el Senado el 18 de abril de 1996, según decreto publicado por el

⁵¹ SRE, Guía para la conclusión de tratados y acuerdos según la Ley sobre la Conclusión de Tratados. México, 1999. P. 10

⁵² Cesar Sepúlveda. Derecho Internacional. Ed. Porrúa, México. 1980, p.120

⁵³ Leopoldo Armando Marín Herrera. "El Acuerdo ejecutivo internacional y el Tratado. El ordenamiento jurídico interno y la práctica en México". Tesis Profesional. FCPyS UNAM. México, D.F. 1985. P. 21.

⁵⁴ SRE, Guía para la conclusión de tratados y acuerdos según la Ley sobre la Conclusión de Tratados. Op.cit. p.10.

Diario Oficial del 3 de mayo de 1996 y en vigor a partir del 20 del mismo mes y año.

De la misma manera como se establecen acuerdos entre estados, también pueden establecerse entre dependencias y organismos que solamente comprometen a las dependencias que los suscriben. Así, "el ámbito material de los acuerdos interinstitucionales debe circunscribirse exclusivamente a las atribuciones o facultades que tienen encomendadas las dependencias y organismos descentralizados que los suscriben".⁵⁵ Para que entren en vigor sólo se requiere que se firmen, en este caso por los Secretarios de Salud de México y del Estado de Tabasco y el Ministro de Salud de Belice y, a diferencia de los tratados, en los que se siguen los procedimientos previstos en la Constitución, no requieren ser aprobados por el Senado y no se publican en el Diario Oficial, pero se consignan en un documento de la Secretaría de Relaciones Exteriores, denominado "México, Relación de Tratados en Vigor".⁵⁶

La formalización de estos convenios de cooperación se basa en el Programa Mexicano de Cooperación con Centroamérica en el área de Cooperación Técnica y Científica del Gobierno Mexicano, así

⁵⁵ *Ibid.* p. 10

⁵⁶ SRE. *Relación de Tratados en Vigor*, México. 1998. 628 p.

como en los lineamientos de política establecidos por la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, CMCC, que preside la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través de su Dirección General de Cooperación Técnica y Científica.

La Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica⁵⁷ fue creada por el Gobierno de México en 1990, la integran 23 dependencias federales entre las cuales está la Secretaría de Relaciones Exteriores que la preside, así como la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Salud, el IMSS, PEMEX, el INEGI y el CONACYT, entre otras. Sus funciones son:

- Servir de mecanismo para la coordinación de los acuerdos, los proyectos y acciones de cooperación que se lleven a cabo con Centroamérica por parte de las diversas dependencias y entidades del sector público.
- Proponer programas de cooperación financiera, comercial, energética, educativa, cultural, turística, agropecuaria, pesquera, industrial y demás campos de las relaciones bilaterales y multilaterales.

⁵⁷ SRE, Informe de Labores de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1990-91, México, enero, 1992, p. 156.

- Promover la recopilación del inventario de las acciones de cooperación con Centroamérica que lleven a cabo las diversas dependencias.
- Promover la coordinación de las entidades federales y otra entidades que cooperan con Centroamérica.

Como vemos, con la creación de esta entidad, México, a partir de los Acuerdos de Tuxtla,⁵⁸ ha reforzado los vínculos bilaterales y regionales con las naciones centroamericanas con acciones puntuales en un gran número de proyectos. México tiene dispuesta su infraestructura física y su experiencia institucional acumulada para contribuir a elevar las capacidades nacionales de los países a los que destina su oferta de cooperación. En el Plan de Acción surgido de Tuxtla II, en los apartados XI y XII se abordan las cuestiones sustantivas de la cooperación técnica para la superación de la pobreza y en materia de salud, respectivamente, así como en los subsiguientes: la educación a distancia vía satélite, la protección al medio ambiente, el uso de la energía, la ciencia y la tecnología, así como la cooperación técnica entre ciudades capitales.

⁵⁸ El Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla es el máximo foro mesoamericano para analizar de forma periódica y sistemática, los múltiples asuntos regionales, hemisféricos y mundiales de Interés común; concertar posiciones políticas conjuntas, impulsar el libre comercio y la integración regionales y avanzar en la cooperación en todos los ámbitos, en apoyo al desarrollo sostenible del área. Está conformado por los ocho países mesoamericanos (México y Centroamérica) para impulsar los ámbitos político, económico, social, ambiental, cultural y de cooperación.

La política mexicana de cooperación técnica hacia Centroamérica no es concebida para asignar recursos sobrantes sino como el ejercicio continuo de un deber hacia la comunidad internacional, incluso en los tiempos actuales de crisis donde los convenios e intercambios deben incrementarse y fortalecerse. En este punto, la OEA apoya con casi un millón de dólares el presupuesto bianual del Programa de Fortalecimiento de la Oferta de Cooperación Técnica hacia Centroamérica que maneja la Secretaría de Relaciones Exteriores y que apoya acciones de capacitación, consultoría, envío de expertos, pasantías y una gran gama de proyectos, entre los cuales se ubican las acciones de salud.

Asimismo, en la iniciativa del Gobierno Federal 2000-2006, denominada Plan Puebla-Panamá se ubica nuevamente a la región Centroamericana y los estados del sur-sureste de México, entre los que se encuentra Tabasco, como parte del Mecanismo del Diálogo y Concertación de Tuxtla. En este proyecto de alcances internacionales, se insertan los países centroamericanos que serán parte de las iniciativas mesoamericanas encabezadas por el Consejo Consultivo, entre las cuales están desarrollo sustentable, desarrollo humano (en este renglón se contempla a la salud), prevención y mitigación de desastres naturales, turismo, interconexión energética y comunicaciones. Este es un

proyecto de desarrollo regional abierto a la sociedad que incluye a la sociedad civil y cuyo financiamiento provendrá de fondos privados, del sector público y de las instituciones financieras internacionales, en el cual podrán incorporarse los programas de salud que México y Belice ya sostienen, con miras a ser vigorizados, ampliados y consolidados.

3.1 Primeros acuerdos

Estos primeros acuerdos, registrados en la Secretaría de Relaciones Exteriores, tienen como origen, el No. 8 806/78, del 13 de septiembre de 1978, mediante el cual "la Secretaría de Salud de México, faculta al Director General del IMSS para resolver lo que estime conveniente" para prestar atención a beliceños con cáncer.⁵⁹ En este momento, Belice se encontraba en su fase de autogobierno que prevalecía desde 1963, donde los ingleses solo tenían control sobre asuntos exteriores, seguridad interna, defensa y el servicio público⁶⁰, México ya apoyaba a Belice en la consecución de su independencia y proporcionaba ayuda médica en los casos de cáncer.

⁵⁹ SRE, Relación de Tratados en vigor. México, Op. Cit. p.543.

⁶⁰ www.belize.gob.bz/org.

En estos años, el clima que prevalecía en la zona fronteriza era delicado y enfrentaba a México con Guatemala por el apoyo a Belice además de existir fricciones fronterizas, o le impelía a romper relaciones con el régimen de Somoza en Nicaragua. Así, Centroamérica se consideró como una prioridad de la política exterior mexicana desde su perspectiva política y de seguridad nacional.

Congruente con esta nueva visión, a la firma en 1984 del Acuerdo de San José se estrechan mas los lazos que México ya sostenía con Belice desde 1981, al ser el primero en establecer relaciones al lograr su independencia de Gran Bretaña.

En 1984, a un año de que México lidereaba las acciones del Grupo Contadora, se inician las relaciones formales en el tema de salud entre México y Belice, a través del primer documento de intención, en el cual se consigna la importancia que tiene la salud para el área fronteriza y la región, registrado en la Relación de Tratados en vigor de la Secretaría de Relaciones Exteriores y cuyo título reproduzco literalmente:

Carta de Intención entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México y el Ministerio de Salud, Vivienda y Cooperación de Belice en materia de Salud Pública en el Area fronteriza México-Belice. 22 de agosto de 1984.

Sólo seis meses despues, se registra el **Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice. 22 de febrero de 1985.**

Con la firma de este convenio, ya como país independiente, se inserta a Belice en la dinámica de cooperación científica y técnica ya establecida por México con los otros países centroamericanos desde 1966, misma que la administración del Presidente Carlos Salinas siguió impulsando para contribuir a la estabilidad de la región.

La creación del Grupo de los 3 (G-3) , integrado por Colombia, Venezuela y México, fue una de las primeras acciones del Gobierno del Presidente Salinas en 1989, que tenía dos objetivos principales: avanzar en la integración económica gradual entre ellos y coordinar esfuerzos en la cooperación con Centroamérica y el Caribe.⁶¹ Otra iniciativa importante, es la creación en 1990

⁶¹ Fernando Solana. Cinco años de Política Exterior. Ed. Porrúa. México, 1994, p. 157.

Social en Mérida. El mismo instituto, proporcionó los planos para el nuevo hospital de Belice.⁶⁴

Para 1995, el Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica firmado por ambos países diez años antes, es sustituido por un nuevo documento que firmaron los presidentes respectivos el 23 de noviembre de 1995, y cuyos aspectos mas importantes para el tema de esta tesina se destacan:

Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice. 23 de noviembre de 1995. Aprobado por el Senado el 18 de abril de 1996 y entró en vigor el 20 de mayo del mismo 1996.

El Artículo I de dicho Convenio, dividido en tres puntos, consigna que el objetivo del mismo es promover la cooperación técnica y científica entre ambos países, a través de la formulación y ejecución, de común acuerdo, de programas y proyectos en dichas áreas, asimismo que las partes tomarán en consideración, para la elaboración de dichos programas y proyectos, las prioridades establecidas en sus respectivos planes de desarrollo. En el punto tres, dice "...las partes podrán, con base en el

⁶⁴ Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, La cooperación mexicana con Centroamérica 1991-1995, México, CMCC, 1996. P 18.

de la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica que ya cité y en cuyo ámbito funciona el mecanismo que aglutina a los Jefes de Estado y de Gobierno de Centroamérica, conocida como "Reunión Cumbre de Tuxtla".⁶²

En el foro de Tuxtla, celebrado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se creó la Comisión Binacional de Límites y Cooperación Fronteriza entre México y Belice a casi un siglo de la celebración del Tratado de Límites de México y Gran Bretaña, .."que coadyuva y coadyuvará a mantener las buenas relaciones bilaterales mexicano-beliceñas, haciendo eco de la voluntad política de sus pueblos".⁶³

Para el período 1991-95, la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, publica datos en su documento "La cooperación mexicana con Centroamérica" en donde se señala que la cooperación bilateral en materia de salud con Belice, fue un renglón muy activo y registra un mecanismo entre la Secretaría de Salud y el IMSS por la parte mexicana y el Ministerio de Salud por la beliceña, mediante el cual pacientes beliceños son atendidos en centros hospitalarios del Seguro

⁶² México acordó con los países de Centroamérica, avanzar en un mecanismo de cooperación multilateral sin precedentes que facilitan el acercamiento de los países de la región y marcan la pauta para la conformación de una política mexicana de oferta de cooperación mas acabada y de mayor consistencia y alcance.

⁶³ Guadalupe Rodríguez de Ita. Et. al. Guía del Archivo de límites y ríos México-Belice 1723-1980. Archivo Histórico Diplomático Mexicano. SRE. p. 32.

presente Convenio, celebrar acuerdos complementarios de cooperación técnica y científica, en áreas específicas de interés común que formarán parte integrantes de este Convenio".⁶⁵

Del mismo modo, el Artículo V señala..."con el fin de contar con un adecuado mecanismo de seguimiento y coordinación de las acciones previstas en el presente Convenio y de lograr las mejores condiciones para su ejecución, las Partes establecerán una Comisión Mixta Mexicano-Beliceña, integrada por representantes de ambos gobiernos, (presidida por los Ministros de Relaciones Exteriores) así como de aquellas instituciones cuyas actividades incidan directamente en el ámbito de la cooperación técnica y científica de ambos países".⁶⁶

Es así como se ubica el Acuerdo que da origen a esta tesina, y cuyo contenido a continuación analizo.

⁶⁵ SRE, *Relación de Tratados en vigor. México. 1999. Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica*, Artículo I, p. 675.

⁶⁶ *Ibid.* p. 677.

3.2 Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice. (11 de junio de 1997)

Este acuerdo interinstitucional, surge de las disposiciones del Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica signado por los Gobiernos de los Estados Unidos Mexicanos y Belice en el año de 1995, así como al amparo de la Comisión Mixta Mexicano-Beliceña encabezada por los Ministros de Relaciones Exteriores y los Ministros de Salud de México y Belice.

En el Artículo I del Acuerdo se define como objetivo del mismo: "promover la cooperación técnica y científica entre las partes, a través de la elaboración y ejecución de común acuerdo, de programas y proyectos en áreas específicas identificadas de interés mutuo".

En el **Artículo II** dice: Para los fines del presente acuerdo, las Partes elaborarán conjuntamente programas (de):

a) **Intercambio Académico.** "Se pretende desarrollar un Programa de Formación de Recursos Humanos para la Salud, en el que la Secretaría de Salud de Tabasco, pone a disposición del

Ministerio de Salud y Deportes de Belice su red de hospitales de segundo y tercer nivel. En esos Centros hospitalarios-docentes se imparten las especialidades de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, Medicina Familiar, Enfermería Pediátrica y Odontopediatría. El requisito para acceder a la especialización es aprobar el Examen Nacional de Residencia, que se lleva a cabo anualmente en el mes de octubre".⁶⁷

Este es uno de los casos en los que, efectivamente, el sector salud de Tabasco, ofrece una atención de alta calidad en el campo de la salud. En esos centros hospitalarios-docentes, sobresale el Hospital Pediátrico que ha formado a mas de cien especialistas en pediatría provenientes de países de Centro y Sudamérica desde el año de 1984 en que le fue otorgado el aval de nuestra máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México. Sin embargo, no se cuenta con la información documentada, a nivel central, de los especialistas formados tanto mexicanos como extranjeros; por lo que no se tiene el dato de cuántos originarios de Belice lo han aprovechado o se han visto beneficiados.

⁶⁷ Ver anexo: Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice.

b) **Cooperación Técnica en Materia de Salud.** "La cooperación se centrará en el desarrollo de los sistemas locales de salud y en mejorar la prestación de servicios en el segundo nivel de atención, principalmente".

En este aspecto, no está documentada por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco alguna política específica.

c) **Subrogación de servicios de tercer nivel de atención a la salud.** En este punto, fui testigo de la atención a un infante beliceño en el Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón en el año de 1998, pero cuando solicité registros de algunas otras atenciones en hospitales de tercer nivel, no existían.

El **Artículo III** señala que "Cada programa deberá especificar objetivos, recursos financieros y técnicos, cronogramas de trabajo, así como las áreas en que serán ejecutados los proyectos. Deberán igualmente, especificar las obligaciones operativas y financieras de cada una de las Partes y desarrollarán los mecanismos que permitan la operacionalización de las tres áreas definidas." Tampoco hay algún programa elaborado que pueda sustentar la firma de este convenio.

En el **Artículo VI**, dice: "El presente acuerdo entrará en vigor a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia de 3 años, prorrogables por períodos de igual duración, previa evaluación". En el mes de mayo de 1999, fue solicitada información a la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco para que nos informaran del seguimiento de este Artículo y el Director de Enseñanza e Investigación ignoraba la existencia del documento.

3.3 Acuerdos posteriores

Existen otros acuerdos que se firman con posterioridad, entre las instituciones de salud de México y Belice, así como de Guatemala, que amplían el esquema de la colaboración entre Belice y el Estado de Tabasco y de los que a continuación se hace una breve referencia:

Carta de Intención, Convenio de Cooperación en materia de Salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice. Ciudad de México, 6 de junio de 2000.

A este respecto, es importante observar que no existía un convenio entre la Secretaría de Salud de nuestro país y el

Ministerio de Salud de Belice, lo que significa que Tabasco abrió el camino para esta relación entre instituciones.

Declaración Conjunta de los Ministerios de Salud de Guatemala, México y Belice en materia de vigilancia epidemiológica, así como ITS/VIH/SIDA. Ciudad de Belice, Belice, 27 de octubre de 2000.

A través de esta Declaración, se reafirma la voluntad de los tres países en la promoción del desarrollo y el incremento de la cooperación regional técnica y científica, el impulso al principio de corresponsabilidad en la ejecución de los proyectos de cooperación regional y el redoblar esfuerzos para evitar la expansión de ITS/VIH/SIDA en la región, así como la prevención y el control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue y paludismo) para lo cual se fortalecerá la gestión y apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS, entre otros puntos sobresalientes.

Convenio de Cooperación en materia de salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice. Hecho en la ciudad de Belice, Belice, el 27 de octubre del año 2000.

En este Convenio se destaca un punto de vital relevancia para el caso de la sustentación de esta tesina y el cual no aparece en el Convenio del Estado de Tabasco; pero que servirá para reforzar las acciones existentes en materia de salud, sobre todo en lo que se refiere a los mecanismos de seguimiento. Esto obliga al Estado de Tabasco a sustentar la información sobre el aprovechamiento del acuerdo con Belice y los demás acuerdos a nivel federal.

En el **Artículo VII. Mecanismos De Seguimiento**, se acota: "Con el fin de contar con un adecuado mecanismo de seguimiento y coordinación de las actividades previstas en el presente Convenio y de lograr las mejores condiciones para su ejecución, las Partes establecerán un Grupo de Trabajo integrado por representantes de ambas Partes". "La Secretaría de Salud de México designa a la Dirección General de Asuntos Internacionales y el Ministerio de Salud de Belice, a la Dirección General de Servicios de Salud como responsable de supervisar la instrumentación del presente Convenio, en sus respectivos países","se reunirá alternadamente en ambos países, de preferencia de manera trimestral" y, "... este Grupo de Trabajo informará a la Comisión Mixta entre México y Belicè, establecida en el Convenio Básico de

Cooperación Científica y Técnica, del 23 de noviembre de 1995, acerca de los resultados y aplicación del presente Convenio".⁶⁸

Por lo expuesto en este capítulo, tenemos clara la política exterior que México ha desarrollado en la región fronteriza del sur en los últimos veinte años. El papel que la política exterior de nuestro país ha jugado a nivel regional ha sido el de asumirse como líder de un espacio geopolítico que afecta e incide el propio desarrollo de la zona. México ha sostenido programas de cooperación económica que han beneficiado las economías de los países centroamericanos, sobre todo de Guatemala y otros aspectos como culturales y sociales entre los que se ubica la salud. Comparte la problemática de salud con Guatemala y Belice ya que las condiciones climatológicas la identifican como un área de clima tropical, lo que propicia una alta incidencia de enfermedades epidemiológicas, y ha establecido instrumentos internacionales con ambos países en el campo de la salud en el marco que ofrecen los organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas.

En este orden de ideas, la actuación de México en los diferentes foros regionales nos demuestra que estamos inmersos en una

⁶⁸ Ver Anexo: Convenio de Cooperación en Materia de Salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice.

dinámica internacional que se realiza a través del sistema de instituciones tanto internacionales como nacionales y locales.

Este capítulo nos permite constatar que, en efecto, la organización de los programas de salud de México y Tabasco aluden al contenido de los acuerdos ya establecidos, los cuales no son objeto de un seguimiento documentado ni en la Secretaría de Salud Central ni en la del Estado de Tabasco.

Los instrumentos establecidos entre México y Belice, si se concentran en la Secretaría de Relaciones Exteriores, en la Dirección de Investigación Técnica y Científica y en la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica (CMCC), y aparecen, asimismo en sus publicaciones e informes respectivos.

Entonces, podemos señalar que la falta de esta documentación y su difusión en el Estado de Tabasco, es producto de la falta de interés en ubicar a los convenios internacionales como un elemento del mas alto interés local ya que a través de la vinculación de cada institución del sector salud estatal a los rubros contemplados en los mismos, se fortalece y refuerza tanto el trabajo como la imagen de la Secretaría de Salud.

Tener documentadas las acciones de salud y sus referentes, permitiría identificar los rubros susceptibles de obtener financiamiento de las mismas entidades internacionales de salud y sus asociados, de los organismos financieros internacionales, así como la participación de una industria farmacéutica cada vez mas fuerte y otros actores de la sociedad civil como las ONG's o el sector privado. Asimismo, al aplicar y realizar los programas en el tiempo establecido, se obtendrían datos reales que generarían otras acciones para enriquecer las iniciativas ya de por sí costosas tanto económicamente como en el despliegue de recursos humanos especializados y otros aspectos.

Conclusiones

Las organismos especializados de salud del sistema de Naciones Unidas, tienen hoy uno de los retos mas grandes del mundo contemporáneo ya que la salud es considerada como el primer factor en la lista de prioridades del ser humano. Lograr la equidad y la justicia en el ámbito de la salud, requiere la participación de todo el espectro internacional, nacional y local a través de una acción mas efectiva que vincule los valores mundiales con la acción local .

A la actividad desplegada por estos organismos, se incorporan otros aspectos diferentes al sanitario como factores culturales, económicos, políticos y sociales que muchas veces hacen la diferencia en el logro de los programas e iniciativas de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

La OMS ubica dentro de las determinantes para lograr la salud para todos: conocimientos puestos a disposición de la población, medio ambiente no contaminado, acceso a servicios básicos, sociedades justas, respeto a los derechos humanos, buen gobierno, o la habilitación de las personas para que adopten decisiones pertinentes para su vida y las hagan efectivas; cuestiones éstas muy difíciles de conseguir con el actual modelo

económico prevaleciente en los países de América Latina donde, pese a la demanda de un modelo de salud mas completo, los compromisos económicos con los organismos financieros internacionales ubican, por ejemplo, el pago de su deuda externa como prioridad, reduciendo de forma dramática la posibilidad de contar con sistemas de salud equitativos al interior de los estados.

En el actual contexto de globalización la relación entre la salud y el desarrollo social y económico está cada vez mas comprometido por el incremento en los movimientos migratorios regionales. Los sistemas de salud de cada estado le plantean nuevos desafíos a la cooperación internacional que realizan los organismos de salud del sistema de Naciones Unidas. La OMS y la OPS, a través de la cooperación técnica, han acrecentado su radio de acción apoyándose cada vez mas en las ONG's y en el trabajo conjunto con la sociedad civil y el sector privado diversificando así el número de actores involucrados en todos los niveles, estatales, institucionales, nacionales e internacionales. Para formalizar las iniciativas de cooperación internacional en el plano de la salud, los países miembros de la OPS suscriben, a través de la OMS y otros foros internacionales, diferentes compromisos para la Región de las Américas que deberán cumplirse mediante la combinación de esfuerzos nacionales, regionales e institucionales

en los que la capacidad económica, administrativa y organizacional de cada entidad determina su aprovechamiento.

La asimilación de estos compromisos en la esfera nacional corresponde a la acción soberana de los Estados Miembros, mediante la definición de sus políticas y planes nacionales de desarrollo y de salud. En el ámbito regional, se trata de expresarlos de manera que se adecuen al estado de desarrollo de la región y a las características, necesidades y posibilidades de los países en conjunto. La OPS guía la acción de sus países miembros apoyándolos técnicamente en base a sus prioridades, a través del establecimiento de orientaciones estratégicas y programáticas aprobadas por estos mismos estados y para obtener y gestionar cooperación internacional en materia de salud.

México y Belice, ambos miembros de la OPS, han formalizado una relación bilateral y multilateral en el campo de la salud, a través de sus respectivos órganos de Relaciones Exteriores, en el marco del Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica que data de 1995, y de las Reuniones de Tuxtla, como resultado del dinámico flujo de cooperación que nuestro país ha desplegado hacia la zona a través de la Comisión de Cooperación Económica

para Centroamérica, y en virtud de la vecindad fronteriza que los compromete a salvaguardar la salud en la región.

La política internacional de nuestro país hacia Centroamérica está enfocada a contribuir a consolidar un esquema de cooperación para el desarrollo y a la estabilidad política y social de la zona a través de las acciones emanadas de la Cumbre Tuxtla II, celebrada en Costa Rica en febrero de 1996, fecha en la cual se incorporaron Belice y Panamá. La implementación del actual Plan Puebla-Panamá del Gobierno Federal vincula aún mas las acciones de cooperación internacional entre los estados ubicados desde el centro y sur-sureste de México y los Estados Centroamericanos.

En este tenor, las instituciones de salud de México y Belice, formalizan su cooperación a través de acuerdos interinstitucionales con el propósito de hacer mas dinámica y efectiva la relación, estableciendo mecanismos que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de las políticas de salud regionales con sustento en las políticas internas de ambos países y en los programas de los organismos del sistema interamericano de salud.

La disposición de México para estrechar más esta dinámica de cooperación, lleva a la firma del convenio entre el Ministerio de Salud de Belice y la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, en 1997. Tabasco es uno de los estados limítrofes de Belice, junto con Chiapas y Yucatán, el cual cuenta con una infraestructura hospitalaria de tercer nivel que le permite ofrecer e intercambiar acciones de salud que benefician a ambas instituciones y a los cuadros de personal especializado, a estudiantes, así como a personas involucradas en la atención a la salud.

La firma de este instrumento por parte de las autoridades de salud del estado de Tabasco, denota el interés por hacer efectivos los mecanismos de la cooperación internacional para verter resultados en un ámbito regional y local, sin embargo, la falta de difusión y aplicación de este convenio, tanto al interior del sector salud tabasqueño, como hacia las instituciones educativas y a los interesados en el campo de la salud, restringe el aprovechamiento de los aspectos contenidos en él. Asimismo, esta omisión, impide el flujo de información en los ámbitos académicos y científicos de la situación de éstos y de otros convenios y acciones de salud que se sostienen en el ámbito internacional.

Por tanto, la elaboración de un documento que incluya los convenios en esta materia pretende ser una contribución para que todos aquellos que se dedican al área de la salud en el estado de Tabasco, puedan participar y tener conocimiento de las oportunidades y/o apoyo que brindan estos instrumentos internacionales, tanto a México y a Tabasco, así como a Belice.

Mediante la difusión de los contenidos de estos instrumentos internacionales, puede darse a conocer el importante papel de agente de cooperación regional de las instituciones de salud estatales, así como garantizar el seguimiento y la permanencia de los programas de cooperación ya establecidos e incluso, buscar financiamiento para no frenar sus objetivos o abrir nuevos canales de cooperación.

Sabemos que en cuestiones de cooperación están las formales que son los tratados, convenios, acuerdos, cartas de intención, etc., y otros mas flexibles como la concertación de proyectos conjuntos de investigación o los contactos personales que establecen académicos e investigadores en los cuales no siempre median documentos pero que, sin embargo, deben referirse como parte de los intercambios y tener esta información disponible en un área de relaciones internacionales en el seno de la propia Secretaría de Salud de Tabasco.

Bibliografía

- Bremer, Juan José. Antología de Textos sobre Política Exterior. Comité Ejecutivo Nacional del Partido Revolucionario Institucional, México, 1986. 131 p.
- Díaz, Luis Miguel. La Sociedad de Naciones y las Naciones Unidas. Ed. Manuel Porrúa, México, 1984. 234 pp.
- Hernández Vela, Edmundo. Conferencia de actualización "Las Relaciones Internacionales hacia el siglo XXI". Centro de Educación Continua, FCPyS, México, Noviembre del 2000.
- Marín Herrera, Leopoldo Armando. "El Acuerdo ejecutivo internacional y el Tratado. El ordenamiento jurídico interno y la práctica en México". Tesis Profesional. FCPyS UNAM. México, D.F. 1985. pp. 235.
- Ozmañczyk, Edmund Jan. Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales, Madrid, 1976, 1236 pp.
- Rivera, Gerardo. Historia de la Medicina en Tabasco. Ed. CEID, México, 1994, 161 pp.
- Rodríguez de Ita, Guadalupe. Archivo de Límites y Ríos México-Bélice 1723-1980. Secretaría de Relaciones Exteriores, México, 1994. 113 pp.
- Seara Vázquez, Modesto. Tratado General de la Organización Internacional. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª. Ed., 1982, pp. 1103.
- Guía para la conclusión de tratados y acuerdos según la Ley sobre la Conclusión de Tratados. Secretaría de Relaciones Exteriores, México, 1999, 24 pp.
- Sepúlveda, César. Derecho Internacional, ed. 11º. Ed. Porrúa, México. 1980, p.120

Solana, Fernando. Cinco años de Política Exterior. Editorial Porrúa, México, 1994.

Toffler, Alvin. El Cambio del Poder. Plaza & Janés Editores, Barcelona, 1990. 616 pp.

Relación de Tratados en Vigor. Secretaría de Relaciones Exteriores. México, 1998. 628 pp.

Entrevistas:

Con el Dr. Manuel Borbolla Sala, Jefe de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, 12 de diciembre de 1999.

Con el Lic. José Antonio Michel, Jefe del Departamento de Tratados de la Secretaría de Salud, Ciudad de México, marzo 2001.

Documentos

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, Junio 2000. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, Ginebra, 2000, 138 pp.

OMS. Discurso de la Directora General. Quinta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud, México, Junio, 2000, 6 pp.

OPS/OMS. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe Bianual, mayo, 2000. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2000, 18 p.

Cooperación México-Centroamérica. Documentos Básicos II. México. Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, 1993.

Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica. La Cooperación Mexicana con Centroamérica 1996. México. CMCC, 1997.

Informe de Labores de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1990-91. México, enero, 1992.

Víctor Manuel Muñoz Patraca. La descentralización de los servicios de salud y educación en México en la búsqueda de una mayor justicia social. Ponencia de la UNAM (FCPyS) presentada en el encuentro de 1998 de Latin American Studies Association (LASA 98) en Chicago, Ill. EUA.

A. Arredondo, Políticas de Financiamiento y Descentralización, INSP.1999-2001. Secretaría de Salud y Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados. Anuarios Estadísticos de a SSA 1989-2000.

Declaración Conjunta de la Cumbre Extraordinaria de los Países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. Que marcó la puesta en marcha del Plan Puebla-Panamá San Salvador, El Salvador, 15 de junio de 2001.

Internet:

www.paho.org/,
www.who/int.org,
www.ssa.gob.mx/,
www.sre.gob.mx
ssa.cenids@ssa.gob.mx
www.gob.tab.mx.
www.belize.gob.bz

Anexos

Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice.

Firmado en la Ciudad de México el 23 de noviembre de 1995. Aprobado por el Senado el 18 de abril de 1996, según decreto publicado por el Diario Oficial del 3 de mayo de 1996. Entró en vigor el 20 de mayo de 1996. SRE, " México: Relación de Tratados en vigor", p. 673 a 679.

Acuerdo de colaboración entre la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice. (Interinstitucional)

Firmado en la Ciudad de Belice el 11 de junio de 1997.
Fuente: Secretaría de Relaciones Exteriores.

Carta de Intención entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice.

Firmado en la Ciudad de México el 6 de junio de 2000.
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección de Relaciones Internacionales.

Convenio de Cooperación en materia de salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice. (Interinstitucional), Firmado en la Ciudad de Belice el 27 de octubre de 2000.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección de Relaciones Internacionales.

Declaración Conjunta de los Ministerios de Salud de Guatemala, México y Belice, en materia de vigilancia epidemiológica así como ITS/VIH/SIDA.

Firmada en la Ciudad de Belice el 27 de octubre de 2000.
Fuente: Secretaría de Salud, Dirección de Relaciones Internacionales.

BELIZE

CONVENIO BÁSICO DE COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA ENTRE EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL GOBIERNO DE BELIZE.

Firmado en la Ciudad de México, el 23 de noviembre de 1995.

Aprobado por el Senado el 18 de abril de 1996, según decreto publicado por el Diario Oficial del 3 de mayo de 1996.

Entró en vigor, el 20 de mayo de 1996.

CONVENIO BÁSICO DE COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA ENTRE EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL GOBIERNO DE BELIZE

El Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno, de Belize, en adelante denominados "las Partes",

ANIMADOS por el deseo de fortalecer los tradicionales lazos de amistad y cooperación existentes entre ambos países;

TOMANDO en consideración que ambas Partes han venido realizando acciones de cooperación técnica y científica al amparo del Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belize, firmado en la Ciudad de México, el 22 de febrero de 1985;

CONSCIENTES de su interés común por promover y fomentar el progreso técnico y científico y de las ventajas recíprocas que resultarían de una cooperación en campos de interés mutuo;

CONVENCIDOS de la importancia de establecer mecanismos que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de ese marco de cooperación bilateral, así como de la necesidad de ejecutar programas de cooperación técnica y científica, que tengan efectiva incidencia en el avance económico y social de, sus respectivos países;

Han convenido lo siguiente:

ARTÍCULO I

1. El objetivo del presente Convenio es promover la cooperación técnica y científica entre ambos países, a través de la formulación y ejecución, de común acuerdo, de programas y proyectos en dichas áreas.

2. En la elaboración de estos programas y proyectos, las Partes tomarán en consideración las prioridades establecidas en sus respectivos planes de desarrollo y apoyarán la participación, en su ejecución, de organismos y entidades de los sectores público, privado y social, así como de las universidades e instituciones de investigación científica y técnica.

Asimismo, las Partes tomarán en consideración, la importancia de ejecución de proyectos nacionales de desarrollo y se favorecerá la instrumentación de proyectos conjuntos de desarrollo científico-tecnológico, que vinculen centros de investigación con entidades industriales de los dos países.

3. Las Partes podrán, con base en el presente Convenio, celebrar acuerdos complementarios de cooperación técnica y científica, en áreas específicas de interés común que formarán parte integrante de este Convenio.

ARTÍCULO II

1. Para los fines del presente Convenio, las Partes elaboran conjuntamente Programas Bienales, de acuerdo con las prioridades de ambos países en el ámbito de sus respectivos planes y estrategias de desarrollo económico y social.

2. Cada Programa deberá especificar objetivos, recursos financieros y técnicos, cronogramas de trabajo, así como las áreas en que serán ejecutados los Proyectos. Deberán igualmente especificar las obligaciones, operativas y financieras de cada una de las Partes.

3. Cada Programa será evaluado anualmente por las entidades coordinadoras, mencionadas en el artículo V.

ARTÍCULO III

En la ejecución de los programas se incentivará e incluirá, cuando las Partes así lo consideren necesario, la participación de organismos multilaterales y regionales de cooperación técnica, así como de instituciones cooperantes de terceros países, que por su reconocida capacidad en estas materias, ambas Partes decidan de común acuerdo su participación.

Las Partes podrán, siempre que lo estimen necesario y por acuerdo mutuo, solicitar el financiamiento y la participación de organismos internacionales y otros países en la ejecución de programas y proyectos que se acuerden de conformidad con el presente Convenio.

ARTÍCULO IV

Para los fines del presente Convenio, la cooperación técnica y científica entre las Partes podrá asumir las siguientes modalidades:

- a) intercambio de especialistas, investigadores y profesores universitarios;

- b) elaboración de programas de pasantía para entrenamiento profesional y capacitación;
- c) realización conjunta o coordinada de programas y/o proyectos de investigación y/o desarrollo tecnológico que vinculen centros de, investigación e industria;
- d) intercambio de información sobre investigación científica y tecnológica;
- e) desarrollo de actividades conjuntas de cooperación en terceros países;
- f) otorgamiento de becas, para estudios de especialización profesional y estudios intermedios de capacitación técnica;
- g) organización de seminarios, talleres y conferencias;
- h) prestación de servicios de consultoría;
- i) envío de equipo y material necesario para la ejecución de proyectos específicos; y
- j) cualquier otra modalidad acordada por las Partes.

ARTÍCULO V

Con el fin de contar con un adecuado mecanismo de seguimiento y coordinación de las acciones previstas en el presente Convenio y de lograr las mejores condiciones para su ejecución, las Partes establecerán una Comisión Mixta Mexicano Beliceña, integrada por representantes de ambos gobiernos, así como de aquellas instituciones cuyas actividades incidan directamente en el ámbito de la cooperación técnica y científica de ambos países.

Esta Comisión Mixta, será presidida por la Secretaría de Relaciones Exteriores, por parte de México y por el Ministerio de Relaciones Exteriores, por parte de Belize, la cual tendrá las siguientes funciones:

- a) evaluar y delimitar áreas prioritarias en que sería factible la realización de proyectos específicos de cooperación técnica y científica;
- b) estudiar y recomendar los programas y proyectos a ejecutar;
- c) revisar, analizar y aprobar los Programas Bienales de cooperación técnica y científica; y

- d) supervisar la adecuada observancia y cumplimiento del presente Convenio, así como del Reglamento para el Manejo Operativo y Administrativo de los Programas a ejecutarse y formular a las Partes las recomendaciones que consideren pertinentes.

ARTÍCULO VI

La Comisión Mixta se reunirá alternativamente cada dos años en México y en Belize, en las fechas acordadas previamente a través de la vía diplomática.

Sin perjuicio de lo previsto en el párrafo precedente, cada una de las Partes podrá someter a consideración de la Otra, en cualquier momento, proyectos específicos de cooperación técnica y científica, para su debido análisis y, en su caso, aprobación. Asimismo, las Partes podrán convocar, de común acuerdo y cuando lo consideren necesario, reuniones extraordinarias de la Comisión Mixta.

ARTÍCULO VII

Ambas Partes tomarán las medidas necesarias para que las técnicas y los nacionales de las Partes, como resultado de la cooperación a que se refiere el Artículo IV, contribuyan al desarrollo económico y social de sus países, por medio de la transmisión de la experiencia y conocimientos a nivel interinstitucional, adquiridos en el marco de las diversas actividades de cooperación técnica.

ARTÍCULO VIII

En el envío de personal a que se refiere el Artículo IV, los costos de transporte internacional de una de las Partes al territorio de la Otra, se sufragarán por la Parte que lo envíe, salvo casos excepcionales que sean negociados por las Partes interesadas. El costo de hospedaje, alimentación y transporte local, se cubrirá por la Parte receptora, a menos que expresamente se especifique de otra manera o sea objeto de los acuerdos complementarios a que se refiere el inciso 3) del Artículo I del presente Convenio.

ARTÍCULO IX

Cada Parte otorgará todas las facilidades necesarias para la entrada, permanencia y salida del participante, que en forma oficial intervenga en los proyectos de cooperación. Este participante se someterá a las disposiciones migratorias, sanitarias y de seguridad nacional en el país receptor y no podrá dedicarse a ninguna actividad ajena sin la previa autorización de ambas Partes.

**INFORME DE LAS DIRECCIONES DE TRATADOS I Y II, PARA EFECTOS
DE LA COLECCION TITULADA "TRATADOS CELEBRADOS POR
MEXICO" Y LA PUBLICACION "MEXICO: RELACION DE TRATADOS EN
VIGOR"**

I. TEXTOS DE TRATADOS FIRMADOS POR EL GOBIERNO DE MEXICO

1. Titulo del Tratado o Acuerdo Interinstitucional:

**ACUERDO DE COLABORACION ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
ESTADO DE TABASCO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BELICE
(INTERINSTITUCIONAL).**

2. Lugar y fecha de adopción:

CIUDAD DE BELICE, 11 DE JUNIO DE 1997.

3. Nombre y cargo de los signatarios:

POR LA SECRETARIA: LUCIO G. LASTRA ESCUDERO, SECRETARIO.

POR EL MINISTERIO: SALVADOR FERNANDEZ, MINISTRO.

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO DE LOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BELICE

ACUERDO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE SALUD

11 DE JUNIO DE 1997.

ACUERDO DE COLABORACION ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BELICE

La Secretaria de Salud del Estado de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud y Deportes de Belice, en adelante denominados "Las partes".

ANIMADOS por el deseo de fortalecer los lazos de amistad y cooperación existentes entre las partes:

TOMANDO en consideración las disposiciones del Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice, suscrito en la Ciudad de México, el 23 de noviembre de 1995;

CONCIENTES de la importancia de conjugar esfuerzos para impulsar el desarrollo integral de sus poblaciones, a través de la organización social y el intercambio comercial, tecnológico, académico y cultural;

Han acordado lo siguiente.

ARTICULO I

El objetivo del presente acuerdo es promover la cooperación técnica y científica entre las partes, a través de la elaboración y ejecución de común acuerdo, de programas y proyectos en áreas específicas identificadas de interés mutuo.

ARTICULO II

Para los fines del presente acuerdo, las Partes elaborarán conjuntamente programas:

a) Intercambio Académico:

- Se pretende desarrollar un Programa de Formación de Recursos Humanos para la Salud, en el que la Secretaría de Salud de Tabasco, pone a disposición del Ministerio de Salud y Deportes de Belice su red de hospitales de segundo y tercer nivel. En esos Centros hospitalarios-docentes se imparten las especialidades de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, Medicina Familiar, Enfermería Pediátrica y Odontopediatría. El requisito para acceder a la especialización es aprobar el Examen Nacional de Residencia, que se lleva a cabo anualmente en el mes de octubre.

b) Cooperación Técnica en Materia de Salud:

- La Cooperación se centrará en el desarrollo de los sistemas locales de salud y en mejorar la prestación de servicios en el segundo nivel de atención, principalmente,

c) Subrogación de servicios de tercer nivel de atención a la salud.

- La Secretaria de Salud de Tabasco proporcionará a la población de Belice los servicios de tercer nivel

subrogados a las cuotas normadas y cuyos costos se precisan en el anexo,

ARTICULO III

Cada programa deberá especificar objetivos, recursos financieros y técnicos, cronogramas de trabajo, así como las áreas en que serán ejecutados los proyectos. Deberán, igualmente, especificar las obligaciones operativas y financieras de cada una de las Partes y desarrollarán los mecanismos que permitan la operacionalización de las tres áreas definidas.

ARTICULO IV

El personal comisionado por cada una de las Partes continuará bajo su dirección y dependencia, manteniendo su relación laboral con la institución a la que pertenezca, por lo que no se crearán relaciones de carácter laboral con la Otra, a la que en ningún casos se le considerará como patrón sustituto.

El personal enviado por cada una de las Partes a la Otra se someterá en el lugar de su ocupación, a las disposiciones de la legislación nacional vigente en el país receptor. Este personal no podrá dedicarse a ninguna actividad ajena a sus funciones ni recibir ninguna remuneración fuera de las que hubiesen sido establecidas, siendo previa autorización de las autoridades competentes.

ARTICULO V

Las diferencias que pudieran surgir de la interpretación o aplicación del presente instrumento, serán resueltas de común acuerdo por las Partes.

ARTICULO VI

El presente acuerdo entrará en vigor a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia de 3 años, prorrogables por periodos de igual duración, previa evaluación.

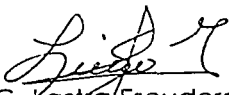
El presente Acuerdo podrá ser modificado por mutuo consentimiento de las Partes, formalizado a través de comunicaciones escritas en las que se especifique la fecha de su entrada en vigor.

Cualquiera de las Partes podrá en cualquier momento, dar por terminado el presente Acuerdo, mediante comunicación escrita dirigida a la Otra, con noventa (90) días de antelación.

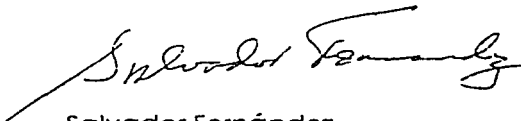
La terminación anticipada del presente acuerdo no afectará el desarrollo y conclusión de las acciones de cooperación que hubieren sido formalizadas durante su vigencia.

Hecho en la Ciudad de Belice, el once de junio de 1997, en dos ejemplares originales en los idiomas español e inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos.

POR LA SECRETARIA DE SALUD
DEL GOBIERNO DE TABASCO
DE LOS ESTADOS UNIDOS.
MEXICANOS


Lucio G. Castro Escudero
Secretario

POR EL MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES DE BELICE


Salvador Fernández
Ministro

TESTIGOS DE HONOR

GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE TABASCO
DE LOS ESTADOS UNIDOS.
MEXICANOS


ROBERTO MADRAZO PINTADO

PRIMER MISTRO DE
BELICE


MANUEL ESQUIVEL

SECRETARIAT OF HEALTH FOR THE STATE OF TABASCO, MEXICO
MINISTRY OF HEALTH AND SPORTS OF BELIZE

AGREEMENT OF COLLABORATION IN HEALTH

JUNE 11, 1997

AGREEMENT OF COLLABORATION BETWEEN THE SECRETARIAT OF HEALTH OF THE STATE OF TABASCO, MEXICO, AND THE MINISTRY OF HEALTH AND SPORTS OF BELIZE

THE SECRETARIAT OF HEALTH OF THE STATE OF TABASCO, MEXICO, AND THE MINISTRY OF HEALTH AND SPORTS OF BELIZE HERINAFTER REFERRED TO AS "THE PARTIES"

ENCOURAGED BY THE DESIRE TO STRENGTHEN THE TRADITIONAL TIES OF FRIENDSHIP AND COOPERATION THAT EXISTS BETWEEN BOTH PARTIES.

TAKING INTO CONSIDERATION THE DISPOSITIONS OF THE BASIC AGREEMENT FOR TECHNICAL AND SCIENTIFIC COOPERATION BETWEEN THE GOVERNMENT OF MEXICO AND THE GOVERNMENT OF BELIZE, SIGNED IN MEXICO CITY ON NOVEMBER 23, 1995;

CONSCIOUS OF THEIR COMMON INTEREST TO PROMOTE AND ENCOURAGE THE INTEGRAL DEVELOPMENT OF THEIR PEOPLE, THROUGH SOCIAL ORGANIZATION AND COMMERCIAL, TECHNOLOGICAL, ACADEMIC AND SOCIAL EXCHANGE.

THEY HAVE AGREED ON THE FOLLOWING.

ARTICLE 1

THE OBJECTIVE OF THE PRESENT AGREEMENT IS TO PROMOTE TECHNICAL AND SCIENTIFIC COOPERATION BETWEEN THE PARTS, THROUGH THE PREPARATION AND EXECUTION BY MUTUAL AGREEMENT, OF PROGRAMS AND PROJECTS IN SPECIFIC AREAS IDENTIFIED OF MUTUAL INTEREST.

ARTICLE II

FOR THE OBJECTIVE OF THE PRESENT AGREEMENT, THE PARTIES SHALL PREPARE JOINTLY THE FOLLOWING PROGRAMS:

A) ACADEMIC EXCHANGE :

IT IS INTENDED TO DEVELOP A "TRAINING PROGRAM FOR HUMAN RESOURCES IN THE FIELD OF HEALTH" IN WHICH THE SECRETARIAT OF HEALTH OF TABASCO PLACES AT THE DISPOSITION OF THE MINISTRY OF HEALTH AND SPORTS OF BELIZE THEIR NETWORK OF 2ND AND 3RD LEVEL HOSPITALS. THESE EDUCATIONAL HOSPITAL CENTERS OFFER SPECIALIZATION IN GENERAL SURGERY, GYNO-OBSTETRICS, INTERNAL MEDICINE, PEDIATRICS, ANESTHESIOLOGY, FAMILY MEDICINE, PEDIATRIC NURSING, AND ODONTOPEDIATRICS. THE REQUIREMENTS TO QUALIFY FOR THE SPECIALIZATION IS TO PASS THE NATIONAL RESIDENCY EXAMINATION WHICH TAKES PLACE ANNUALLY IN THE MONTH OF OCTOBER.

B) THE HEALTH TECHNICAL COOPERATION PROGRAM:

THE COOPERATION WILL FOCUS ON THE DEVELOPMENT OF THE LOCAL HEALTH SYSTEMS AND ON THE IMPROVEMENT OF SERVICES RENDERED BASICALLY AT THE SECOND LEVEL OF ATTENTION.

C) SUBROGATION OF THIRD LEVEL SERVICES IN HEALTH CARE.

THE SECRETARIAT OF HEALTH OF TABASCO WILL PROVIDE TO THE POPULATION OF BELIZE THE THIRD LEVEL SERVICES, SUBROGATED TO THE STANDARD QUOTAS AND WHICH COSTS ARE DETAILED IN THE ANNEX.

ARTICLE III

EACH PROGRAM SHOULD SPECIFY OBJECTIVES, FINANCIAL AND TECHNICAL RESOURCES, TIMETABLES, AS WELL AS THE AREAS IN WHICH THE PROJECT WILL BE CARRIED OUT. THEY SHOULD LIKEWISE, SPECIFY THE OPERATIONAL AND FINANCIAL OBLIGATIONS OF EACH OF THE PARTIES AND THEY WILL DEVELOP THE MECHANISMS THAT WOULD ALLOW THE OPERATIONAL STRUCTURE FOR THE THREE DEFINED AREAS.

ARTICLE IV

THE PERSONNEL COMMISSIONED BY EACH OF THE PARTIES SHALL CONTINUE TO DEPEND ON HIS OR HER ORIGINAL EMPLOYER, MAINTAINING HIS OR HER WORKING RELATIONSHIP WITH THE INSTITUTION TO WHICH HE OR SHE BELONGS, FOR WHICH NO NEW LABOR RELATIONSHIP OR ANY OTHER SHALL BE ESTABLISHED WITH THE OTHER PARTY AND WHICH UNDER ANY CIRCUMSTANCE SHALL BE CONSIDERED AS SUBSTITUTE EMPLOYER.

THE PERSONNEL PARTICIPATING IN THE COOPERATION PROJECTS WILL BE SUBJECT TO THE EXISTING INTERNAL LEGISLATION OF THE RECEIVING COUNTRY. THE PERSONNEL SHALL NOT CARRY OUT OTHER ACTIVITIES OTHER THAN THOSE RELATED TO HIS FUNCTION NOR RECEIVE PAYMENT OTHER THAN THE AGREED UPON, UNLESS OTHERWISE AUTHORIZED BY THE COMPETENT AUTHORITIES.

ARTICLE V

THE DIFFERENCES THAT COULD ARISE IN THE INTERPRETATION OR IMPLEMENTATION OF THE PRESENT INSTRUMENT, SHALL BE RESOLVED BY MUTUAL AGREEMENT OF THE PARTIES.

ARTICLE VI

THE PRESENT AGREEMENT SHALL BECOME EFFECTIVE FROM THE DATE OF ITS

SIGNATURE AND SHALL BE VALID FOR A PERIOD OF 3 YEARS, WITH REVALIDATION PERIODS OF THE SAME DURATION, WITH PREVIOUS EVALUATION.

THE PRESENT AGREEMENT SHALL BE MODIFIED UNDER MUTUAL AGREEMENT OF BOTH PARTIES, FORMALIZED THROUGH WRITTEN COMMUNICATIONS IN WHICH THE DATE THAT IT WILL BE ENFORCED SHALL BE SPECIFIED.

ANY OF THE PARTIES SHALL AT ANY GIVEN MOMENT, TERMINATE THE PRESENT AGREEMENT, THROUGH A WRITTEN COMMUNICATION ADDRESSED TO THE OTHER PARTY, WITH NINETY (90) DAYS OF ANTICIPATION.

THE ANTICIPATED TERMINATION OF THE PRESENT AGREEMENT SHALL NOT AFFECT THE DEVELOPMENT AND CONCLUSION OF THE ACTIONS OF COOPERATION THAT WOULD HAVE BEEN FORMALIZED DURING ITS PERIOD OF VALIDITY.

SIGNED IN THE CITY OF BELIZE, THE ELEVENTH DAY OF JUNE OF 1997, IN TWO ORIGINAL DOCUMENTS IN BOTH THE ENGLISH AND SPANISH LANGUAGES, WITH BOTH TEXTS BEING EQUALLY LEGITIMATE

ON BEHALF OF THE SECRETARIAT
OF HEALTH OF THE GOVERNMENT OF
TABASCO OF THE UNITED MEXICAN
STATES


LUCIO G. LASTRA ESCUDERO
SECRETARY

ON BEHALF OF THE MINISTRY
OF HEALTH AND SPORTS OF BELIZE


SALVADOR FERNANDEZ
MINISTER

WITNESSES OF HONOR

GOVERNOR OF THE STATE OF
TABASCO OF THE UNITED MEXICAN
STATES


ROBERTO MADRAZO PINTADO

PRIMER MINISTER OF BELIZE


RT. HON. MANUEL ESQUIVEL

**CONVENIO DE COOPERACIÓN EN MATERIA DE SALUD ENTRE LA
SECRETARÍA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL
MINISTERIO DE SALUD DE BELICE**

La Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice, en adelante denominados "las Partes",

CONSCIENTES de la importancia de trabajar conjuntamente para abordar los problemas de salud comunes y los asuntos de salud pública de mutuo interés;

RECONOCIENDO la existencia de interés y cooperación específica bilateral para la prevención y el control de enfermedades, así como la promoción de la salud;

TOMANDO en cuenta el compromiso común de mejorar el estado de salud de las personas a lo largo de la frontera entre México y Belice y su relación hacia los demás países de la región;

TOMANDO en consideración que la salud es un componente esencial del bienestar y el desarrollo como ejes estratégicos que promueven y fortalecen fronteras solidarias y de paz;

ANIMADOS por el deseo de fomentar una mayor comprensión y fortalecer las relaciones futuras en materia de salud pública entre Partes;

CONVENCIDOS de la necesidad de fortalecer los vínculos entre sus comunidades de las ciencias médicas y de la salud pública y, si procede, con otros países;

Han convenido lo siguiente:

**ARTICULO I
PRINCIPIOS GENERALES**

El objetivo del presente Convenio es acrecentar los esfuerzos de cooperación en el campo de las ciencias médicas y de la salud pública, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1.- El presente Convenio constituye el marco jurídico de referencia para estimular la cooperación bilateral al abordar los asuntos y problemas de importancia para ambos países.

2.- De conformidad con este Convenio, la cooperación tiene el propósito de apoyar y fortalecer las relaciones establecidas en el campo de las ciencias médicas y la salud pública entre instituciones o individuos de los Estados Unidos Mexicanos y de la República

de Belice y de ninguna manera limitará tales relaciones. Antes bien, las Partes se esforzarán por identificar áreas de cooperación que serían mutuamente provechosas.

3.- Siempre que les sea posible, las Partes coordinarán o apoyarán sus actividades conjuntas con las acciones y las metas de organismos de salud internacionales, incluyendo de las Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

ARTICULO II ÁREAS DE COOPERACIÓN

A. Las Partes fortalecerán su cooperación en una amplia gama de asuntos de salud, dirigiendo sus esfuerzos al fomento de la colaboración en las materias de mutuo interés, como es el caso de la frontera México- Belice, incluyendo, entre otras, las actividades siguientes:

1.- La cooperación para el desarrollo de los servicios de salud y la capacitación de recursos humanos, incluyendo, cuando sea posible, la asistencia de cooperación directa de especialistas y subespecialistas en asesorías o participación en la solución de problemas específicos.

2.- La investigación en materia de salud, que incluye la prestación, financiamiento y evaluación de los servicios; las tecnologías sanitarias y los sistemas de atención a la salud; servicios de salud a largo plazo y alternativas no institucionales para extender la cobertura.

3.- Los sistemas de información básica de salud y de epidemiología, con integración de las telecomunicaciones, metodologías estadísticas y el intercambio de información.

4.- Los productos reglamentados que guardan relación con la salud, específicamente alimentos (incluidos suplementos dietéticos); drogas y fármacos (incluidos los carácter biológico); cosméticos, dispositivos médicos, productos electrónicos que emiten radiaciones y productos relacionados.

5.- Los sistemas de prestación de servicios de atención primaria de la salud.

6.- La cooperación en investigación biomédica

7.- Otras áreas de la salud pública, entre ellas, salud ambiental; salud ocupacional; salud materno - infantil; control de vectores; inmunizaciones, prevención y control de enfermedades diarreicas y cólera; SIDA; promoción de la salud y participación comunitaria; municipios y comunidades saludables: prevención y tratamiento del abuso de sustancias; cáncer.

8.- Asuntos relacionados con grupos de alto riesgo y de mayor vulnerabilidad como la salud de las mujeres; personas en edad avanzada; personas con necesidades especiales; adolescentes y niños; nutrición; migrantes; población fronteriza.

9.- Establecimiento de un programa de prevención par ala asistencia y cooperación en caso de desastres naturales.

10.- La cooperación para el fortalecimiento de las áreas de documentación y acervo bibliográfico en ciencias médicas y de salud pública.

11.- Asistencia y cooperación en las áreas administrativas de adquisiciones (compras consolidadas), en almacenamiento y distribución de insumos para la salud,

12 - Referencia de pacientes para diagnóstico y tratamiento.

Cualquier otra área que pueda ser identificada por acuerdo de las Partes,

B.- Si las actividades desarrolladas de conformidad con las disposiciones del presente convenio, generan productos de valor comercial, estos se registrarán por la legislación nacional aplicable de ambas Partes.

ARTICULO III MODALIDADES DE COOPERACIÓN

De conformidad con la legislación vigente de ambas Partes, la cooperación que se establece en el presente Convenio, podrá asumir las modalidades siguientes: intercambio de información técnica; visitas de especialistas profesionales; investigación conjunta; actividades de capacitación; organización de foros tales como seminarios, talleres, simposios y conferencias congruentes con los objetivos de los programas en curso que cada una de Ellas tenga.

Como parte de sus acciones de cooperación, las Partes se proponen estimular, según proceda, el establecimiento de relaciones directas entre las instituciones y los individuos en los países que no se encuentran bajo la jurisdicción de los Gobiernos respectivos y de sus organismos de ejecución.

ARTICULO IV TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

A.- Las Partes convienen en que ningún equipo o información que requiera protección en intereses de la defensa nacional o de las relaciones exteriores de cualquiera de Ellas y que esté clasificado de acuerdo con las leyes y reglamentos nacionales aplicables, será proporcionado con sujeción a este Convenio. Si en el curso de las

actividades de cooperación emprendidas de acuerdo con este Convenio se identificará información o equipo que se sabe o se cree que requiere tal protección, se hará del conocimiento de los funcionarios apropiados inmediatamente y las Partes se consultarán y establecerán por escrito, las medidas apropiadas que se aplicarán a esta información y equipo y, si procede, modificarán este Convenio fin de incorporar tales medidas.

B.- La transferencia de información o equipo no clasificados, cuya exportación esté controlada por las Partes, se hará de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables de cada país. Si cualquiera de las Partes lo considerase necesario, se incorporarán a los contratos o a los mecanismos de ejecución las disposiciones detalladas para prevenir la transferencia o retransferencia no autorizada de tal información o equipo.

La información cuya exportación esté controlada, se marcará para identificarla como tal y para identificar cualquier limitación sobre su uso o su transferencia ulterior.

ARTICULO V FINANCIAMIENTO

Las Partes convienen en que las actividades a que se refiere al presente Convenio se financiarán con fondos asignados en sus presupuestos respectivos, sujeto a la disponibilidad de tales fondos y a las leyes y reglamentos de cada país. Cada Parte deberá los gastos de su propia participación, excepto en el caso de que puedan utilizar mecanismos de financiamiento alternos para actividades específicas, según se considere apropiado.

ARTICULO VI OTROS ACUERDOS

La cooperación a que se refiere el presente Convenio no afectará los derechos y las obligaciones de las Partes, adquiridos en otros acuerdos.

ARTICULO VII MECANISMOS DE SEGUIMIENTO

Con el fin de contar con un adecuado mecanismo de seguimiento y coordinación d de las actividades previstas en el presente Convenio y de lograr las mejores condiciones para su ejecución, las Partes establecerán un Grupo de Trabajo integrado por representantes de ambas Partes.

La Secretaría de Salud de México designa a la Dirección General de Asuntos Internacionales y el Ministerio de Salud de Belice, a la Dirección General de Servicios de Salud, como responsable de supervisar la instrumentación del presente Convenio, en sus respectivos países.

Los representantes de ambas Partes fungirán como coordinadores de las actividades en los esfuerzos que se emprendan de conformidad con este Convenio.

El grupo de Trabajo se reunirá alternadamente en ambos países, de preferencia de manera trimestral.

Este Grupo de Trabajo informarán a la Comisión Mixta entre México y Belice, establecida en el Convenio Básico de Cooperación Científica y Técnica, del 23 de noviembre de 1995, acerca de los resultados y aplicación del presente Convenio.

ARTICULO VIII RELACIÓN LABORAL

El personal designado por cada una de las Partes para la ejecución del presente Convenio, continuará bajo su dirección y dependencia manteniendo su relación laboral con la institución a la que pertenece, por lo que no se crearán relaciones de carácter laboral con la otra, a la que en ningún caso de considerará como patrón sustituto.

ARTICULO IX SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las diferencias que pudieran surgir de la interpretación o aplicación del presente Convenio, serán resueltas de común acuerdo por las Partes.

ARTICULO X ENTRADA EN VIGOR. MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN

El presente Convenio entrará en vigor en la fecha de su firma y tendrá una duración de dos años, prorrogables por periodos de igual duración, previa evaluación.

El presente Convenio podrá ser modificado por mutuo consentimiento de las Partes, formalizado a través de comunicaciones escritas en las que se especifique la fecha de entrada en vigor de dichas modificaciones.

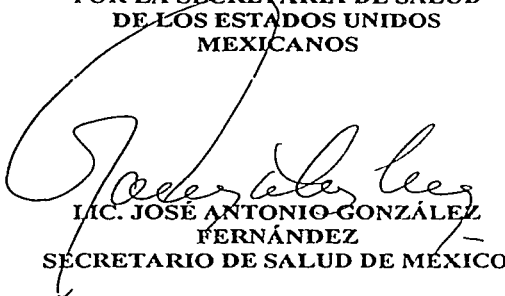
Cualquiera de las Partes podrá, en cualquier momento, dar por terminado al presente Convenio, mediante comunicación escrita dirigida a la Otra, con noventa días de antelación.

La terminación del presente Convenio no afectará la conclusión de las acciones de cooperación que hubieren sido formalizadas durante su vigencia,

Hecho en la ciudad de Belice, Belice, el 27 de octubre 2000, en dos ejemplares originales, en idioma español e inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos.

**POR LA SECRETARIA DE SALUD
DE LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS**

**POR EL MINISTERIO DE SALUD DE
BELICE**



**LIC. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ
SECRETARIO DE SALUD DE MEXICO**



**HON. JOSÉ ALFREDO COYE
MINISTRO DE SALUD DE BELICE**

CARTA DE INTENCIÓN

ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EL MINISTERIO DE SALUD DE BELICE

La Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice

TOMANDO en cuenta el Convenio de Cooperación Técnica y Científica entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de Belice, firmado el 23 de noviembre de 1995;

REAFIRMANDO el interés mutuo de desarrollar las relaciones científicas y tecnológicas que serán de mutuo beneficio para ambos países;

ANIMADOS por el deseo de fomentar una mayor comprensión y fortalecer las relaciones futuras en materia de salud;

TOMANDO en consideración que la salud es un componente esencial del bienestar y el desarrollo, ejes estratégicos que promueven y fortalecen los vínculos de paz;

CONSCIENTES de la importancia de trabajar conjuntamente para abordar los problemas de salud comunes y los asuntos de salud pública de mutuo interés;

MANIFIESTAN, en consecuencia su compromiso de firmar la presente Carta de Intención:

Artículo I

Las Partes realizarán su mejor esfuerzo para iniciar negociaciones con el propósito de establecer un Acuerdo de Cooperación en Materia de Salud entre Ellas para la instrumentación de la presente Carta de Intención.

Artículo II

Las Partes establecerán conjuntamente los ámbitos de cooperación entre Ellas en los campos de la medicina y la salud pública sobre bases de igualdad y beneficio mutuo, así como definir de común acuerdo, las materias específicas de cooperación tomando en cuenta la experiencia que científicos y especialistas han logrado, así como las posibilidades a su alcance.

Artículo III

Las Partes firmarán el Acuerdo de Cooperación a que se refiere el Artículo I de la presente Carta de Intención, de conformidad con la fecha establecida de común acuerdo entre ambas Partes.

Artículo IV

El presente instrumento entrará en vigor a partir de la fecha de su firma y se dará por terminado una vez que entre en vigor el Acuerdo de Cooperación a que se refiere el Artículo I de esta Carta. Cualquiera de las Partes podrá dar por terminado el presente instrumento mediante notificación escrita a la Otra, en cuyo caso la presente Carta de Intención dejará de tener validez a los 30 días siguientes a la fecha en que se haya notificado la terminación de la misma.

Hecho en la Ciudad de México, a los 6 días del mes de junio de dos mil, en dos originales uno en idioma Español y otro en idioma Inglés siendo los textos igualmente auténticos.

**POR EL MINISTERIO DE SALUD DE
BELICE**

**POR LA SECRETARÍA DE SALUD
DE LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS**



DR. JOSÉ ALFREDO COYE

MINISTRO



JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ

SECRETARIO

**LETTER OF INTENT
BETWEEN THE MINISTRY OF HEALTH OF BELIZE AND THE HEALTH
SECRETARIAT OF THE UNITED MEXICAN STATES**

The Ministry of Health and the Secretariat of Health of the United Mexican States,

TAKING into account the Technical and Scientific Co-operation Agreement signed between the Government of Belize and the Government of the United Mexican States on November 23rd1996,

REAFFIRMING their mutual interest in developing technological scientific relations which will be of great benefit for both countries;

ENCOURAGED by the desire to foster greater understanding and strengthen future relations in health matters,

TAKING into consideration that Health is an essential component of well-being and development which are fundamental strategic issues that promote and strengthen ties of Peace.

CONSCIOUS of the importance to jointly work towards addressing common Health Problems as well as Public Health Issues of mutual interest,

Declare as a consequence, the signing of the Present Letter of Intent:

Article I

Both Parties will put forward its best effort to initiate negotiations with each other for the purpose of establishing an Agreement of Co-operation in Matters of Health for the execution of the present Letter of Intent.

Article II

The Parties jointly establish the framework for co-operation with each other in the areas of Medicine and Public Health, based on equality and mutual benefit, as well jointly defining those specific areas of co-operation taking into consideration the experience that scientists and specialist have achieved, as well as the possibilities within their means.

Article III

The Parties shall sign the Co-operation Agreement referred to in Article I of the present Letter of Intent, at a date to be mutually agreed upon by both Parties.

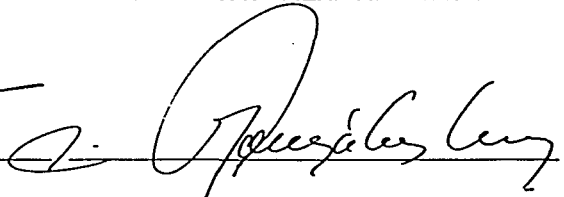
Article IV

The present Instrument shall enter into force upon signature and shall be terminated once the Co-operation Agreement referred to in Article I of the present Letter of Intent, enters into force. Either of the Parties may terminate the present instrument by means of written notification to the other, in which the present Letter shall cease to be valid 30 days after the date of notification of termination of said Letter.

Done in Mexico City, on the 6th day of June of the year 2000 in two originals, in the English and the Spanish Languages, both texts being equally valid.

FOR THE MINISTRY OF
HEALTH OF BELIZE

FOR THE HEALTH SECRETARIAT OF
THE UNITED MEXICAN STATES



HON. JOSE ALFREDO COYE
MINISTER

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ
SECRETARY

**DECLARACIÓN CONJUNTA DE LOS MINISTROS DE SALUD DE
GUATEMALA, MÉXICO Y BELICE, EN MATERIA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA ASÍ COMO ITS/VIH/SIDA.**

Ciudad de Belice, Belice, 27 de octubre de 2000

Los Ministros de Salud de Guatemala, México y Belice nos reunimos en Ciudad de Belice, Belice el 27 de octubre de 2000, para establecer una base para acrecentar el apoyo y la cooperación en materia de Vigilancia Epidemiológica así como ITS/VIH/SIDA;

CONVENCIDOS de la importancia de cooperar de manera conjunta en las áreas señaladas.

ANIMADOS por el deseo de fortalecer los tradicionales lazos de amistad entre Guatemala, México y Belice.

IMPULSADOS por el ánimo de promover y fomentar el apoyo entre los países, así como compartir los resultados logrados a través de la cooperación.

ACORDAMOS:

1. Reafirmar nuestra voluntad en la promoción del desarrollo, e impulsar una mayor relación de cooperación regional técnica y científica.
2. Impulsar el principio de corresponsabilidad en la ejecución de los proyectos de cooperación regional, entendida como un esfuerzo compartido tanto en la formulación como en el financiamiento de las iniciativas de cooperación. En este sentido, promover la gestión ante terceros países y organismos internacionales orientada a la consecución de recursos financieros y técnicos complementarios, de manera coordinada entre las instancias correspondientes de Guatemala, México y Belice.
3. Continuar con los esfuerzos realizados por los países Mesoamericanos para evitar la expansión de ITS/VIH/SIDA en la región, otorgándole mayor importancia a las estrategias conjuntas dirigidas a áreas adyacentes con gran movilidad poblacional que tengan como objetivo la prevención y control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y el fortalecimiento de las comunidades locales de cada país.
4. Redoblar los esfuerzos empeñados por los países Mesoamericanos en la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, con especial énfasis en dengue y

paludismo, para lo cual se fortalecerá la gestión del apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS.

5. Realizar Seminarios-Talleres, en el que participen los Ministerios de Salud de cada uno de los países participantes, con el fin de difundir los métodos existentes para la prevención de ITS/VIH/SIDA entre la población de los mismos.
6. Alentar la realización de Talleres de Actualización de Vigilancia Prevención y Control del Dengue y Paludismo en la región.
7. Promover el desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de atención a riesgos y daños a la salud comunitaria de los países de la zona en casos de desastre provocados por fenómenos naturales.

Los Ministros de Salud de Guatemala y México expresamos nuestro sincero agradecimiento por la hospitalidad brindada por el pueblo y Gobierno de Belice durante nuestra permanencia en esta Ciudad.

Firmado en la Ciudad de Belice, Belice el día 27 de octubre de dos mil, en dos ejemplares en idiomas Español e Inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos.



DR. MARIO BOLAÑOS DUARTE,
Ministro de Salud de Guatemala.



LIC. JOSE ANTONIO GONZALEZ,
FERNÁNDEZ,
Secretario de Salud de México



HON. JOSÉ ALFREDO COYE,
Ministro de Salud de Belice.