

64a
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ARAGON”

ANALISIS DE LA ORGANIZACION
PANAMERICANA DE LA SALUD Y DE
SUS PROGRAMAS APLICADOS A MEXICO
A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

T E S I S
Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN DERECHO
P r e s e n t a
CASTILLO RIVERA MONICA GABRIELA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
UNIDAD ACADEMICA " ARAGON "

ANALISIS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Y DE SUS PROGRAMAS APLICADOS A MEXICO
A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A
CASTILLO RIVERA MONICA GABRIELA

1 9 9 4

MONICA :

A Dios, por haberme concedido vida y salud;
A mis padres, por haberme brindado su apoyo;
A mis tíos Willie y Connie; por haberme alentado
en los momentos difíciles;
A la UNAM, por haberme otorgado la oportunidad
de prepararme y de ser una mujer útil
a la sociedad;
A mi querida escuela ENEP - ARAGON,
a la que debo mi formación profesional;
A todos mis maestros con cariño y respeto,
por haberme transmitido sus enseñanzas;
y en especial al Lic. Elías Polanco Braga,
porque sin su valioso apoyo, no me habría
sido posible realizar este trabajo
que representa la consecución
de una de mis metas más anheladas.

ANALISIS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Y DE SUS PROGRAMAS APLICADOS A M E X I C O

A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
I.- ANTECEDENTES	4
A) ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS	4
B) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	24
C) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	49
II.- FUNDAMENTOS LEGALES DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	73
A) CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD	73
1.- M i e m b r o s	73
2.- O r g a n i s m o s	74
2.1 La Conferencia Sanitaria Panamericana	74
2.1.1 Funciones	74
2.1.2 Composición	75
2.1.3 Votación	76
2.1.4 Reuniones	76
2.2 El Consejo Directivo	77
2.2.1 Funciones	77
2.2.2 Composición	78
2.2.3 Votación	78
2.2.4 Reuniones	78
2.3 El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo	79
2.3.1 Funciones	79
2.3.2 Composición	79

2.3.3	Votación	80
2.3.4	Reuniones	80
2.4	La Oficina Sanitaria Panamericana . . .	81
2.4.1	Funciones	81
2.4.2	Administración	83
2.4.3	Carácter Internacional del Personal . .	83
B)	CODIGO SANITARIO PANAMERICANO	84
1.-	O b j e t o	85
2.-	Notificación e Informes a otros países	85
3.-	Estadística de Morbilidad y Mortalidad	89
III.-	FUNDAMENTOS LEGALES DE LA SALUD EN MEXICO	91
A)	BASES CONSTITUCIONALES	91
B)	LEY GENERAL DE SALUD	102
C)	OTRAS DISPOSICIONES	106
IV.-	ANALISIS DE LOS PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD APLICADOS A MEXICO A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD	108
A)	SALUD PARA TODOS : ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS 1991-1994	108
I.-	Estado Actual	112
1.1	Objetivos	122
1.2	Plan de desarrollo	124
B)	PLAN NACIONAL DE SALUD	125
1.-	Estado Actual	126
1.1	Objetivos	127
1.2	Plan de desarrollo	129

C)	DEFICIENCIAS DE LOS PROGRAMAS	151
D)	PERSPECTIVAS FUTURAS	154
	CONCLUSIONES	158
	BIBLIOGRAFIA	173

I N T R O D U C C I O N

La Organización Panamericana de la Salud interesada en los problemas como el cólera, la fiebre amarilla, la legislación sanitaria, así como el control de las enfermedades transmisibles, entre otros; originó la cooperación sanitaria entre naciones para el intercambio de información y ha sido de gran relevancia para el desarrollo de los países iniciando la responsabilidad de los Gobiernos en la salud humana; México, hoy tiene como meta que el mexicano tenga un nivel de salud que le permita una vida productiva utilizando estrategias y programas para la prevención en cuanto a salud se refiere.

La época que nos ha tocado vivir es maravillosa por sus grandes adelantos científicos y tecnológicos, pero es también un período de grandes cambios ideológicos, políticos, sociales y económicos, es precisamente en el dinamismo de los distintos países donde la salud juega un importante papel en su lucha por alcanzar la supremacía y el desarrollo de todas las naciones.

Por lo anterior, y por el gran significado y responsabilidad que representa el campo de la salud para los países, nos permitimos realizar este trabajo el cual está destinado al análisis de la Organización Panamericana de la Salud, en donde hacemos una síntesis de sus antecedentes así como de otros Organismos Internacionales de los cuales OPS forma parte y que de igual manera se dedican al estudio de la problemática de salud a nivel mundial, tales como la Organización de los Estados Americanos y la Organización Mundial de la Salud; del mismo modo, establecemos su marco jurídico abarcando tanto su Constitución como su Código, permitiéndonos conocer más ampliamente tanto su

organización como la coordinación que mantienen los Países Miembros en sus esfuerzos comunes por la salud de sus pueblos.

Derivado de este análisis, procedemos a examinar los programas de trabajo formulados por la OPS y los Estados Miembros para el período 1991-1994 denominados **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas**, analizando la **Promoción de la Salud** desde el punto de vista que el elemento más importante para el éxito de estos programas es el factor humano, el cual debe estar debidamente informado y capacitado.

Tomando en base a esta Orientación, damos paso al análisis en equiparabilidad de objetivos al programa de **Fomento de la Cultura de la Salud**, rubro importante del Plan Nacional de Salud vigente, en donde establecemos tanto objetivos como planes de desarrollo de los cuales, a nuestro juicio, señalamos las deficiencias de ambos programas en su aplicabilidad en México.

Cabe destacar, que en el desarrollo del presente análisis se dedica un capítulo a los fundamentos legales de la salud en México, en el que se puede apreciar el gran valor que nuestra Carta Magna le otorga al establecerla como una garantía constitucional, donde una vez más se reafirma el compromiso del Estado por proteger la salud de sus habitantes; asimismo, se mencionan las bases que su ley reglamentaria, la **Ley General de Salud**, marca como directrices para la consecución del Plan Nacional de Salud a través de la participación de los diferentes sectores que conforman al Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO I

A N T E C E D E N T E S

- A) ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA)
- B) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
- C) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

A N T E C E D E N T E S

A) ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

La Organización de los Estados Americanos es un organismo internacional regional creado en 1948, que proporciona un foro para la cooperación de los Estados Miembros del hemisferio occidental; dentro de sus actividades encontramos que "...provee servicios de avisos y entrenamientos a través de la cooperación técnica nacional de programas de tipo económico, social, educacional, científico y desarrollo cultural, conduce estudios técnicos y revisa progresos hacia las metas de desarrollo nacional. " (1)

Los antecedentes de esta Organización datan desde la creación de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas y de sus oficina central (Oficina Comercial de las Repúblicas Americanas), con sede en Washington, D.C.; esto se lleva a cabo cuando en octubre de 1889 a abril de 1890 dieciocho repúblicas del Nuevo Mundo celebraron la Primera Conferencia Internacional Americana efectuada en Washington, D.C., a iniciativa de los Estados Unidos de América (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, E.U.A., Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).

En esta Conferencia se estableció que la Unión realizaría

(1) Traducción libre; Yearbook of International Organizations 1981;
19th.edition, Edited by the Union of International Associations,
Brussels, 1981, page D 301.

sus actividades a través de la Oficina Comercial con un presupuesto de \$US 36,000.00 misma que tendría como finalidad recoger y distribuir información económica y comercial sobre los países miembros.

La Segunda y Tercera Conferencias Internacionales Americanas celebradas en México (22-octubre-1901 al 31-enero-1902) y en Río de Janeiro (21-julio al 26-agosto de 1906), cambiaron el nombre de la Oficina Comercial por el de Oficina Comercial Internacional extendiéndole las funciones a los asuntos educativos.

En la Cuarta Conferencia realizada en Buenos Aires, en julio de 1910, se cambió el nombre de Unión Internacional de Repúblicas Americanas por el de Unión de las Repúblicas Americanas y el de la Oficina Comercial por el de Unión Panamericana.

En Santiago de Chile (1923) se llevó a cabo la Quinta Conferencia Internacional Americana, donde se formalizaron algunos métodos para el arreglo pacífico de las controversias mediante el Tratado para evitar o prevenir conflictos entre los Estados Americanos conocido también como Pacto Gondra, llamado así en honor de sus principal autor, el paraguayo Manuel Gondra.

En la Sexta Conferencia realizada en La Habana en 1928, se adoptaron convenciones sobre asilo político, neutralidad marítima, se creó además la Comisión Interamericana de Mujeres y el Instituto Panamericano de Geografía e Historia.

Durante la Séptima Conferencia Internacional Americana llevada a cabo en Montevideo (1933), se aprobó la Convención sobre Derechos y Deberes de los Estados, en la cual se estableció

la igualdad jurídica y el principio de no intervención (Ningún Estado tiene derecho a intervenir en los asuntos internos ni en los externos de otros).

En el año de 1936 se celebra en Buenos Aires la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz, en la que se hace constar que cualquier acto que represente una amenaza contra la paz de un Estado Americano representa así mismo una amenaza contra todos los demás y es justificación para una consulta.

En Lima, Perú, para el año de 1938 se realiza la Octava Conferencia Internacional Americana en la cual se reafirmó la intención de las repúblicas americanas de defender sus derechos a gozar de paz y seguridad ante la perspectiva de la II Guerra Mundial con la Declaración de Lima; dicha Conferencia estableció la Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para los casos en los que se vea amenazada la paz o se presenten agresiones y designó a la Unión Panamericana como órgano central para llevar a cabo los proyectos de cooperación internacional en materia económica, social, cultural y jurídica. (2)

Primera Reunión de Consulta (Panamá 1939).- A menos de un año después de que fue firmada la Declaración de Lima, Alemania invadió a Polonia, por lo que seis naciones europeas se pusieron en pie de guerra poniendo en peligro la paz, la seguridad e integridad territorial de las repúblicas americanas, debido a los

(2) Vid.; Peña Velásquez, Margarita; Junco Gómez, Sixto Tirso; Organización de la Comunidad Internacional; Editado por el Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, Comisión Nacional Colombiana de Cooperación con la UNESCO, Santiago de Chile, 1985, p.p. 115.

acontecimientos la República de Panamá invitó a los Ministros de Relaciones Exteriores a reunirse en su capital el 23 de septiembre de 1939, dándose así la aplicación práctica al procedimiento de consulta.

Esta Reunión se celebró con el fin de conservar y afianzar la neutralidad del continente americano, adoptándose resoluciones entre las que destaca la Declaración de Panamá que estableció como medida de protección continental una zona de seguridad en las aguas adyacentes al continente americano con la finalidad de mantenerlas libres de todo acto hostil por parte de alguna nación no americana.

Segunda Reunión de Consulta (La Habana 1940).- A medida que la guerra progresaba los Estados americanos se fueron dando cuenta que la neutralidad no dependía únicamente de la voluntad de una de las partes, ya que los beligerantes se negaron a cooperar rechazando el principio de la Zona, originando dentro de la misma varios incidentes a fines de 1939 y en la primavera de 1940, con los buques alemanes tales como con el Graf von Spee, el Wakama y el Hannover.

Los incidentes ocurridos en aguas americanas y la invasión de los países bajos por Alemania y el desmoronamiento de Francia en 1940, acarrearán la posibilidad de que la soberanía de las posesiones holandesas y francesas en el hemisferio occidental fueran afectadas o que se convirtieran en centros estratégicos de agresión contra alguna nación del Continente, motivando que se convocara a una Segunda Reunión de Consulta para el 21 al 30 de julio de 1940 en la Ciudad de La Habana.

Esta Reunión aprobó el Acta de La Habana sobre Administración Provisional de Colonias y Posesiones Europeas en América, y la Convención que lleva el mismo título. Dicha Acta se firmó como medida de emergencia creando un Comité de Emergencia integrado por un representante de cada una de las repúblicas americanas, debiendo asumir la administración de la región agredida o amenazada.

Asimismo, las repúblicas americanas aprobaron en esta Reunión la Resolución XV sobre Asistencia Recíproca y Cooperación Defensiva, en la que declararon que todo atentado de un Estado no americano contra la integridad o la inviolabilidad del territorio, contra la soberanía o independencia política de un Estado americano, sería considerado como un acto de agresión, o hubiera una amenaza de agresión, los Estados signatarios consultarían entre sí para concertar las medidas que conviniera tomar.

Tercera Reunión de Consulta (Río de Janeiro 1942).- El primer acto de agresión previsto en la Resolución XV, mencionada anteriormente fue el realizado el 7 de diciembre de 1941 cuando el Japón atacó repentinamente al territorio denominado Pearl Harbor en los E.U.A.

Derivado de esta agresión el día 15 de enero de 1942 se celebra una Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las repúblicas americanas en Río de Janeiro, Brasil.

En la primera resolución aprobada en esta Reunión, siguiendo los procedimientos establecidos por sus propias leyes y dentro de

la posición y circunstancias de cada país en el actual conflicto continental, recomendaron la ruptura de sus relaciones diplomáticas con el Japón, Alemania e Italia, el primero por haber agredido y los otros dos por haber declarado la guerra a un país americano.

En esta Reunión se tomaron medidas para combatir la propaganda enemiga, sus actividades subversivas y los actos de sabotaje y espionaje de los agentes enemigos dentro del hemisferio occidental; así mismo, se acordó establecer una Junta Interamericana de Defensa compuesta de técnicos militares y navales nombrados por cada uno de los gobiernos para que realicen estudios y sugerencias para la defensa del Continente, esta Junta inició sus sesiones formalmente en la Unión Panamericana el día - 30 de mayo de 1942 prestando valiosa ayuda a los gobiernos durante el período de emergencia.

M é x i c o 1945 .- En 1945 los Estados americanos se reunieron en México, en la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, para estudiar los medios de acelerar la victoria, de integrar el sistema regional con la proyectada organización mundial y de fortalecer la solidaridad económica del Continente, entre otras medidas acordaron precisar el papel que debía desempeñar el procedimiento de consulta :

1) En la Resolución IX sobre Reorganización del Sistema Interamericano se asignó a las Reuniones de Consulta la función de tomar decisiones sobre los problemas de mayor urgencia e importancia dentro del Sistema Interamericano y sobre las situaciones y disputas de todo género que pudieran perturbar la paz del hemisferio.

2) En la Resolución VIII sobre Asistencia Recíproca también conocido con el nombre de Acta de Chapultepec, se estableció el procedimiento de consulta para los casos en que se ejecutaran actos de agresión o de que hubiera razones para creer que se preparaba una agresión por parte de un Estado cualquiera contra la integridad o la inviolabilidad del territorio, o contra la soberanía o la independencia política de un Estado americano.

Además la citada Acta estableció por primera vez en las relaciones interamericanas la aplicación de ciertas sanciones para conjurar amenazas o actos de agresión contra cualquier República americana, inclusive el empleo de las fuerzas militares para evitar o repeler la agresión.

El Acta de Chapultepec fue reemplazada por el Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca en 1947.

En el año de 1947 se lleva a cabo la Conferencia Interamericana para el Mantenimiento de la Paz y la Seguridad del Continente (Conferencia Especial) en Río de Janeiro, en la cual se firma el Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca ----- (TIAR) donde se establecieron permanentemente las disposiciones del Acta de Chapultepec.

Este Tratado es conocido también como el Tratado de Río, mismo que obliga a las naciones americanas a una acción positiva ante un ataque armado que se lance contra una de las potencias signatarias. Establece medios de consulta y acción en caso de un ataque o de otras causas que pongan en peligro la paz y la seguridad de las Américas. Demarca una amplia zona de seguridad en el hemisferio occidental en la cual no están permitidos los actos de agresión, específica sanciones políticas, económicas y

militares que deben tomarse contra la nación agresora; asimismo, coordina los procedimientos para mantener la paz en el hemisferio con los vigentes en las Naciones Unidas.

En la Novena Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogotá en 1948, se firma la Carta de la Organización de los Estados Americanos en donde la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas se transformó en la Organización de los Estados Americanos y la Unión Panamericana en su Secretaría General. Así mismo, la Conferencia Internacional cambió el nombre por el de Conferencia Interamericana.

Lo que se llevó a cabo con la adopción de dicha Carta fue la reorganización, consolidación y fortalecimiento del Sistema Interamericano.

La Carta de Bogotá consagra en forma permanente el mecanismo de paz establecido paulatinamente en el Sistema Interamericano, en lo que se refiere a la seguridad colectiva la Carta incorporó las disposiciones fundamentales del Tratado de Río de Janeiro en 1947. El procedimiento de Consulta según el Art. 39 de la Carta mantiene su doble función: Para considerar problemas de carácter urgente y de interés común para los Estados Americanos, y para servir de Organo de Consulta, o sea, para los casos de ataque armado y amenazas a la paz previstos en el Tratado de Río de Janeiro. Esta Carta entra en vigor el 15 de diciembre de 1951.

Cuarta Reunión de Consulta (Washington, D.C. 1951).- Hacia fines de 1950 existía una situación que constituía una amenaza a la paz de América, como resultado de las hostilidades iniciadas el 25 de junio de ese mismo año por la invasión de

Corea del Sur por Corea del Norte y China, por lo que el día 28 del mismo mes el Consejo de la Organización expresó su preocupación por los acontecimientos que se habían desencadenado en esa región y reiteró la solidaridad de los Estados americanos frente a cualquier amenaza a la paz.

Esta situación se consideró como un resultado de la política de agresión del comunismo internacional. Debido a estas circunstancias, el Gobierno de los Estados Unidos de América solicitó formalmente el 18 de diciembre de 1950 una Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores en base a la primera parte del Art. 39 de la Carta de la OEA que establece que estas Reuniones serán llevadas a cabo con el fin de considerar problemas de carácter urgente y de interés común para los Estados americanos.

Esta Reunión de Consulta se llevó a cabo del 26 de marzo al 7 de abril de 1951 en la Ciudad de Washington, D.C.; asimismo, se trataron temas relacionados con la situación de emergencia de ese momento : Cooperación política y militar, fortalecimiento de la seguridad interna, y cooperación económica.

Una vez establecidos los antecedentes de la Organización de los Estados Americanos, es conveniente analizar brevemente los órganos que conforman su estructura, con la finalidad de conocer sus funciones y la relación que guarda con sus Organismos.

La OEA alcanza sus objetivos mediante :

a) La Asamblea General

b) La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores

c) Los Consejos : Permanente, Interamericano Económico y Social y el Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura

d) El Comité Jurídico Interamericano

e) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos

f) La Corte Interamericana de Derechos Humanos

g) La Secretaría General

h) Las Conferencias Especializadas

i) Los Organismos Especializados

j) Otras Entidades

a) **La Asamblea General.**- Es el órgano supremo de esta Organización, se reúne en sesión regular una vez al año en uno de los Estados miembros, en circunstancias especiales y con la aprobación de las dos terceras partes de los Estados miembros, el Consejo Permanente puede convocar a un período extraordinario de sesiones. Las Delegaciones de todos los Estados miembros, normalmente encabezadas por los Ministros de Relaciones Exteriores, tienen derecho a ser representadas en la Asamblea y en todos los Consejos, a estas sesiones también asisten observadores de países no miembros, de organismos gubernamentales y privados a los que se les haya invitado oportunamente.

La Asamblea General aprueba el programa presupuesto de la OEA, dicta las disposiciones necesarias para la coordinación de las actividades de sus organismos y adopta las normas generales que debe regir el funcionamiento de las Secretaría General.

b) **La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores.**- Esta Reunión puede convocarse de dos formas; una en

base a la Carta de la OEA, y la segunda de conformidad al Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca: Un Estado miembro puede solicitar la Reunión de Consulta, ya sea para considerar problemas de carácter urgente y de interés común para los Estados Americanos (Carta de la OEA), o para que sirva de Organó de Consulta en casos de ataque armado u otras amenazas contra la paz y la seguridad internacionales (Tratado de Río). (3)

c) Los Consejos.- Son tres los Consejos y todos dependen directamente de la Asamblea General y su competencia está definida por la Carta de la OEA y otros instrumentos interamericanos.

El Consejo Permanente.- Actúa provisionalmente como órgano de consulta, tiene como órgano subsidiario a la Comisión Interamericana de Soluciones Pacíficas y está compuesto por un representante de cada país miembro con rango de embajador.

El Consejo Interamericano Económico y Social (CIES).- Como actividad principal promueve entre las naciones americanas la cooperación necesaria para acelerar su desarrollo económico y social. El CIES tiene dos comisiones, la Comisión Ejecutiva Permanente (CEPCIES) y la Comisión Especial de Consulta y Negociación (CECON). Está compuesto por un representante de cada país miembro.

El Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura (CIECC).- Tiende a promover la amistad y el

(3) Cfr.; La OEA; Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos; Departamento de Información Pública; Washington, D.C., E.U.A.; enero de 1983; p.p. 3.

entendimiento mutuo entre los pueblos de América por medio de la cooperación y el intercambio educativo, científico y cultural, tiene una Comisión Ejecutiva Permanente, así como tres comités especiales de educación, de ciencia y tecnología, y de cultura.

Este Consejo está integrado por un representante permanente de cada país miembro.

d) **El Comité Jurídico Interamericano.**- Este Comité a iniciativa propia realiza estudios y trabajos preparatorios para la celebración de conferencias jurídicas especializadas y representa el Cuerpo Consultivo de la OEA en asuntos jurídicos y promueve el desarrollo y la codificación del Derecho Internacional. Tiene su sede en Río de Janeiro y en casos especiales puede reunirse en otro lugar, se encuentra conformado por once juristas elegidos por la Asamblea General entre los candidatos presentados por los Estados miembros.

e) **La Comisión Interamericana de Derechos Humanos.**- Está integrada por siete nacionales de los Estados miembros, en base a lo estipulado en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, su sede se encuentra en San José, Costa Rica, y está compuesta por siete juristas de los países miembros. (4)

f) **La Corte Interamericana de Derechos Humanos.**- Es una institución judicial autónoma cuyo objetivo es la aplicación e interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

(4) Vid.; La OEA, Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, Departamento de Información Pública, Washington, D.C., E.U.A., enero de 1983, p.p. 6.

g) **La Secretaría General.**- Tiene su sede en Washington, D.C., y es el órgano central y permanente de la Organización de los Estados Americanos. El Secretario General es su representante legal, participa con voz pero sin voto en las principales reuniones de la Organización. En caso de impedimento o ausencia del Secretario General, el Secretario General Adjunto desempeña sus funciones, tiene el carácter de funcionario consultivo del Secretario General y actúa como su delegado en todo aquello que éste le encomienda.

Ambos Secretarios son elegidos por la Asamblea General para desempeñar los cargos por cinco años, pueden ser reelegidos una sola vez y no pueden sucederles una persona de la misma nacionalidad.

h) **Las Conferencias Especializadas.**- Estas abarcan una amplia gama de asuntos: Agricultura, trabajo, derechos de autor, derecho internacional privado, economía, educación, bienestar de la niñez, asuntos indígenas, derechos humanos y de la mujer, comercio, etc., ya que se abocan al estudio de cuestiones técnicas especiales de la cooperación interamericana.

i) **Los Organismos Especializados.**- Estos forman parte de la OEA y tienen su sede en diferentes países miembros y son :

1.- **Organización Panamericana de la Salud.**- Coordina los esfuerzos de los países para combatir las enfermedades y mejorar la salud física y mental de los pueblos. Fué fundada en 1902 y tiene su sede en Washington, D.C., mantiene estrechas relaciones de trabajo con los servicios nacionales de salud pública y actúa como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud .

2.- Instituto Interamericano del Niño.- Tiene su sede en Montevideo, Uruguay, fue fundado en 1927. Colabora en el estudio y solución de los problemas que afectan al niño y a la familia. Así mismo, lleva a cabo conferencias y seminarios sobre delincuencia juvenil, educación y protección al niño, retardo mental, responsabilidad de los padres y estimula la adopción de leyes en favor del bienestar y estabilidad de la familia.

3.- Comisión Interamericana de Mujeres.- Fue fundada en 1928 y tiene su sede en Washington, D.C., a partir de su fundación, la mujer ha adquirido derechos políticos en todos los Estados, además trabaja por la extensión de los derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales de la mujer en todo el Continente Americano.

La CIM alienta a la mujer americana a ejercer sus derechos, aceptar sus deberes cívicos y participar más activamente en el desarrollo de su país.

4.- Instituto Panamericano de Geografía e Historia.- Su sede se encuentra en México, D.F. y fue fundado en 1928.

El propósito de este Instituto es el dar difusión a estudios de tipo geográficos, históricos y geofísicos en América. Proporciona ayuda a los Estados miembros con la finalidad de descubrir y desarrollar sus recursos naturales.

5.- Instituto Indigenista Interamericano.- Su sede se encuentra en México, D.F. y fue fundada en 1940. Este Instituto realiza estudios sobre la condición del indígena y sugiere medidas para elevar el nivel de vida de esas comunidades, actúa directamente en la resolución de sus problemas educativos,

económicos, sociales y de salud.

6.- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.- Su sede se encuentra en San José, Costa Rica, y fue fundado en 1942. Este Organismo colabora con los Estados miembros para el desarrollo rural de sus comunidades y realiza conjuntamente con los países programas y brinda ayuda para el fortalecimiento de sus sistemas institucionales de desarrollo agrícola a fin de que tengan capacidad para dar solución a sus problemas nacionales.

j) Otras Entidades.- Estas Entidades son especiales dentro de la OEA, participan con la finalidad de lograr objetivos comunes, su sede se encuentra en Washington, D.C., colaboran con los tres Consejos, la Secretaría General y otros órganos.

1.- La Junta Interamericana de Defensa.- Su principal objetivo consiste en mantener preparados los planes para la defensa común del hemisferio occidental, por lo que participa estrechamente con los gobiernos de los Estados miembros. Esta Junta también recibe el nombre de Estado Mayor Interamericano.

2.- El Instituto Interamericano de Estadística.- Coopera con varias organizaciones con el objeto de adelantar la ciencia y la administración de la estadística. Asimismo, se propone perfeccionar la estadística oficial y extraoficial, ofrece medios de colaboración para los estadísticos, auxilia técnicamente a la realización de censos y ayuda a formular normas y procedimientos estadísticos.

3.- La Comisión Interamericana de Energía Nuclear.- Es el centro de consulta de los Estados miembros y facilita la

cooperación entre estos en materias relacionadas con los usos pacíficos de la energía nuclear, además patrocina reuniones técnicas y cursos sobre el uso de la radiación y sus efectos, apoya a los grupos nacionales de investigación proporcionando becas y donaciones.

4.- **El Tribunal Administrativo.**- Está conformado por seis miembros de distinta nacionalidad, elegidos por la Asamblea General para un período de seis años. Igualmente, resuelve controversias que se presentan con motivo de resoluciones administrativas en las cuales los empleados aleguen incumplimiento de condiciones establecidas en los contratos o infracciones de las Normas Generales para el funcionamiento de la Secretaría General.

Conforme a la estructura que hemos descrito anteriormente, esta Organización está bien preparada para asistir a los países miembros, llevándolo a cabo de dos maneras :

1.- **Políticamente.**- Con motivo del establecimiento de convenios interamericanos dirigidos a mantener la paz, promover el desarrollo económico, social y cultural, así como para defender los derechos humanos, esta Organización sirve de foro para debates.

2.- **Operacionalmente.**- Es importante resaltar, la asistencia técnica que se encuentra cada vez más concentrada en los planteamientos nacionales, y claro está que esta Organización apoya la cooperación regional interamericana y multilateral.

Gracias a las actividades que realiza esta Organización en

los últimos años, los Estados miembros han llegado a detectar con mayor exactitud sus propias necesidades y prioridades, por lo que cada Gobierno establece sus propias demandas y presenta un programa nacional de cooperación técnica en base a las necesidades de desarrollo que tiene en su país.

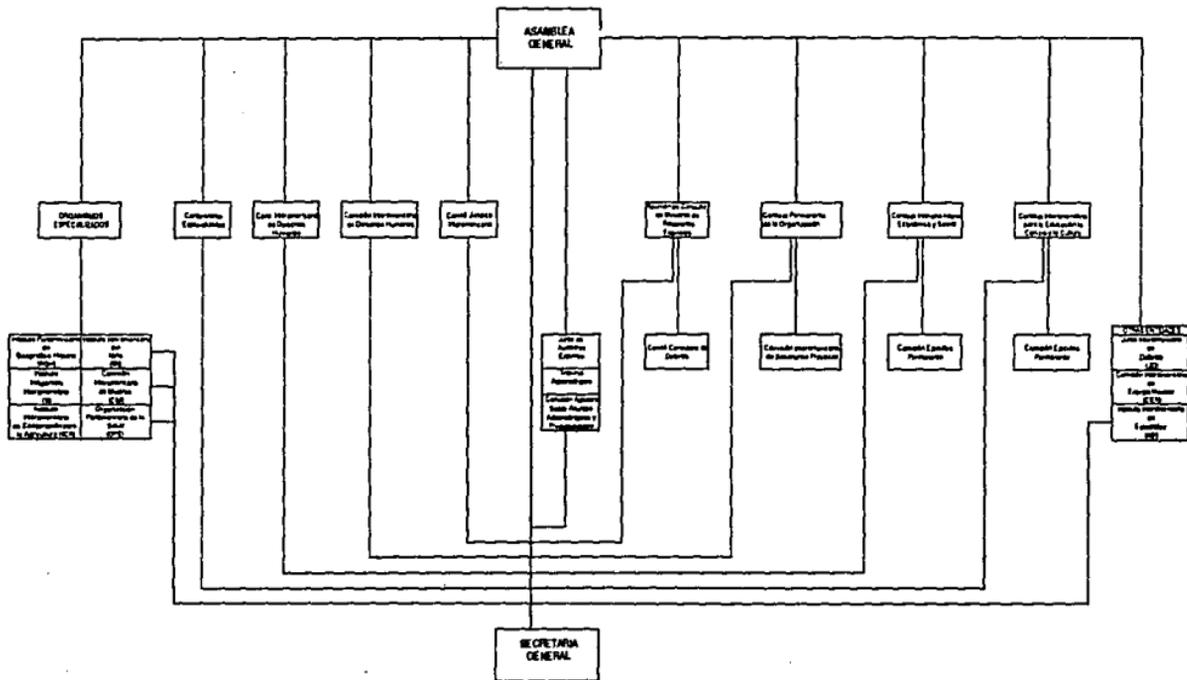
Por otro lado, es importante mencionar que entre las necesidades apremiantes de América Latina y la zona del Caribe está el desarrollo y la protección de sus recursos humanos y naturales, por lo que la OEA, dentro de sus límites impuestos por los fondos y el personal disponible puede ofrecer la cantidad inicial para la creación y fortalecimiento de centros educativos y becas para estudiantes, graduados y profesores. (5)

Igualmente, la OEA facilita medios y equipos modernos, así como expertos que adiestran a personal impartiendo cursos y seminarios, estimulando de esa manera el intercambio a nivel regional o internacional de ideas y tecnologías.

La OEA también actúa como catalizador para estimular el interés de las organizaciones privadas, gubernamentales e internacionales y a las instituciones financieras en proyectos escogidos a corto, mediano y largo plazo.

(5) Vid.; La OEA; Secretaría General de la Organización de los Estados --Americanos, Departamento de Información Pública, Washington, D.C., E.U.A., enero de 1983, p.p. 10.

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS



ACTA COMO COMISION DE LA ASAMBLEA DE NUESTROS AMERICANOS Y LA ASAMBLEA DE LOS ESTADOS AMERICANOS

FUENTE: UNIDAD DE ANALISIS ECONOMICO Y SOCIAL

PAISES
SIGNATARIOSFECHA DE DEPOSITO DEL
INSTRUMENTO DE RATIFICACION

Perú	12 de febrero de 1954
República Dominicana	22 de abril de 1949
San Vicente y Las Granadinas	03 de diciembre de 1981
Santa Lucía	22 de mayo de 1979
Suriname	08 de junio de 1977
Trinidad y Tobago	17 de marzo de 1967
Uruguay	01 de septiembre de 1955
Venezuela	29 de diciembre de 1951

PAISES OBSERVADORES PERMANENTESANTE LA O E AP A I SFECHA DE INGRESO

Alemania (Rep. Fed. de)	06 de diciembre de 1972
Arabia Saudita (Reino de)	22 de octubre de 1980
Austria	05 de abril de 1978
Bélgica	20 de diciembre de 1972
Canadá	02 de febrero de 1972
Corea (Rep. de)	03 de junio de 1981
Egipto (Rep. Arabe de)	16 de marzo de 1977
España	02 de febrero de 1972
Francia	20 de septiembre de 1972
Grecia	27 de septiembre de 1979
Guyana	02 de febrero de 1972
Israel	02 de febrero de 1972
Italia	17 de mayo de 1972
Japón	12 de diciembre de 1973

Marruecos 18 de noviembre de 1981
Países Bajos (Reino de los) 15 de marzo de 1972

**ESTADOS MIEMBROS DE LA OEA DE ACUERDO A LA CARTA
DE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
SUSCRITA EL 30-ABRIL-1948 EN LA NOVENA
CONFERENCIA INTERNACIONAL AMERICANA
EN BOGOTA, COLOMBIA**

<u>P A I S E S</u> <u>SIGNATARIOS</u>	<u>FECHA DE DEPOSITO DEL</u> <u>INSTRUMENTO DE RATIFICACION</u>
Antigua y Barbuda	03 de diciembre de 1981
Argentina	10 de abril de 1956
Bahamas	03 de marzo de 1982
Barbados	15 de noviembre de 1967
Bolivia	18 de octubre de 1950
Brasil	13 de marzo de 1950
Colombia	13 de diciembre de 1951
Costa Rica	16 de noviembre de 1948
Cuba	16 de julio de 1952
Chile	05 de junio de 1953
Dominicana (Commonwealth de)	22 de mayo de 1979
Ecuador	28 de diciembre de 1950
El Salvador	11 de septiembre de 1950
Estados Unidos de América	19 de junio de 1951
Grenada	13 de mayo de 1975
Guatemala	06 de abril de 1955
Haití	28 de marzo de 1951
Honduras	07 de febrero de 1950

Jamaica	20 de agosto de 1969
México	23 de noviembre de 1948
Nicaragua	26 de julio de 1950
Panamá	22 de marzo de 1951
Paraguay	03 de mayo de 1950
Portugal	26 de marzo de 1975
Santa Sede	01 de julio de 1978
Suiza	13 de septiembre de 1978

B) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Los inicios de los que se convertiría en la Organización Panamericana de la Salud fueron dados en el siglo XIX, cuando los dirigentes políticos de todo el mundo, alarmados por los graves problemas de salud que tenían ante sí, se congregaron en cuatro conferencias sanitarias en París en 1851 y 1859, la tercera en Constantinopla en 1866, y la cuarta en Viena en 1874; pero éstas no fueron alentadoras para los países de las Américas, ya que los lugares de reunión y la mayoría de los participantes eran primordialmente europeos, así mismo, los temas a tratar se concentraban en asuntos que solo importaban a Europa como el cólera y lo que afligía realmente a los países de América era la fiebre amarilla, que no llamaba la atención al Viejo Mundo.

Como uno de los principales antecedentes mencionamos que para 1870, una epidemia de fiebre amarilla se propagó de Brasil al Paraguay, Uruguay y la Argentina, y tan solo en Buenos Aires dejó más de 15,000 defunciones, para 1878 llegó a Estados Unidos de América a través de contactos marítimos y originó un brote que

corrió a todo lo largo del Río Mississippi presentándose en más de 100,000 casos y 20,000 defunciones, motivos por los que se convocó a una Quinta Conferencia Sanitaria Internacional que tuvo lugar por primera vez en las Américas.

La Quinta Conferencia tuvo lugar en Washington, D.C., a principios de 1881, en la que figuraron diez delegados, principalmente diplomáticos destacados en los E.U.A., y delegados especiales expertos en temas médicos procedentes de cuatro países. Uno de ellos era Carlos J. Finlay, delegado especial de España que representaba a Cuba y Puerto Rico, quien dió a conocer en febrero de 1881 una teoría científica en la que exponía que la fiebre amarilla requería un agente intermedio, identificando al mosquito *Aedes aegypti* como el insecto originador de tal enfermedad, permitiendo de esta manera adoptar medidas por los países afectados en los albores del siglo XX.

Asimismo, por ese entonces comenzaba a surgir el movimiento en pro de la cooperación interamericana. En 1890 fue celebrada la Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos en Washington, D. C., había establecido la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (hoy la OEA). La Segunda Conferencia llevada a cabo en la Ciudad de México, de octubre de 1901 a enero de 1902, estableció que la Oficina Internacional convocara una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de los Estados Americanos para realizar acuerdos y disposiciones en materia de sanidad y celebrar con periodicidad convenciones de salud, dicha convención también tendría que designar una junta ejecutiva con un máximo de cinco miembros que se llamaría " Oficina

Sanitaria Internacional " con sede en Washington, D.C.

La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, se celebró en Washington, D.C. en diciembre de 1902 a la que asistieron representantes de once países; cabe resaltar, que a un principio esta reunión y las subsecuentes fueron denominadas Convenciones Internacionales, pero siempre tuvieron un ámbito regional y con el tiempo se designaron como Conferencias, con lo que esta fue la primera de una larga serie de Conferencias Sanitarias Panamericanas, llevadas a cabo por lo general cada cuatro años.

Esta Primera Convención designó un comité organizador integrado "... por el Dr. Carlos J. Finlay, de Cuba; el Dr. Glendower Owen, de los Estados Unidos de América; y el Ministro Felipe Carbo, del Ecuador, ..." (6), en la que se recomendó que la Oficina Sanitaria Internacional debiera estar integrada por siete miembros, uno de los cuales sería el presidente, teniendo que ser expertos en el control de enfermedades epidémicas y deberían tener siempre informes a cerca de las condiciones sanitarias en los puertos y territorios de las repúblicas americanas.

Por otro lado, los recursos eran escasos contaba con un presupuesto de \$US5,000.00 y carecía de sede, por lo que se utilizó durante los primero años las instalaciones del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

La Segunda Convención Sanitaria Internacional, se celebró en

(6) Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A; 1992; p.p. 383 y 384.

octubre de 1905 nuevamente en Washington, D.C., en la que continuó enmarcando la importancia de la fiebre amarilla y enfatizó el éxito obtenido en las campañas de control en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, resolvió que en el caso de epidemia las autoridades nacionales de salud serían responsables de las campañas de cuarentena y control de las enfermedades. Esta Convención estableció que se celebraran cada dos años reuniones con delegados oficialmente autorizados.

La Tercera Convención fue llevada a cabo en la Ciudad de México en diciembre de 1907, en la que sugirió que los países europeos adoptaran la Convención Sanitaria de 1905, de Washington, D.C., para que cumplieran con las resoluciones de las repúblicas americanas en cuanto a la fiebre amarilla; estableció que cada país debería organizar una comisión compuesta de tres autoridades médicas y sanitarias para constituir una Comisión Sanitaria Internacional Informadora de las Repúblicas Americanas con facultades para reunir e informar datos relacionados con la salud pública. Se acordó establecer una Oficina Sanitaria Internacional con sede en Montevideo que sirviera de núcleo regional a las Comisiones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, pero lamentablemente la falta de presupuesto hicieron que la existencia de dicha Oficina fuese precaria y transitoria.

Otro punto de gran relevancia, es que la Tercera Convención solicitó la habilitación de un local para la Oficina Sanitaria Internacional en el edificio de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas (Ahora la OEA), pero esta resolución fue aprobada por la Cuarta Conferencia Internacional en 1910.

En esta Tercera Convención, se dió instrucciones para que se hiciera cargo de las cuestiones administrativas la contratación de un empleado; pero es hasta 1921 cuando aparece por primera vez el sueldo de un funcionario ejecutivo.

Para esta época la Oficina empezó a tomar una estructura más sólida aunado a los nuevos conocimientos sobre la patología y epidemiología de enfermedades (Cólera, peste, fiebre amarilla) dejaron ver la importancia que tenían los servicios de salud bien organizados en cada país y la educación sanitaria de la comunidad.

En diciembre de 1909 se llevó a cabo en San José, Costa Rica, la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, en esta se cambió de nombre de Convención a Conferencia, en ella se reflejó una mejoría en la salud pública internacional, se consideraron temas como la vacunación en contra de la viruela, la legislación sanitaria, tuberculosis y el estudio con base científica de las enfermedades tropicales.

La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional fue celebrada en Santiago, Chile, en noviembre de 1911, estableció que los delegados a las Conferencias, siempre que fuera posible, sean autoridades sanitarias en sus países, y se enfatizó que las Comisiones Sanitarias Informadoras de las Repúblicas Americanas asesoraran a sus gobiernos a cerca de las obligaciones impuestas por la Conferencia Sanitaria.

Por lo que respecta a la Sexta Conferencia Internacional programada para 1915, se pospuso para 1920, ya que estalló la Primera Guerra Mundial.

Es importante destacar, que al finalizar la guerra el momento era propicio para el progreso en la cooperación de la salud en las-

Américas; el conocimiento científico de enfermedades infecciosas había avanzado al grado que se podría empezar a controlarlas y los gobiernos tomaron conciencia al expresar la urgencia de establecer servicios en pro de la salud pública.- Otro factor, fue el reconocimiento de que la mano de obra era el elemento primordial para el desarrollo de los países, por lo que surgió la preocupación por asegurar la salud de la fuerza laboral.

Ante estas circunstancias Estados Unidos de América con el propósito de mejorar la salud de los pobres demostró su ímpetu por la investigación biomédica con la Fundación Rockefeller en América Latina, que condujo al control de enfermedades transmisibles y a campañas de saneamiento ambiental a nivel mundial.

Durante todo el intervalo entre las dos guerras mundiales existieron tres entidades internacionales de salud: El Office Internacional d' Hygiene Publique en París, la Sección de Salud de la Liga de Naciones, lanzada en 1920 en Londres y la Oficina Sanitaria Panamericana, y que con el paso del tiempo únicamente la Oficina sobreviviría, por lo que para diciembre de 1920 se reunió la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, en Montevideo, Uruguay, que se propuso a reorganizar la Oficina, creando el primer Comité Ejecutivo y estableciendo una Oficina con siete miembros, entre ellos el Director, un Vicedirector y un Secretario. Se encargó a la Oficina la elaboración de un plan para publicar mensualmente un " Boletín Internacional de la Repúblicas Americanas ", asimismo, estableció que se cuadruplicara el presupuesto anual de la Oficina de \$US5,000 a \$US20,000 y los delegados enfatizaron la importancia que tenía el

establecer correspondencia continua con los funcionarios de salud, empleados y médicos, a fin de que se mantuviera a los países de las Américas bien informados.

Así para 1921, se rinde el primer informe anual del Director, en el que el Dr. Cumming afirmó: "... la Oficina Sanitaria Internacional está hoy en correspondencia con los funcionarios de las juntas de sanidad y médicos importantes de las distintas repúblicas a fin de cooperar con ellas en el progreso de las condiciones sanitarias de los puertos y territorios, e impedir hasta donde sea posible la extensión de las enfermedades contagiosas..." (7). Ese informe apenas ocupaba dos páginas y a medida que transcurrieron los años, estos aumentaron de volumen, como resultado del crecimiento de las actividades de la Oficina.

El intercambio de información con los países explica la importancia que se le dió a lo que se le llamó el Boletín Panamericano de Sanidad, cuyo primer número apareció en el mes de mayo de 1922, el artículo inicial trata sobre la importancia de la cooperación sanitaria entre naciones y una notificación resumida de las enfermedades infecciosas en todo el mundo, el tiraje fue de 6,630 ejemplares en español y 2,000 en portugués.

Para 1923 los nombres oficiales de la institución cambiaron de Conferencia Sanitaria Internacional a Conferencia Sanitaria Panamericana, y de Oficina Sanitaria Internacional a Oficina Sanitaria Panamericana, el nombre de la revista mensual también

(7) Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A., 1992; p.p. 387.

cambió al actual de Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana llevada a cabo en La Habana, Cuba, en 1924, aprobó un presupuesto de \$US50,000 , diez veces los fondos originales; para entonces todas las veintiún repúblicas americanas se habían inscrito a la Oficina y dieciocho de ellas enviaron delegados a la Conferencia, misma en la que se redactó un Código Sanitario Panamericano, el cual fue ratificado, al paso del tiempo, como tratado internacional por todas las veintiún repúblicas, este Código estableció una firme base jurídica a la Oficina.

Debido al incremento en las actividades de salud en la Región se hizo necesario que los directores de los servicios de salud se reunieran constantemente para intercambiar experiencias e ideas, así por disposición de la Quinta Conferencia de los Estados Americanos (1923), la Oficina en 1926 tomó la responsabilidad de los arreglos para las Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Sanidad de las Repúblicas Americanas, llevándose a cabo entre 1926 y 1948.

La Octava Conferencia celebrada en Lima, Perú, en 1927, estableció un Consejo Directivo que se reuniría de cada año a dieciocho meses y estaría conformado por funcionarios y miembros de la Conferencia Sanitaria Panamericana. El Director de la Oficina, Dr. Cumming, informó a los delegados que durante la Conferencia Sanitaria Internacional, que se había reunido en París en 1926 , el Office International d' Hygiene Publique, había pedido que la Oficina Sanitaria Panamericana procediese como organizadora regional para la compilación de estadísticas de salud e información

epidemiológica de las Américas, misma que fue aprobada por esta Conferencia.

El informe anual del Director para 1922, estableció que las áreas de responsabilidad de la Oficina se limitaban únicamente a la ingeniería sanitaria, las conferencias de instrucción médica, la vacunación contra la viruela, los materiales de educación sanitaria, la fumigación de embarcaciones y la incineración de los desechos sólidos. Así mismo, para el informe anual de 1927 el Director puntualizó a cerca de las crecientes preocupaciones continentales sobre la adicción a las drogas, enfermedades venéreas, administración sanitaria, tuberculosis, parásitos intestinales, lepra, tracoma, malaria, puericultura, clima, enfermedad e inmigración.

El primer Consejo Directivo de la Oficina tuvo lugar en junio de 1929, y preparó la Constitución y los Estatutos de la Oficina que fueron aprobados en la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana en el año de 1934. La Constitución estipulaba que el Consejo tuviera nueve miembros titulares elegidos por la Conferencia Sanitaria Panamericana, así como suplentes que fueran funcionarios del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, así también convino que la Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Salud se reuniera para 1931 y estableció firmemente que los Gobiernos de cada país miembro efectuara estudios de nutrición, además que el Boletín siguiera editando artículos sobre el cáncer y que los países que aún no habían ratificado el Código lo hicieran a la brevedad posible.

Podemos establecer que las condiciones de salud durante la

década de 1930 se encontraba la peste en Argentina, Chile, Ecuador y Perú; la fiebre amarilla en Brasil, el tifus en Bolivia, Brasil, Chile, México y la malaria en la mayoría de los países; la tuberculosis, la viruela, el sarampión y la tosferina en la totalidad de los países y un porcentaje elevado de muertes por cáncer en la Región, por lo que la Oficina realizó estudios epidemiológicos a lo largo de Sudamérica y se emitió una nueva publicación titulada " Informes Sanitarios Semanales " que contenía la información telegrafada más reciente.

La Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, efectuada en 1931, abordó temas como saneamiento urbano y rural, suministro adecuado de agua, control de la producción y expendio de leche, enfermedades venéreas, tuberculosis, parásitos intestinales, viruela, malaria, peste, protección a la maternidad y a la infancia, nutrición y drogas.

En la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Buenos Aires, Argentina en noviembre de 1934, asistieron delegados de las veintiún Repúblicas Americanas y se adoptaron 42 resoluciones sobre salud pública. Durante esta Conferencia, el Dr. Fred L. Soper, que trece años después sería designado Director de la Oficina, representó a la Fundación Rockefeller llevando consigo un informe sobre la fiebre amarilla, el cual fue objeto de una larga ovación.

En la Tercera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad (Washington, D.C., abril de 1936), se trató un tema que al paso de los años cobraría gran relevancia : Los Sistemas Locales de Salud, en el establecimiento de servicios

técnicos para el estudio de problemas sanitarios y la creación de los centros de salud y unidades sanitarias urbanas y rurales a cargo de personal especializado de dedicación completa.

Es importante recalcar, que una prueba de la creciente importancia de la Oficina fue la decisión de los Estados Unidos de otorgarle privilegios de franqueo postal en 1938, a raíz de una ley emitida por el Congreso de ese país.

Debido a la expansión en los trabajos obligó a la Oficina a utilizar hasta el límite sus escasos recursos, por lo que en la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana (Bogotá, Colombia) en septiembre de 1938, el Dr. Cumming estableció que las actividades de la Oficina podrían ampliarse en pro de los pueblos americanos, solo que ésta recibiría más fondos, por lo que los delegados aprobaron un presupuesto no menor de \$US100,000.00

Cabe destacar, que durante los años anteriores a la guerra las actividades de campo experimentaron un importante incremento; entre las solicitudes de ayuda de los países figuraron las de organizar el nuevo hospital de Seguridad Social en Lima, establecer hospitales en El Salvador, responder a un brote de poliomeilitis en Colombia, colaborar en actividades de control de la peste en Ecuador, Perú y Venezuela.

Debido a las demandas de salud, en 1942, se estableció la Oficina de Campo en la frontera de los Estados Unidos y México para poner en práctica un programa de cooperación para capacitación, suministros y educación en salud pública; posteriormente, se establecieron otras oficinas de campo en Lima y en la Ciudad de Guatemala.

En mayo de 1940, se llevó a cabo junto con el Consejo Directivo, la Cuarta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, participaron representantes del Canadá la Guyana Holandesa (Ahora Suriname) y se tomaron en cuenta temas nuevos como fue el saneamiento aéreo, importancia de la medicina preventiva en los programas de enseñanza de métodos para el diagnóstico, registro y tratamiento de las enfermedades venéreas.

La aparición de otros organismos internacionales relacionados con la salud originó que se llevara a cabo la Tercera Reunión de Ministros de Asuntos Exteriores de las Repúblicas Americanas (Río de Janeiro, Brasil, enero de 1942), misma que adoptó resoluciones las cuales podemos resumir en dos puntos :

1.- Los Gobiernos de las Repúblicas Americanas deberían adoptar mediante acuerdos complementarios, medidas apropiadas para hacer frente a los problemas de salud pública y saneamiento, proporcionando materia prima, servicios y fondos.

2.- Deberían utilizar la ayuda técnica y el asesoramiento del servicio nacional de salud de cada país en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana.

En la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (Río de Janeiro, Brasil, septiembre de 1942), participaron delegados de veintiún repúblicas americanas, refiriéndose a la realidad de la segunda guerra mundial, por lo que se organizaron servicios de salud, se capacitó a trabajadores de salud para que desempeñasen un papel importante en el ámbito militar y civil salvando vidas y reduciendo los efectos de las heridas, el hambre y la enfermedad.

Debido a la destrucción masiva y la muerte producidas por la

guerra, los países del mundo vieron la importancia de cooperar entre sí para la solución de problemas comunes, por lo que un gran número de ellos se reunieron en el año de 1945 en San Francisco para crear las Naciones Unidas, en esa conferencia los delegados de Brasil y China recomendaron que se convocara a una conferencia regional a fin de establecer una organización internacional de salud y que se pudiera asociar con otras instituciones ya establecidas; por lo que en febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas convocó una Comisión Técnica Preparatoria de la Conferencia Sanitaria Internacional. quienes se reunieron en París en marzo-abril de ese mismo año, estuvo integrado por dieciséis expertos en salud pública y representantes de cuatro organizaciones internacionales, entre los que figuraron los doctores Hugh S. Cumming y Aristides A. Moll, que asistieron en calidad de Director y Secretario de los que denominaron prematuramente la " Organización Sanitaria Panamericana ", mismo que se convertiría en nombre oficial de la Oficina el año siguiente; (8) se debatieron temas concernientes a la futura constitución de una sola organización internacional de salud y recomendaron que el nombre de " Organización Internacional de ---- Salud " se cambiara al de " Organización Mundial de la Salud ".

El Dr. Moll explicó el trabajo que desarrollaba la Oficina y advirtió que esta podría actuar como Oficina Regional de la Nueva

(8) Vid.; Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 395.

Organización; por su parte, el Dr. Cumming advirtió que era necesario establecer oficinas regionales, y las ya creadas deberían mantenerse entre ellas la Oficina Sanitaria Panamericana, además destacó la importancia de ésta en todos los países de América Latina en pro de la salud.

Posteriormente, para junio de 1946 se reunió la Conferencia Internacional de Salubridad, en donde el punto principal era el determinar la relación entre la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, como el órgano regional más antiguo; durante esta Conferencia los delegados del hemisferio occidental defendieron firmemente a la Oficina, y por su parte, la delegación de los Estados Unidos de América presentó una resolución que defendía el principio de "lealtad doble", que consistía en que la Oficina no solo debería promover programas y proyectos regionales de salud entre las repúblicas americanas en coordinación con la OMS, sino además actuar cuando fuera necesario como su comité regional en el hemisferio occidental.

Debido a los distintos puntos de vista, la Conferencia estableció un Subcomité que trabajó en el texto siguiente, mismo que posteriormente fue aprobado por la Conferencia e incluido como artículo 54 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud : " La Organización Sanitaria Panamericana, representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, y todas las demás organizaciones intergubernamentales regionales de salubridad que existían antes de la fecha en que se firme esta Constitución, serán integradas a su debido tiempo en la Organización. La integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo -

consentimiento de las autoridades competentes, expresada por medio de las organizaciones interesadas. "

Así el 22 de julio de 1946, sesenta y un Estados firmaron la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Posteriormente, para enero de 1947 en Caracas, Venezuela, se reunieron los delegados de veintiún repúblicas americanas en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, aunque todos habían firmado la Constitución de la OMS y deseaban cooperar con dicha Organización, no estaban interesados en integrar la Oficina en la OMS, si eso significaba absorción, así que la Conferencia decidió reorganizarla como Organización Sanitaria Panamericana (OSP) con cuatro órganos :

a) La Conferencia Sanitaria Panamericana como órgano supremo de la Organización.

b) El Consejo Directivo, constituido por un representante de cada uno de los Gobiernos Miembros.

c) El Comité Ejecutivo, con siete representantes elegidos por el Consejo Directivo prestando servicios tres años.

d) La Oficina Sanitaria Panamericana, conformada con el Director y su personal, cuyo objetivo sería llevar a cabo el nuevo programa de medicina preventiva, atención médica y la asistencia social.

De esta manera, la Oficina se convirtió en la Secretaría de la organización regional y los Gobiernos Miembros tuvieron un control más directo sobre la política y programas de la Oficina, además en esta Conferencia se eligió por unanimidad al Dr. Fred L. Soper para el cargo de Director de la Organización Sanitaria Panamericana y se

dieron instrucciones al Comité Ejecutivo, recién establecido, para que redactara una Constitución para la Organización Sanitaria Panamericana, fue entonces, que para octubre de 1947 en Buenos Aires, Argentina, el Consejo Directivo adoptó una Constitución para dicha Organización que fue un reflejo de la situación en las Américas.

Por otra parte, el Consejo redactó un proyecto de acuerdo con la OMS que fue presentado a la Primera Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 1948) que lo aprobó, en el que se establecía que la Organización Sanitaria Panamericana siguiera funcionando como entidad independiente para la resolución de los problemas del continente americano; posteriormente, el proyecto fue estudiado por el Consejo Ejecutivo de la OMS y el texto fue elevado al Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana aprobándolo en su segunda reunión llevada a cabo en 1948 en México.

Es importante establecer que aunque las bases de la Oficina estaban cimentadas, las arcas estaban vacías, el local en la Unión Panamericana era prestado y la mayor parte del personal era temporal, por lo que el Dr. Soper, fue de país en país pidiendo contribuciones voluntarias a los Gobiernos Miembros, gracias a esta acción el fondo de \$US 85,000 en 1947 aumentó a un presupuesto aprobado para 1948 de \$US1'300,000: \$US 1'000,000 como resultado de contribuciones (\$US400,000 de la Argentina, \$US260,000 del Brasil y \$US200,000 de México).

El 24 de mayo de 1949, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Brock Chisholm, y el Director de la Oficina, el Dr. Soper, firmaron un acuerdo por el que se establecía

formalmente la relación entre ambas entidades; este se aprobó el 30 de junio y entró en vigor el 10. de julio durante la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, quedando la Oficina Panamericana como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas manteniendo su identidad como Oficina Sanitaria Panamericana.

Al respecto, cabe destacar que para 1947 la Oficina se estableció en un edificio de la Avenida Connecticut en Washington, D.C., en 1951 con ayuda de préstamos sin intereses otorgados por las Fundaciones W. K. Kellogg y Rockefeller, adquirió edificios provisionales para la sede en la Av. New Hampshire, en la propia ciudad.

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo, ahora Santo Domingo, República Dominicana en 1950, destacan dos puntos : Primero, puso fin a la celebración de las Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Salud, ya que serviría de foro anualmente para el debate de temas importantes de salud pública el Consejo Directivo; segundo, abordó el debate de una recomendación de la OMS concerniente a la abrogación del Código Sanitario Panamericano para hacer concordar más a la Oficina con las disposiciones mundiales, el cual fue considerado como el tratado base por el que funcionaban la Oficina y la Conferencia, mismo que fue firmado en La Habana, Cuba en 1924 y ratificado por veintiún repúblicas americanas; por tal razón, la Conferencia autorizó al Director a que negociara esta cuestión con la OMS, mismas que condujeron a la eliminación de ciertos artículos técnicos en el Código.

De esta manera, se propició el momento para otra relación más, cuando la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos (OEA) suscribieron en 1950 un acuerdo por el que se reconocía a la OSP como organismo interamericano especializado, se reafirmaba su autonomía y se definían los principios de relaciones mutuas, representación e intercambio de información, así como un compromiso de la OSP de tomar en cuenta las recomendaciones del Consejo de la OEA.

Otro punto importante lo era las finanzas, para 1951 el Consejo Directivo aprobó el Reglamento Financiero de la Organización, que aunque en reuniones posteriores fue enmendado, hay dos puntos de interés :

1.- Se estipuló que el presupuesto se financiara con las cuotas de nuevos Estados Miembros.

2.- Se acordó que el presupuesto se incrementara con las consignaciones complementarias, las cuotas de nuevos Estados Miembros, las contribuciones de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, y con ingresos diversos.

Así poco después, Francia, los Países Bajos y el Reino Unido comenzaron a efectuar el pago de cuotas, permitiendo la participación de sus territorios en las Américas en el pleno debate de los asuntos técnicos durante las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Una vez que fueron resueltos los problemas organizacionales del presupuesto y las finanzas, las relaciones con la OMS y la OEA- y los locales de la sede, el Director se dispuso a crear una

oficina que pudiese abordar eficazmente las condiciones de salud en la Región (en lo referente a este rubro se desglosará en cuatro puntos) :

a) **Administración**

La Oficina se organizó de tal manera, que tuviera una Oficina del Director; una División de Salud Pública, con una rama de Fomento de la Salud, una de Saneamiento Ambiental y una de Enfermedades Transmisibles; y dos programas, uno para la erradicación de la fiebre amarilla y otra para la malaria; una División de Administración y una División de Educación y Adiestramiento.

Se establecieron seis oficinas de zona descentralizadas, con la finalidad de proporcionar los recursos de la Oficina más cerca de su ámbito de acción, estas tenían un funcionario médico con título en Salud Pública, un ingeniero sanitario, una enfermera de salud pública y otro personal de acuerdo a las necesidades.

- **Z o n a I** con sede en Washington, D.C., para los Estados Unidos, Canadá y los territorios que no tenían autogobierno, y con oficinas de campo en Jamaica y El Paso, Texas.

- **Z o n a II** en la Ciudad de México para Cuba, la República Dominicana, Haití y México.

- **Z o n a III** en la Ciudad de Guatemala para Honduras Británica, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

- **Z o n a IV** en Lima para Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

- **Z o n a V** en Río de Janeiro para Brasil.

- Z o n a VI en Buenos Aires para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

A su vez, la Organización creó varios centros panamericanos durante este período :

- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), se estableció en la Ciudad de Guatemala, Guatemala en 1946.

- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), en Río-- de Janeiro, Brasil en 1951, como una entidad regional para la cooperación en la lucha contra la fiebre aftosa.

- Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) en Buenos Aires, Argentina en 1956, para fortalecer las actividades contra la zoonosis en las Américas.

b) Educación y Adiestramiento

Debido al creciente aumento de la población en las Américas generó la necesidad urgente de servicios ampliados de salud y en una demanda mayor de trabajadores de salud capacitados, la Oficina tomó la labor de organizar seminarios, cursos y talleres de capacitación, otorgó becas y ayudó a las escuelas a ampliar sus cursos, además de relacionar a los países a través del intercambio de información.

Con el patrocinio de las Naciones Unidas, la Oficina y el Gobierno de Chile, se estableció un centro regional para la capacitación de expertos en estadísticas de salud.

Se dictaron cursillos sobre el control de insectos, educación sanitaria y diagnóstico de laboratorio de enfermedades venéreas y la brucelosis. La Oficina estableció normas básicas para la formación de enfermeras y colaboró con los Gobiernos a capacitar -

a personal médico y auxiliares.

c) Administración de salud pública

La Oficina ayudó a los gobiernos a establecer proyectos para demostrar el valor de los servicios integrales de salud, asignándoles equipos de expertos y becarios. Se establecieron programas especiales sobre administración de salud, salud mental y alcoholismo.

La creación del INCAP permitió que este actuara como centro técnico para la investigación de los problemas nutricionales en Centroamérica con apoyo de las Fundaciones W. K. Kellogg, la FAO y el UNICEF.

Los ingenieros ambientales de la OPS ayudaron a las autoridades a ejecutar programas de saneamientos urbano y rural para la provisión de agua, el control de insectos y roedores, socorro en casos de desastres, entre otros.

d) Control de las enfermedades transmisibles

En este período la Oficina actuó conforme al mandato de los países para eliminar radicalmente enfermedades. En 1947 Brasil propuso que la Organización lanzara una campaña para erradicar la fiebre amarilla. En 1949 Haití propuso la erradicación de la frambesia o pain, y la Oficina y el UNICEF establecieron un programa eficaz hacia tal fin, basado en la aplicación universal de una inoculación única de penicilina. En 1950 Costa Rica propuso la erradicación de la viruela. En 1950 la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana declaró la erradicación de la malaria como meta prioritaria .

En su labor encaminada a combatir las enfermedades y prolongar

la vida, la Oficina buscó socios en cada oportunidad. La OPS estableció acuerdos de colaboración mutua con el Instituto Interamericano de Protección a la Infancia para las actividades de la salud maternoinfantil, con el Instituto de Asuntos Interamericanos en ingeniería sanitaria, enfermería y fortalecimiento de los servicios nacionales de salud; con la Fundación Rockefeller que pagó el sueldo del Director en 1947 y prestó apoyo a proyectos de enfermería; y con la Fundación W. K. Kellogg, para el desarrollo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en San Juan, Puerto Rico en 1958, cambió el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de la Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana no fue modificado.

De esta manera, podemos concluir que la Oficina al asumir su función adicional de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, inició amplias campañas nuevas contra las enfermedades transmisibles, reunió grupos que hasta entonces habían estado trabajando aisladamente como médicos, enfermeras, veterinarios, dentistas, ingenieros sanitarios y estadísticos, entre otros, juntando sus conocimientos al grupo internacional de salud que trabajaba en las Américas; así mismo, cabe destacar que de este modo se iniciaba la era de cooperación técnica y el intercambio de especialistas y los grandes beneficios de la experiencia y el progreso se empezaban a observar en toda la Región de las Américas.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Gobiernos Miembros

- 1.- Antigua y Barbuda
- 2.- Argentina
- 3.- Bahamas
- 4.- Barbados
- 5.- Belice
- 6.- Bolivia
- 7.- Brasil
- 8.- Canadá
- 9.- Colombia
- 10.- Costa Rica
- 11.- Cuba
- 12.- Chile
- 13.- Dominicana
- 14.- Ecuador
- 15.- El Salvador
- 16.- Estados Unidos de América
- 17.- Grenada

Gobiernos Miembros

- 18.- Guatemala
- 19.- Guyana
- 20.- Haití
- 21.- Honduras
- 22.- Jamaica
- 23.- México
- 24.- Nicaragua
- 25.- Panamá
- 26.- Paraguay
- 27.- Perú
- 28.- República Dominicana
- 29.- San Kitts y Nevis
- 30.- San Vicente y Las Granadinas
- 31.- Santa Lucía
- 32.- Suriname
- 33.- Trinidad y Tobago
- 34.- Venezuela

Gobiernos Participantes

Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Gobiernos Observadores

España y Portugal

Oficina Central

Washington, D. C., Estados Unidos de América

Oficina de Campo de la OPS / OMS

El Paso, Texas, Estados Unidos de América

Oficina de Coordinación del Programa del Caribe de Habla Inglesa

Barbados

Centros, Institutos y Programas Regionales y Subregionales
de la O P S / O M S

a) Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), Brasil.

b) Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), Trinidad.

c) Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO), Argentina, el día 31 de diciembre de 1991 terminó el acuerdo relativo a este Centro entre el Gobierno de la Argentina y la OPS.

d) Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), Perú.

e) Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe ----- (CFNI), Jamaica.

f) Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Uruguay.

g) Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), México.

h) Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá - (INCAP), Guatemala.

i) Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), Argentina; el día 15 de noviembre de 1991 se

suscribió un acuerdo entre el Gobierno de la Argentina y la Organización para el establecimiento de este Instituto.

j) Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFITOSA), Brasil.

k) Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), Costa Rica.

C) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Debido a los descubrimientos fundamentales de fines del siglo XIX como el caso de la bacteriología médica, la penicilina y el DDT, que sirvieron para transformar por completo las perspectivas de la lucha contra ciertas enfermedades transmisibles y que además forjaron nuevas armas para la acción nacional e internacional en la esfera de la salud pública, propiciando a dar forma a una antigua idea : La fundación de un organismo internacional permanente de salud pública, naciendo así la Organización Mundial de la Salud - (OMS), como un esfuerzo para lograr que todos los pueblos tengan el más alto grado de bienestar físico, mental y social.

La evolución de las actividades internacionales en materia de salud pública entró en una fase crítica cuando los gobiernos y pueblos entusiasmados por el deseo de reconstruir la paz mundial sobre bases sólidas, buscaban al propio tiempo en los recursos que la ciencia brindaba los instrumentos necesarios para alcanzar ese fin.

Esta forma de pensar se puso de manifiesto entre los participantes de la Conferencia de San Francisco sobre Organización Internacional, celebrada en el año de 1945, en la que la delegación

de Brasil presentó un memorándum en el que figura una cita de una declaración del Cardenal Spellman en la que afirmó que la medicina es uno de los puntales de la paz; esto sirvió de punto de partida para que las delegaciones del Brasil y China, en una declaración conjunta, solicitaran la pronta convocación de una conferencia general encargada de establecer una organización sanitaria internacional. (9)

La Conferencia de San Francisco aprobó por unanimidad dicha declaración conjunta, que decidió dejar el asunto en manos de la Asamblea General, misma que se constituyó el día 10 de enero de 1946 y una semana después, entró en funciones el Consejo Económico y Social elegido por la Asamblea, y para el 15 de febrero el Consejo adoptó una resolución en la que se decidía convocar a una conferencia internacional encargada de estudiar el alcance y la apropiada organización de la acción internacional en la salud pública, así como a las proposiciones hechas para el establecimiento de una única Organización Internacional de la Salud de las Naciones Unidas. En dicha resolución se instituía una Comisión Técnica Preparatoria compuesta de técnicos designados por su competencia y encargados de elaborar un proyecto de las propuestas a examinar y de presentar un informe a los Estados Miembros de las Naciones Unidas y al Consejo Económico y Social antes del día 10. de mayo de 1946, así mismo, se encargó al Secretario General de las Naciones Unidas que convocase la

(9) Vid.; Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza; 1958; p.p. 38.

Conferencia para el 20 de junio de 1946 a más tardar.

La Comisión Técnica Preparatoria, compuesta por dieciséis miembros, se reunió en París en marzo y abril de 1946, en la que destacan los memorándums de Francia, el Reino Unido, los Estados Unidos de América y Yugoslavia, que contenían propuestas detalladas para la constitución del nuevo organismo, y por su importancia, estos documentos son considerados históricos; la Comisión tan solo en veintidós sesiones logró preparar un orden del día anotado para la Conferencia de Salud, que contenía un proyecto casi completo de constitución para el nuevo organismo sanitario.

En su informe al Consejo Económico y Social, el Relator de la Comisión Técnica Preparatoria calificó las propuestas de la ---- Comisión para el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud de principios generales en que podría inspirarse su constitución.

El principio, inscrito en las propuestas de que todos los Estados del mundo podían ser Miembros de la Organización, indujo finalmente a la Comisión a adoptar el título más amplio que fue la Organización Mundial de la Salud, además se precisaba en las propuestas que esta Institución contaría con tres órganos funcionales : Conferencia Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo y Secretaría, detallando su composición y funciones; otras propuestas, se referían a diversos asuntos administrativos y de presupuesto, al estatuto jurídico, a las relaciones con las Naciones Unidas, entre otras.

En el informe de la Comisión Técnica Preparatoria figuran diversas resoluciones, entre ellas, señaló a la atención del

Consejo Económico y Social la importancia de pedir a los estados Miembros de las Naciones Unidas que otorgaran plenos poderes a sus delegados en la Conferencia Mundial de la Salud que había de reunirse el 19 de junio de 1946 en Nueva York para firmar una convención en virtud de que pudiera establecerse lo antes posible una organización sanitaria internacional única; asimismo, sugirió que los demás organismos especializados de las Naciones Unidas, el Office International d' Hygiene Publique, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja fueran invitados a enviar observadores a la Conferencia.

Se señaló al Secretario General de las Naciones Unidas la necesidad de constituir inmediatamente una organización provisional que asumiera las actividades de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones Unidas para evitar la duplicación de trabajos y que pasara a depender completamente de la Organización Mundial de la Salud y que la OIHP (Office International d' Hygiene Publique) fuera absorbida por la OMS. (10)

La Conferencia Internacional de la Salud, reunida en Nueva York el 19 de junio de 1946, fue la primera celebrada bajo los auspicios de las Naciones Unidas, asistiendo delegaciones de todos los cincuenta y un Estados Miembros de las Naciones Unidas, trece Estados no Miembros y las autoridades aliadas de ocupación en Alemania, Japón y Corea estuvieron representados por observadores al igual que organismos especializados interesados en diversos

(10) Vid.; Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud; - --

aspectos de la salud, tales como la Organización para la Agricultura y la Alimentación, Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, OIHP, Oficina Sanitaria Panamericana, la Federación Sindical Mundial, la Fundación Rockefeller, entre otras.

En cuatro semanas y media, la Conferencia dió forma a la Constitución de la OMS, en la que destaca que la Asamblea de la Salud determine periódicamente las regiones geográficas en las que sea conveniente establecer una organización regional y se deja que la Asamblea y con la aprobación de la mayoría de los miembros comprendidos en cada región, establezca organizaciones regionales que serán parte integrante de la OMS y constarán de un comité regional y de una oficina regional.

Entre las cuestiones que la Conferencia hubo de resolver a este respecto, fue el de la nueva Organización y la Organización Sanitaria Panamericana, que fue tal vez la más difícil, se propuso que los organismos sanitarios regionales existentes se integraran en la Organización Mundial de la Salud o establecieran relaciones con ella mediante arreglos especiales en los que estuviera prevista su transformación en oficinas regionales o la utilización de sus recursos y servicios mientras se efectuaba su integración gradual a medida que lo permitieran las circunstancias, también se agregó posteriormente una cláusula en virtud de la cual la Organización Sanitaria Panamericana, además de llevar a cabo, por su propia cuenta, programas y proyectos sanitarios en las repúblicas americanas, serviría también como Comité Regional de la OMS en el hemisferio occidental.

Aún cuando estos y otros puntos fueron discutidos en los debates de la Conferencia en Nueva York, los representantes de los Gobiernos en la Conferencia Internacional de la Salud pudieron aceptar la Constitución sin mayores dificultades, sesenta y un Estados aprobaron dicho texto constitucional; China y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte firmaron el instrumento sin reservas siendo los dos primeros miembros de la Organización Mundial de la Salud, la Constitución fue firmada el día 22 de julio de 1946 y su sede fue establecida en el Palais des Nations de Ginebra.

La Constitución de la OMS entró en vigor el día 07 de abril de 1948 cuando esta fue ratificada por veintiséis Estados Miembros.

Una vez concluidos los antecedentes de la Organización Mundial de la salud, se hace conveniente conocer las funciones que realizan sus Organos y demás estructura organizacional, como punto de partida para sus actividades y como base de sus relaciones con otros organismos internacionales, instituciones oficiales y no oficiales de cada país miembro, etc., a través de los cuales da consecución a sus objetivos y principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos.

Los Organos de la Organización Mundial de la Salud son : La - Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y la Secretaría.

a) La Asamblea Mundial de la Salud.- Está compuesta por delegados representantes de los Estados Miembros, únicamente pueden ser hasta tres por Estado, uno funge como Presidente de la delegación y deben ser técnicos en el campo de la salubridad nacional de su Estado, pueden ser suplentes y asesores.

La Asamblea de la salud se reúne en sesiones ordinarias y extraordinarias, y estas últimas son convocadas por el Consejo, que designa el lugar de celebración. En cada sesión anual la Asamblea fija el país o región para que se lleve a cabo la siguiente sesión anual.

La Asamblea de la Salud elige a su presidente y demás funcionarios a principio de cada sesión anual y éstos duran hasta que se elijan sus sucesores; además adopta su propio reglamento interno.

Sus funciones son : Determinar la política de la Organización, nombrar al Director General, vigilar la política financiera de la Organización y estudiar y aprobar su presupuesto, considerar las recomendaciones a cerca de salubridad que efectúen la Asamblea General, el Consejo Económico y Social, el Consejo de Seguridad o el Consejo de Administración Fiduciaria de las Naciones Unidas; promover y llevar a cabo investigaciones en el campo de salubridad por el establecimiento de sus propias instituciones o en cooperación con instituciones oficiales y no oficiales de algún Estado Miembro, pero con el consentimiento de su gobierno.

La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar convenciones o acuerdos referentes a cualquier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización, para su adopción se requiere el voto de aprobación de las dos terceras partes de la Asamblea de la Salud.

b) El Consejo Ejecutivo.- Está integrado por treinta y un personas, designadas por igual número de Miembros, que deben estar técnicamente capacitados en el campo de la salubridad y, en su

caso, pueden tener suplentes y asesores; son elegidos por un período de tres años y pueden ser reelectos.

El Consejo se reúne por lo menos dos veces al año y el mismo fija el lugar de reunión, elige a su Presidente y elabora su reglamento interior.

Las funciones del Consejo son : Dar efecto a las decisiones y a la política de la Asamblea de la Salud y actuar como órgano ejecutivo de esta; estudiar todo asunto que esté dentro de su competencia, preparar el programa de las sesiones de la Asamblea de la Salud, someter a la Asamblea de la Salud, para su consideración y aprobación, un plan general de trabajo para un período determinado, tomar medidas de emergencia, de acuerdo a las funciones y recursos financieros de la Organización, para hacer frente a casos que requieran de atención inmediata.

c) La Secretaría.- Esta se compone del Director General y del personal técnico administrativo que requiera la Organización para desarrollar sus funciones.

El Director General es nombrado por la Asamblea de la Salud, está sujeto a la autoridad del Consejo, y funge como el funcionario principal técnico-administrativo de la Organización, es también Secretario ex officio de la Asamblea de Salud, del Consejo, de todas las comisiones y comités de la Organización y puede delegar estas funciones.

Así mismo, prepara y presenta al Consejo los balances y proyectos de presupuesto de la OMS, nombra al personal de la Secretaría en base al reglamento que establece la Asamblea de la Salud.

El Director General y su personal, en el cumplimiento de sus deberes, no pueden ni solicitar ni recibir instrucciones de ningún gobierno ni de alguna autoridad ajena a la Organización.

Organización Regional.- La Asamblea de la Salud determina las regiones geográficas en las que es conveniente establecer una organización regional, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la zona y en cada región no puede instalarse más que una organización regional, para su establecimiento se necesita la aprobación de la mayoría de los miembros.

Cada organización regional está conformada por un Comité Regional y una Oficina Regional.(11)

Los Comités Regionales están compuestos por representantes de los Estados Miembros y Miembros Asociados de la región que se trate, estos Comités deben reunirse con frecuencia, y ellos fijan el lugar para cada reunión, además adoptan su propio reglamento interno.

Sus funciones son : Formular la política que ha de regir los asuntos exclusivamente regionales, vigilar las actividades de la Oficina Regional, asesorar a la Organización en asuntos de salubridad internacional que sean importantes en la esfera regional, cooperar con los Comités Regionales de las Naciones Unidas, con otros organismos especializados y con organizaciones internacionales regionales que tengan intereses comunes con la

(11) Cfr.; Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud; - 15a. edición; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; Washington, D.C., E.U.A.; 1991; p.p. 34.

Organización, desempeñar otras funciones que le sean delegadas por la Asamblea de la Salud, el Consejo o el Director General.

La Oficina Regional es el órgano administrativo del Comité Regional, bajo la autoridad del Director General, y lleva a cabo las decisiones de la Asamblea de la Salud en la región.

El jefe de la Oficina Regional es el Director Regional, que es nombrado por el Consejo en acuerdo con el Comité Regional.

El personal de la Oficina Regional es nombrado de acuerdo a la manera que se acuerde entre el Director General y el Director Regional.

C o m i t é s.- Los Comités son establecidos por el Consejo de acuerdo a lo que la Asamblea de Salud indique por iniciativa propia o a propuesta del Director General, con la finalidad de atender a todo asunto que esté dentro de la competencia de la Organización; asimismo, el Consejo de una manera periódica debe analizar si es necesario que continúe algún Comité.

Pueden crearse comités conjuntos con otras organizaciones, así como la representación de la Organización en comités establecidos por otras organizaciones, esto lo dispone el Consejo.

C o n f e r e n c i a s.- Las Conferencias pueden ser de tipo local, general, técnica o de otra índole especial, dirigidas al estudio de cualquier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización y son convocadas por la Asamblea de la Salud o el Consejo; del mismo modo, en algunas situaciones especiales, disponen la representación en dichas conferencias de organizaciones internacionales, y con la autorización del gobierno interesado, de organizaciones nacionales, gubernamentales o no gubernamentales.

Así para finalizar este rubro, se hace mención que esta Organización Mundial de la Salud dentro de sus actividades proporciona servicios mundiales de promoción de la salud, coopera en actividades sanitarias y coordina las investigaciones biomédicas; mantiene un servicio diario de información sobre la aparición de casos de enfermedades que pueden tener repercusión internacional, publica una lista de causas de enfermedades, lesiones y muerte; vigila las reacciones adversas a medicamentos y establece normas mundiales en materia de antibióticos, vacunas, etc.

Emprende campañas para prevenir problemas que puedan causar las madres embarazadas a sus infantes por el consumo de drogas, alcohol, estimulantes o el tabaco; otras campañas de prevención se relacionan con los accidentes de los niños por consumo de drogas, cosméticos, plaguicidas y productos industriales que pueden causar la muerte. (12)

(12) Vid.; Peña Velásquez, Margarita; Junco Gómez, Sixto Tirso; Organización de la Comunidad Internacional; Editado por el Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia; Comisión Nacional Colombiana de -- Cooperación con la UNESCO; Santiago de Chile; 1985; p.p. 115.

ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

DESPACHO DEL DIRECTOR GENERAL

Despacho General del DGS
 Asesor para el Comandante en Jefe
 Asesor de Política de Salud y Demografía
 Director General Adjunto (DGA)
 Procuraduría, Contratación y Compras (PCC)
 Seguridad y Vigilancia del Personal (SV)

OFICINA

SUBDIRECTOR GENERAL

Oficina de Lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual y las Infecciones Relacionadas con el VIH
 Oficina de Epidemiología y Estadística (EE)
 Oficina de los Recursos Humanos
 Oficina de los Recursos Humanos (ORH)
 Oficina de los Recursos Humanos (ORH)
 Oficina de los Recursos Humanos (ORH)
 Oficina de los Recursos Humanos (ORH)

SUBDIRECTOR GENERAL

Oficina de Gestión y Promoción Comunitaria (GPC)
 Oficina de la Salud de la Familia (OSF)
 Programa Especial de Investigación Científica y Tecnológica de Inmunización (PEICIT)
 Programa Especial de Investigación Científica y Tecnológica de Inmunización (PEICIT)

SUBDIRECTOR GENERAL

Programa de Inmunización Masiva y Especializada (PIM)
 Oficina de Desarrollo de Programas Regionales (ODPR)
 Oficina de Vigilancia Epidemiológica y Control de la Salud (OVES)
 Oficina de Vigilancia Epidemiológica y Control de la Salud (OVES)
 Oficina de Vigilancia Epidemiológica y Control de la Salud (OVES)

SUBDIRECTOR GENERAL

Oficina de Registros Estadísticos (ORE)
 Oficina de Estadísticas Sanitarias (OES)
 Oficina de Estadísticas Sanitarias (OES)
 Oficina de Estadísticas Sanitarias (OES)

SUBDIRECTOR GENERAL

Oficina de Planificación y Programación (OPP)
 Oficina de Planificación y Programación (OPP)
 Oficina de Planificación y Programación (OPP)
 Oficina de Planificación y Programación (OPP)

Oficina de Coordinación de Servicios en Emergencias (COSE)
 Programa Especial sobre el SIDA (PESE)
 Oficina de Investigación de Cáncer y Control de Tabaco (OICAT)
 Oficina de Malaria (OM)
 Oficina del Asesor Jurídico (OAJ)
 Oficina de Política y Desarrollo de los Investigadores (OPDI)

OFICINAS REGIONALES

África

DIRECTOR REGIONAL

Oficina de Investigación y Promoción
 Oficina de Programas
 Programa de Salud

Las Américas

DIRECTOR REGIONAL

Subsecretaría de Salud
 Oficina de Programas
 Programa de Salud

Asia Sudoriental

DIRECTOR REGIONAL

Oficina de Programas
 Programa de Salud
 Programa de Salud

Europa

DIRECTOR REGIONAL

Oficina de Programas
 Programa de Salud
 Programa de Salud

Mediterráneo Oriental

DIRECTOR REGIONAL

Oficina de Programas
 Programa de Salud
 Programa de Salud

Pacífico Occidental

DIRECTOR REGIONAL

Oficina de Programas
 Programa de Salud
 Programa de Salud

OFICINA REGIONAL DE INVESTIGACIONES SOBRE EL CÁNCER

DIRECTOR

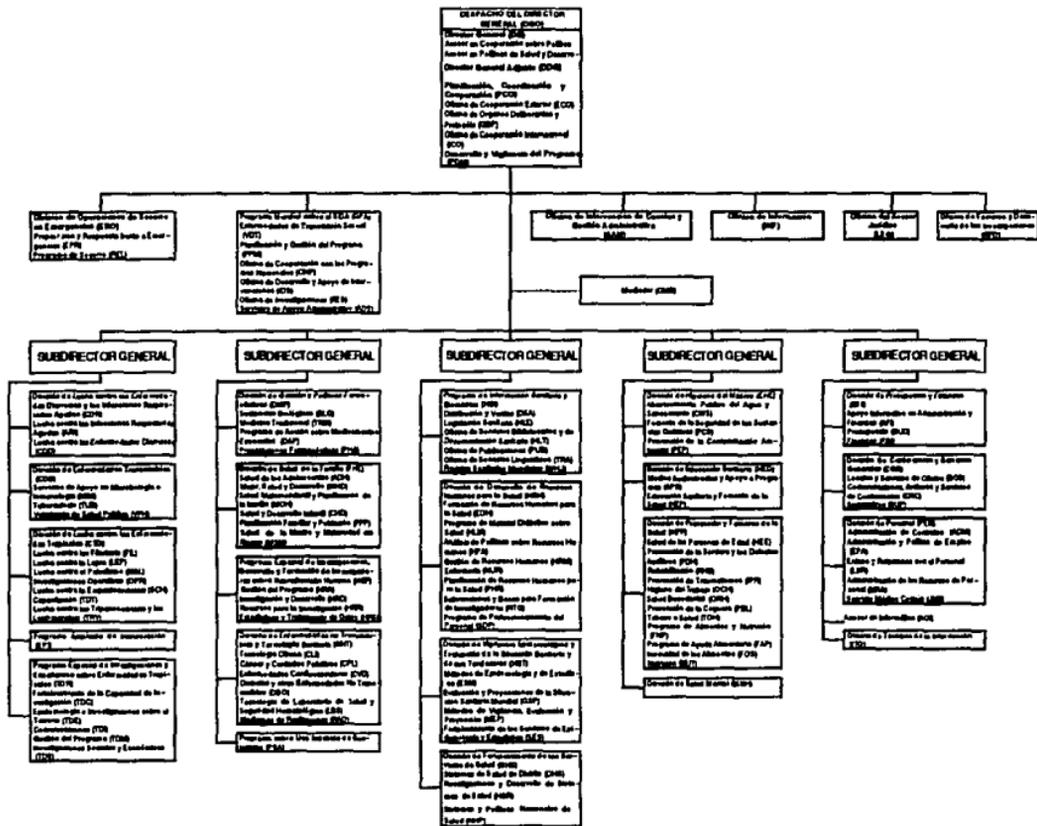
Oficina de Coordinación y Promoción
 Oficina de Investigación y Promoción
 Oficina de Investigación y Promoción
 Oficina de Investigación y Promoción

Incluye al Representante del Director General de la OMS en el Asesor de las Naciones Unidas y otros cargos interrelacionados con sede en Nueva York.

Incluye la Oficina de la OMS para la Organización de la Unidad Africana y la Comisión Económica para África Austral.

Oficina Regional para las Américas, Oficina Europea, Programa de Salud.

ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE LA SEDE



M I E M B R O S Y M I E M B R O S A S O C I A D O S
DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La composición de la Organización Mundial de la Salud llegó durante el bienio 1990 - 1991 a un total de 170 Estados Miembros y un Miembro Asociado.

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION</u> <u>A LA CONSTITUCION OMS</u>
1.- Afganistán	19 de abril de 1948
2.- Albania	26 de mayo de 1947
3.- Alemania	29 de mayo de 1951
4.- Angola	15 de mayo de 1976
5.- Antigua y Barbuda	12 de marzo de 1984
6.- Arabia Saudita	26 de mayo de 1947
7.- Argelia	08 de noviembre de 1962
8.- Argentina	22 de octubre de 1944
9.- Australia	02 de febrero de 1948
10.- Austria	30 de junio de 1947
11.- Bahamas	01 de abril de 1974
12.- Bahrein	02 de noviembre de 1971
13.- Bangladesh	19 de mayo de 1972
14.- Barbados	25 de abril de 1967
15.- Belarús	07 de abril de 1948
16.- Bélgica	25 de junio de 1948
17.- Belice	23 de agosto de 1990
18.- Benin	20 de septiembre de 1960
19.- Bhután	08 de marzo de 1982
20.- Bolivia	23 de diciembre de 1949

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
21.- Botswana	26 de febrero de 1975
22.- Brasil	02 de junio de 1948
23.- Brunei Darussalam	25 de marzo de 1985
24.- Bulgaria	09 de junio de 1948
25.- Burkina Faso	04 de octubre de 1960
26.- Burundi	22 de octubre de 1962
27.- Cabo Verde	05 de enero de 1976
28.- Camboya	17 de mayo de 1950
29.- Camerún	06 de mayo de 1960
30.- Canadá	29 de agosto de 1946
31.- Colombia	14 de mayo de 1959
32.- Comoras	09 de diciembre de 1975
33.- Congo	26 de octubre de 1960
34.- Costa Rica	17 de marzo de 1949
35.- Cote d'Ivoire	28 de octubre de 1960
36.- Cuba	09 de mayo de 1950
37.- Chad	01 de enero de 1961
38.- Checoslovaquia	01 de marzo de 1948
39.- Chile	15 de octubre de 1948
40.- China	22 de julio de 1946
41.- Chipre	16 de enero de 1961
42.- Dinamarca	19 de abril de 1948
43.- Djibouti	10 de marzo de 1978
44.- Dominicana	13 de agosto de 1981
45.- Ecuador	01 de marzo de 1949

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
46.- Egipto	16 de diciembre de 1947
47.- El Salvador	22 de junio de 1948
48.- Emiratos Arabes Unidos	30 de marzo de 1972
49.- España	28 de mayo de 1951
50.- Estados Unidos de América	21 de junio de 1948
51.- Etiopía	11 de abril de 1947
52.- Fiji	01 de enero de 1972
53.- Filipinas	09 de julio de 1948
54.- Finlandia	07 de octubre de 1947
55.- Francia	16 de junio de 1948
56.- Gabón	21 de noviembre de 1960
57.- Gambia	26 de abril de 1971
58.- Ghana	08 de abril de 1957
59.- Granada	04 de diciembre de 1974
60.- Grecia	12 de marzo de 1948
61.- Guatemala	26 de agosto de 1949
62.- Guinea	19 de mayo de 1959
63.- Guinea - Bissau	29 de julio de 1974
64.- Guinea Ecuatorial	05 de mayo de 1980
65.- Guyana	27 de septiembre de 1966
66.- Haití	12 de agosto de 1947
67.- Honduras	08 de abril de 1949
68.- Hungría	17 de junio de 1948
69.- India	12 de enero de 1948
70.- Indonesia	23 de mayo de 1950

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
71.- Irán (Rep. Islámica del)	23 de noviembre de 1946
72.- Irak	23 de septiembre de 1947
73.- Irlanda	20 de octubre de 1947
74.- Islandia	17 de junio de 1948
75.- Islas Cook	09 de mayo de 1984
76.- Islas Marshall	05 de junio de 1991
77.- Islas Salomón	04 de abril de 1983
78.- Israel	21 de junio de 1949
79.- Italia	11 de abril de 1947
80.- Jamahiriya Arabe Libia	16 de mayo de 1952
81.- Jamaica	21 de marzo de 1963
82.- Japón	16 de mayo de 1951
83.- Jordania	07 de abril de 1947
84.- Kenya	27 de enero de 1964
85.- Kiribati	26 de julio de 1984
86.- Kuwait	09 de mayo de 1960
87.- Lesotho	07 de julio de 1967
88.- Letonia	04 de diciembre de 1991
89.- Líbano	19 de enero de 1949
90.- Liberia	14 de marzo de 1947
91.- Lituania	25 de noviembre de 1991
92.- Luxemburgo	03 de junio de 1949
93.- Madagascar	16 de enero de 1961
94.- Malasia	24 de abril de 1958
95.- Malawi	09 de abril de 1965

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
96.- Maldivas	05 de noviembre de 1965
97.- Malí	17 de octubre de 1960
98.- Malta	01 de febrero de 1965
99.- Marruecos	14 de mayo de 1956
100.- Mauricio	09 de diciembre de 1968
101.- Mauritania	07 de marzo de 1961
102.- México	07 de abril de 1948
103.- Micronesia (Edos. Federa- rados de Mónaco)	14 de agosto de 1991
104.- Mónaco	08 de julio de 1948
105.- Mongolia	18 de abril de 1962
106.- Mozambique	11 de septiembre de 1975
107.- Myanmar	01 de julio de 1948
108.- Namibia	23 de abril de 1990
109.- Nepal	02 de septiembre de 1953
110.- Nicaragua	24 de abril de 1950
111.- Níger	05 de octubre de 1960
112.- Nigeria	25 de noviembre de 1960
113.- Noruega	18 de agosto de 1947
114.- Nueva Zelanda	10 de diciembre de 1946
115.- Omán	28 de mayo de 1971
116.- Países Bajos	25 de abril de 1947
117.- Pakistán	23 de junio de 1948
118.- Panamá	20 de febrero de 1951
119.- Papua Nueva Guinea	29 de abril de 1970
120.- Paraguay	04 de enero de 1949

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
121.- Perú	11 de noviembre de 1949
122.- Polonia	06 de mayo de 1948
123.- Portugal	13 de febrero de 1948
124.- Qatar	11 de mayo de 1972
125.- Reino Unido de Gran -- Breñaña e Irlanda del N.	22 de julio de 1946
126.- República Arabe Siria	18 de diciembre de 1946
127.- República Centroafricana	20 de septiembre de 1960
128.- República de Corea	17 de agosto de 1949
129.- República Democrática Popular Lao	17 de mayo de 1950
130.- República Dominicana	21 de junio de 1948
131.- República Popular Dem. de Corea	19 de mayo de 1973
132.- República Unida de Tanzania	15 de marzo de 1962
133.- Rumania	08 de junio de 1948
134.- Rwanda	07 de noviembre de 1962
135.- Samoa	16 de mayo de 1962
136.- Saint Kitts y Nevis	03 de diciembre de 1984
137.- San Marino	12 de mayo de 1980
138.- San Vicente y Las Granadinas	02 de septiembre de 1983
139.- Santa Lucía	11 de noviembre de 1980
140.- Santo Tomé y Príncipe	23 de marzo de 1976
141.- Senegal	31 de octubre de 1960
142.- Seychelles	11 de septiembre de 1979

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
143.- Sierra Leona	20 de octubre de 1961
144.- Singapur	25 de febrero de 1966
145.- Somalia	26 de enero de 1961
146.- Sri Lanka	07 de julio de 1948
147.- Sudáfrica	07 de agosto de 1947
148.- Sudán	14 de mayo de 1956
149.- Suecia	28 de agosto de 1947
150.- Suiza	26 de marzo de 1947
151.- Suriname	25 de marzo de 1976
152.- Swazilandia	16 de abril de 1973
153.- Tailandia	26 de septiembre de 1947
154.- Togo	13 de mayo de 1960
155.- Tonga	14 de agosto de 1975
156.- Trinidad y Tabago	03 de enero de 1963
157.- Túnez	14 de mayo de 1956
158.- Turquía	02 de enero de 1948
159.- Ucrania	03 de abril de 1948
160.- Uganda	07 de marzo de 1963
161.- U. R. S. S.	24 de marzo de 1948
162.- Uruguay	22 de abril de 1949
163.- Vanuatu	07 de marzo de 1983
164.- Venezuela	07 de julio de 1948
165.- Viet Nam	17 de mayo de 1950
166.- Yemen	20 de noviembre de 1953
167.- Yugoslavia	19 de noviembre de 1947

<u>P A I S</u>	<u>FECHA DE ADHESION A LA CONSTITUCION OMS</u>
168.- Zaire	24 de febrero de 1961
169.- Zambia	02 de febrero de 1965
170.- Zimbabwe	16 de mayo de 1980

MIEMBRO ASOCIADO

1.- Tokelau	08 de mayo de 1991 (Fecha de la admisión en calidad- de Miembro Asociado)
-------------	---

DISTRIBUCION POR REGIONES DE LOS MIEMBROS**Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA O M S****R E G I O N D E A F R I C A**

Angola	Etiopía	Malí	Santo Tomé y Príncipe
Argelia	Gabón	Mauricio	
Benin	Gambia	Mauritania	Senegal
Botswana	Ghana	Mozambique	Seychelles
Burkina Faso	Guinea	Namibia	Sierra Leona
Burundi	Guinea-Bissau	Níger	Sudáfrica
Cabo Verde	Guinea Ecuatorial	Nigeria	Swazilandia
Camerún	Kenya	República	Togo
Comoras	Lesotho	Centroafricana	Uganda
Congo	Liberia	República Unida de Tanzania	Zaire
Cote d'Ivoire	Madagascar		Zambia
Chad	Malawi	Rwanda	Zimbabwe

R E G I O N D E L A S A M E R I C A S

Antigua y Barbuda	Cuba	Haití	San Cristóbal y Nieves
Argentina	Chile	Honduras	
Bahamas	Dominicana	Jamaica	San Vicente y Las Granadinas
Barbados	Ecuador	México	Santa Lucía
Belice	El Salvador	Nicaragua	Suriname
Bolivia	Estados Unidos de América	Panamá	Trinidad y Tabago
Brasil		Paraguay	
Canadá	Granada	Perú	Uruguay
Colombia	Guatemala	República Dominicana	Venezuela
Costa Rica	Guyana		

R E G I O N D E A S I A S U D O R I E N T A L

Bangladesh	Maldivias	República Popular Democrática de	Sri Lanka
Buthán	Mongolia	Corea	Tailandia
India	Myanmar		
Indonesia	Nepal		

R E G I O N D E E U R O P A

Albania	Francia	Malta	San Marino
Alemania	Grecia	Mónaco	Suecia
Austria	Hungría	Noruega	Suiza
Belarús	Irlanda	Países Bajos	Turquía
Bélgica	Islandia	Polonia	Ucrania
Bulgaria	Israel	Portugal	U.R.S.S.
Checoslovaquia	Italia	Reino Unido de	Yugoslavia
Dinamarca	Letonia	Gran Bretaña e	
España	Lituania	Irlanda del Nte.	
Finlandia	Luxemburgo	Rumania	

<u>R E G I O N</u>	<u>D E L</u>	<u>M E D I T E R R A N E O</u>	<u>O R I E N T A L</u>
Afganistán	Emiratos Arabes	Jordania	Qatar
Arabia Saudita	Unidos	Kuwait	Rep. Arabe Siria
Bahrein	Irán (Repúb.	Líbano	Somalia
Chipre	Islámica del)	Marruecos	Sudán
Djibouti	Irak	Omán	Túnez
Egipto	Jamahiriya --	Pakistán	Yemen
	Arabe Libia		

<u>R E G I O N</u>	<u>D E L</u>	<u>P A C I F I C O</u>	<u>O C C I D E N T A L</u>
Australia	Islas Marshall	Nueva Zelandia	Tonga
Brunei	Islas Salomón	Papua Nueva Guinea	Vanuatu
Darussalam	Japón		Viet Nam
Camboya	Kiribati	Rep.de Corea	MIEMBRO ASOCIADO
China	Malasia	Rep. Dem. Popular Lao	Tokelau
Fiji	Micronesia		
Filipinas	(Edos. Federa	Samoa	
Islas Cook	dos de)	Singapur	

CAPITULO II
FUNDAMENTOS LEGALES DE LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

A) CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

1.- Miembros

2.- Organismos

- 2.1 La Conferencia Sanitaria Panamericana**
 - 2.1.1 Funciones**
 - 2.1.2 Composición**
 - 2.1.3 Votación**
 - 2.1.4 Reuniones**
- 2.2 El Consejo Directivo**
 - 2.2.1 Funciones**
 - 2.2.2 Composición**
 - 2.2.3 Votación**
 - 2.2.4 Reuniones**
- 2.3 El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo**
 - 2.3.1 Funciones**
 - 2.3.2 Composición**
 - 2.3.3 Votación**
 - 2.3.4 Reuniones**
- 2.4 La Oficina Sanitaria Panamericana**
 - 2.4.1 Funciones**
 - 2.4.2 Administración**
 - 2.4.3 Carácter Internacional del Personal**

B) CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

1.- Objeto

2.- Notificación e Informes a otros países

3.- Estadística de Morbilidad y Mortalidad

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

A) CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

En consecuencia de los nuevos conceptos de las responsabilidades de los Gobiernos en salud humana y por los progresos en las ciencias médicas y sanitarias, es preciso el fortalecimiento y desarrollo de la Oficina Sanitaria Panamericana para dar cumplimiento eficaz a las obligaciones que le impone esos adelantos en la esfera de acción de la salud pública en el hemisferio occidental, por lo que de acuerdo a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo adopta la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en la que se establecen como metas prioritarias la organización y coordinación de los esfuerzos comunes entre los países de la Región de las Américas para prolongar la vida de sus habitantes. (13)

1.- M I E M B R O S

La Constitución Panamericana de la Salud establece que todos los Estados Americanos tienen derecho a ser miembros de la Organización.

Así mismo, tienen el derecho de ser representados y de participar en la Organización, aquellos territorios o grupos de -

(13) Vid.; Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud; 15a. edición; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; Washington, D.C., E.U.A.; 1991; p.p. 9 .

territorios dentro del hemisferio occidental que no tengan relaciones internacionales propias, el tipo y la extensión de los derechos y obligaciones de estos en la Organización son establecidos por el Consejo Directivo después de consultar con el Gobierno u otra autoridad que sea responsable de sus relaciones internacionales, los cuales son denominados **Gobiernos Participantes**.

Por otro lado, establece que en el caso de que los Gobiernos Miembros tengan bajo su jurisdicción territorios y poblaciones subordinados dentro del hemisferio occidental, serán aplicadas las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y las de la Constitución Panamericana a esos territorios y poblaciones.

2.- O R G A N I S M O S

Los Organismos que conforman a la Organización Panamericana de la Salud son la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo y la Oficina Sanitaria Panamericana, actuando integralmente para dar función y normatizar a esta Organización.

2.1 La Conferencia Sanitaria Panamericana

La Conferencia Sanitaria Panamericana es la autoridad suprema en la que todos los Gobiernos Miembros están representados, se reúne cada cuatro años, determina las normas generales de la Organización, sirve de foro en asuntos de salud pública y elige al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2.1.1 F u n c i o n e s

La Conferencia es la autoridad suprema en el gobierno de la

Organización, determina las normas generales de esta, incluyendo las financieras.

La Conferencia, para la solución de asuntos que conciernen a la Organización, da instrucciones al Consejo, al Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina a fin de que tomen las medidas necesarias. - Elige a los Gobiernos Miembros que integran al Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina.

Así mismo, sirve de foro para el intercambio de información relacionada con la prevención de enfermedades y todo lo concerniente a la salud física y mental y para los adelantos en los sistemas y procedimientos médicosociales en el tratamiento de padecimientos, tanto físicos como mentales en la Región de las Américas.

La Conferencia examina y aprueba el programa y presupuesto bienal de la Organización; y como punto especial, considera detalladamente los informes anuales del Presidente del Comité Ejecutivo y del Director de la Oficina correspondientes al año anterior, y del informe cuatrienal del Director de la Oficina. Puede delegar al Consejo cualquiera de sus funciones.

2.1.2 C o m p o s i c i ó n

La Conferencia está integrada por delegados de los Gobiernos Miembros de la Organización y de los Gobiernos Participantes, y cada Gobierno está representado por un máximo de tres delegados y uno de ellos funge como delegado jefe por su Gobierno. Los delegados de acuerdo a las circunstancias pueden tener asesores y suplentes. De entre los delegados, es importante que sean especialistas en salud pública y preferentemente que sean miembros

de los departamentos de salubridad de su nación.

2.1.3 V o t a c i ó n

En este aspecto, la Constitución de la OPS establece que cada Gobierno, oficialmente representado en la Conferencia tiene derecho a un voto, y por lo que concierne a los Gobiernos Participantes se está a lo que establece el Consejo Directivo.

En el caso de que un Gobierno no cumpla con sus obligaciones financieras para con la Organización, por no haber cubierto los importes anuales y que estos excedan a dos años completos, se le suspenderán los privilegios de voto, esto sucede, en los casos de inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo; aquí cabe advertir, que se permite realizar la votación cuando la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno y la autorización es otorgada por la Conferencia o el Consejo Directivo.

Es adoptada una propuesta cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo en los casos que la Constitución disponga otra cosa.

2.1.4 R e u n i o n e s

La Conferencia se reúne cada cuatro años en la sede de la Organización y la fecha la fija el Director de la Oficina, previa consulta con el Comité Ejecutivo, pero también la Conferencia, en casos especiales, y siempre y cuando el Gobierno interesado lo solicite, puede reunirse en cualquiera de los Países Miembros y que lo acuerde la propia Conferencia o el Consejo Directivo en la reunión del año anterior a ella, teniendo que nombrar el Gobierno del país interesado una comisión que coopere con la Oficina para el

arreglo de esta.

El Director de la Oficina, cuando menos tres meses antes de dar inicio a la Conferencia, debe entregar a los Gobiernos un informe detallado sobre el funcionamiento de la Organización desde la última Conferencia.

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

El Director de la Oficina es el encargado de preparar el programa provisional de la Conferencia, que posteriormente se somete al Comité Ejecutivo para que lo apruebe, la Conferencia puede introducir modificaciones o adiciones; una vez que es aprobado es enviada una copia al Director General de la OMS, que podrá participar, él o sus representantes, en la Conferencia sin derecho a voto.

2.2 El Consejo Directivo

El Consejo está integrado por un representante de cada Gobierno Miembro, se reúne una vez al año y considera y aprueba el presupuesto por programas de la Organización.

2.2.1 F u n c i o n e s

El Consejo desempeña las funciones que le delega la Conferencia, actúa en nombre de ella durante sus reuniones y da cumplimiento a las normas y decisiones de la misma, así mismo, elige a los Gobiernos Miembros que deben integrar al Comité Ejecutivo.

El Consejo examina los informes anuales del Presidente del Comité Ejecutivo y del Director de la Oficina; del mismo modo, estudia y aprueba el programa y presupuesto bienal de la

Organización.

Elige al Director Interino de la Oficina, cuando el Director designado renuncia, fallece o se incapacita por enfermedad grave; por otro lado, cuando es necesario aprueba el establecimiento de oficinas filiales de la Organización.

2.2.2 C o m p o s i c i ó n

El Consejo está integrado por un representante de cada Gobierno, y éstos son designados entre especialistas en salud pública, de preferencia funcionarios de los servicios nacionales de salubridad. Así mismo, pueden tener uno o varios suplentes y asesores.

2.2.3 V o t a c i ó n

Se establece que para la votación cada Gobierno oficialmente representado en el Consejo tendrá derecho a un voto, y en lo referente a los Gobiernos Participantes se estará a lo que ordena el Consejo Directivo.

Para que sea adoptada una moción se requiere el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo disposición en contrario establecida en la propia Constitución o en su Reglamento Interior.

2.2.4 R e u n i o n e s

Generalmente el Consejo se reúne una vez al año, en los años en que no se congrege la Conferencia.

Para el caso de las reuniones, tanto la Oficina y los Gobiernos pagarán sus gastos de representación.

El Director de la Oficina prepara el programa provisional del-

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Consejo, que posteriormente somete al Comité Ejecutivo para que sea aprobado. En lo que respecta a este punto, el Consejo adopta su propio programa, y en el transcurso del trámite, puede adicionarlo o modificarlo, de acuerdo a su Reglamento.

2.3 Comité Ejecutivo del Consejo Directivo

El Comité Ejecutivo está compuesto por representantes de nueve Gobiernos Miembros, se reúne dos veces al año para examinar cuestiones técnicas, administrativas y presupuestales.

2.3.1 Funciones

El Comité Ejecutivo da la autorización para que el Director de la Oficina convoque a las reuniones del Consejo; aprueba el programa provisional de las reuniones, tanto de la Conferencia como del Consejo.

El Comité Ejecutivo, de acuerdo a las recomendaciones que estime convenientes las somete a la consideración de la Conferencia o del Consejo, en lo relativo al proyecto de programa y presupuesto por el Director de la Oficina.

Asesora a la Conferencia o al Consejo en los asuntos que estos les encomienden o, por iniciativa propia, en lo relacionado a asuntos de trabajo de la Conferencia, del Consejo o la Oficina, y desempeña cualquier otra función que le encomienda la Conferencia o el Consejo.

2.3.2 Composición

Está integrada por nueve Gobiernos Miembros de la Organización y son elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años. De esa manera, el Gobierno Miembro

nombrado designa un representante en el Comité Ejecutivo y cada representante puede tener suplentes y asesores.

En este caso, el Gobierno Miembro que concluya su mandato no puede ser reelegido para formar parte del Comité Ejecutivo hasta pasado un año.

En lo concerniente a los Gobiernos no representados en el Comité Ejecutivo pueden enviar observadores, a su propio costo, para que participen en los debates pero sin derecho a voto.

2.3.3 V o t a c i ó n

Para las votaciones, está establecido que cada Gobierno Miembro elegido para formar parte del Comité Ejecutivo y representado en él tiene derecho a un voto.

Para que una propuesta sea aceptada, tiene que contar con el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos Miembros presentes y votantes, salvo disposición en contrario contenida en la propia Constitución o su Reglamento Interno.

2.3.4 R e u n i o n e s

Las reuniones son de carácter ordinario o extraordinario.

Ordinario : Cada año son celebradas dos reuniones del Comité Ejecutivo, una de ellas tiene lugar en la sede de la reunión del Consejo o de la Conferencia, inmediatamente después de la celebración de dicha reunión.

Extraordinario : Estas se realizan únicamente a petición del Director de la Oficina o a solicitud de por lo menos tres Gobiernos Miembros.

Los gastos de los representantes del Comité Ejecutivo originados por las reuniones, corren a cargo de los Gobiernos

Miembros representados.

2.4 La Oficina Sanitaria Panamericana

La Oficina Sanitaria Panamericana actúa como Secretaría Ejecutiva y está a cargo del Director, es la que aplica las normas aprobadas por los cuerpos directivos.

2.4.1 Funciones

Los deberes y funciones de la Oficina se encuentran especificados en el Código Sanitario Panamericano, además de los que le pueden ser asignados por la Conferencia o el Consejo en el cumplimiento de los propósitos contenidos en el Artículo 10. de la Constitución de esta Organización que establece : " La Organización Panamericana de la Salud (denominada en adelante la Organización) tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. "

Por lo que respecta a lo estipulado en el Código Sanitario Panamericano, las funciones y deberes de la Oficina se encuentran contenidas en el Capítulo IX, en el que se define lo siguiente : --

En lo concerniente a la organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, se está a lo que han dispuesto las Conferencias Sanitarias Internacionales y otras Conferencias de las Repúblicas Americanas.

La Oficina Sanitaria Panamericana constituye la agencia sanitaria central de coordinación de las repúblicas que forman la Unión Panamericana, además funge como el centro general de

recolección y distribución de informes sanitarios provenientes de dichas repúblicas y enviados a éstas a través de representantes que se encargan de discutir los asuntos de sanidad pública. (14)

Como funciones especiales, podemos establecer que la Oficina Sanitaria Panamericana suministra a las autoridades sanitarias de los Gobiernos Signatarios por medio de publicaciones los informes del verdadero estado de las enfermedades transmisibles, los brotes, las medidas sanitarias llevadas a cabo, los nuevos métodos empleados para combatirlas, las estadísticas de morbilidad y mortalidad, así como otros informes relacionados a la sanidad pública. (15)

De los funcionarios de los servicios de sanidad nacionales, se escogen a los representantes ex officio de la Oficina Sanitaria Panamericana, quienes además cumplen con sus deberes regulares.

La Oficina Sanitaria Panamericana está autorizada para tomar las medidas que considere pertinentes; a solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los Gobiernos Signatarios, a fin de que se realice un intercambio de profesores, funcionarios de medicina y sanidad, peritos sobre sanidad pública, con el propósito de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública.

La Unión Panamericana recoge un fondo no menor de 50,000 dólares que es prorrateada entre los Gobiernos Signatarios sobre la misma base en que son repartidos los gastos de dicha Unión, para --

(14) Vid.; Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud; - 15a.edición; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; Washington, D.C., E.U.A.; 1991; p.p. 4.

(15) Cfr.; Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud; - Ob. cit. p.p. 5 .

los fines del desempeño de las funciones y deberes que se le imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana.

2.4.2 Administración

La Oficina elige a su Director por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización durante la Conferencia, éste desempeña el cargo durante cuatro años, pero en el caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, asume sus obligaciones el Director Adjunto hasta la próxima reunión del Consejo, en la que por el voto de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, se elige a un Director Interino.

Para el funcionamiento de la Oficina, esta cuenta con un Director Adjunto y un Subdirector que son designados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo.

El Director se encarga de nombrar a todo el personal de acuerdo a los reglamentos que adopta el Consejo.

Asimismo, el Director tiene la facultad de crear, tanto en la Oficina como en las filiales, las secciones que a su juicio estime convenientes, para la ejecución del programa de actividades sanitarias autorizadas por la Organización.

2.4.3 Caracter Internacional del Personal

En este rubro, la Constitución Panamericana de la Salud contempla únicamente dos puntos, en los que delimita estrictamente los deberes del personal de dicha Organización.

- a) Se establece que ningún funcionario o empleado de la Oficina puede actuar como representante de Gobierno alguno.
- b) En el cumplimiento de sus deberes tanto el Director como

todo el personal que conforman la Oficina no solicitarán ni recibirán instrucciones de ningún Gobierno, ni de autoridad ajena a la Organización y se abstendrán de actuar en forma que no sea compatible a su condición de funcionarios internacionales.

Así, por lo que respecta a cada uno de los Gobiernos, estos se comprometen a respetar el carácter exclusivamente internacional del Director y del personal, y sobre todo a no tratar de influir en ellos.

P r e s u p u e s t o

La Organización es financiada por las contribuciones anuales de los Gobiernos, en lo concerniente a los Gobiernos Participantes efectúan contribuciones anuales sobre bases similares para los Gobiernos Miembros.

Por otra parte, los Gobiernos además de cumplir con sus contribuciones anuales, efectúan aportaciones extraordinarias para gastos en general y los destinados a fines específicos.

B) CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

El Código Sanitario Panamericano tiene como propósito el reglamentar la manera en que todos los Gobiernos Miembros y Participantes colaboren, estableciendo una serie de trabajos que deben cumplir siguiendo las formalidades descritas en dicho Código, concernientes al estado de sanidad pública, los casos de emergencia, la elaboración de estadísticas sobre causas de defunción y enfermedades transmisibles; como prioridades elementales para alcanzar el grado máximo de salud que depende de la cooperación tanto de personas como de los Estados.

1.- O B J E T O

El Código Sanitario Panamericano establece como sus metas esenciales la cooperación entre los Estados que conforman a la Organización Panamericana de la Salud, traducidos en el intercambio de información y la aplicación de medidas adecuadas de sanidad pública.

Tales objetivos los podemos definir de la siguiente manera :

a) Evitar la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.

b) Establecimiento de formalidades para la recopilación de los datos estadísticos concernientes a la morbilidad en los países de los Gobiernos Signatarios.

c) La adopción de medidas cooperativas destinadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos.

d) Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades específicas del hombre.

e) Unificar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, con la finalidad de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y suprimir toda barrera u obstáculo innecesario para el comercio y la comunicación internacional.

2.- NOTIFICACION E INFORMES A OTROS PAISES

En este aspecto, es importante mencionar que el Código Sanitario Panamericano establece que cada uno de los Gobiernos Signatarios está obligado a comunicar a los demás Gobiernos

Signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana, un informe detallado que contenga una descripción referente al estado de sanidad pública, sobre todo la situación en los puertos; esta información debe realizarse en intervalos que no excedan de dos semanas.

Para esta serie de informes, la Oficina Sanitaria Panamericana ha establecido una lista de enfermedades que deben ser notificadas forzosamente por los Gobiernos Signatarios :

- a) La peste bubónica
- b) El cólera
- c) La fiebre amarilla
- d) La viruela
- e) El tifus exantemático
- f) La meningitis cerebroespinal epidémica
- g) La encefalitis letárgica o epidémica
- h) La poliomielitis aguda epidémica
- i) La influenza o gripe epidémica
- j) Fiebres tifoideas y paratíficas
- k) Cualquier otro tipo de enfermedad que mediante resolución

se agregue a la presente lista.

Cada uno de los Gobiernos Signatarios está obligado a notificar inmediatamente a los países adyacentes y a la Oficina Sanitaria Panamericana, a través de los medios de comunicación más rápidos que existan, la evidente aparición en su territorio de un caso o casos auténticos u oficialmente sospechosos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático o cualquier otro tipo de enfermedad peligrosa o contagiosa que sea

factible su propagación mediante el comercio internacional.

Por lo que se refiere a la notificación, mencionada en el párrafo anterior, es importante resaltar la interpretación dada por la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana que establece que la notificación de los casos de enfermedades a que hace referencia el Código Sanitario Panamericano "... es una obligación aplicable solamente al primer caso o casos que aparezcan en un país, que previamente se haya considerado libre de estas enfermedades." (16)

Y por lo que se refiere a enfermedad peligrosa o contagiosa, se está a la interpretación del Código Sanitario Panamericano aprobado en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana que la define como "... toda enfermedad que se presente con carácter epidémico. La obligación de notificar a los países adyacentes se extiende también a todos los países americanos. (17)

Dicha notificación debe acompañarse de informes nacionales, que contendrán los requisitos establecidos en el Artículo V del Código Sanitario Panamericano :

- a) El área en donde la enfermedad ha aparecido
- b) La fecha de su aparición, su origen y su forma
- c) La fuente probable o el país del cual se introdujo y la manera como se efectuó la introducción
- d) El número de casos confirmados y el número de defunciones ocurridas

(16) Vid.; Memorándum de interpretación del Código Sanitario Panamericano aprobado en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana; OPS; Documento Oficial No.22 ; p.p. 1.

(17) Vid.; Memorándum de interpretación del Código Sanitario Panamericano - aprobado en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana; Ob. cit. ---- p.p. 1 .

e) El número de casos sospechosos y de muertes

f) Además (cuando se trata de la peste bubónica) la existencia entre las ratas de la peste bubónica o de una mortalidad anormal entre las ratas o roedores; cuando se trata de la fiebre amarilla se expresará el índice de los *Aedes aegypti* de la localidad

g) Las medidas que se han aplicado para impedir la propagación de la enfermedad y para el exterminio de la misma

La notificación así como los informes deben enviarse a los representantes diplomáticos o consulares residentes en la capital del país infectado y a la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana ubicada en Washington, D. C., que a su vez dirigirá la información a todos los países interesados, así de esta manera proseguirá enviando comunicaciones a los demás Gobiernos informando la situación imperante, estas las debe hacer por lo menos una vez a la semana indicando las medidas adoptadas en contra de la enfermedad.

Los medios empleados para tal fin, son el telégrafo, el cable submarino o la radiotelegrafía, para estos casos, los informes deben ser confirmados por cartas.

Se puede utilizar el correo para aquellos casos en que los informes puedan transmitirse rápidamente por este medio.

A los países vecinos que presenten problemas de tipo local que no tengan un alcance de índole internacional deben adoptar sus propias medidas especiales para su control.

Los Gobiernos Signatarios, por su parte, han convenido en que cuando aparezca alguna de las enfermedades enumeradas por la Oficina Sanitaria Panamericana, y cualquier otra enfermedad

contagiosa de carácter epidémico en su territorio, pondrán en práctica medidas sanitarias que garanticen la no transmisión internacional de estas enfermedades por medio de pasajeros, tripulación, cargamento y buques, así como mosquitos, ratas, piojos y otras sabandijas a bordo de buques, mismos que inmediatamente deberán notificar a cada uno de los países signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana la índole y extensión de las medidas sanitarias aplicadas.

3.- ESTADISTICA DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

A este respecto, el Código Sanitaria Panamericano establece que todas las naciones signatarias para el intercambio de informes a cerca de la mortalidad y morbilidad, estará a la clasificación internacional de las causas de defunción.

La Oficina Sanitaria Panamericana debe reimprimir periódicamente dicha clasificación.

Por su parte, cada uno de los Gobiernos Signatarios están obligados a poner en práctica un sistema idóneo para recoger y expedir los datos estadísticos demográficos, que debe incluir :

a) Una oficina central de estadística que estará bajo la dirección de un funcionario competente en la recolección y redacción de estadística.

b) Oficinas de Estadísticas Regionales .

c) La expedición de leyes, decretos o reglamentos que establezcan la pronta notificación de nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles por parte de los funcionarios de sanidad, médicos, parteras y hospitales, y para imponer penas, en el caso de que se dejen de hacer oportunamente dichos informes.

CAPITULO III

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA SALUD EN MEXICO

- A) BASES CONSTITUCIONALES**
- B) LEY GENERAL DE SALUD**
- C) OTRAS DISPOSICIONES**

FUNDAMENTOS LEGALES DE LA SALUD EN MEXICO

Antes de iniciar el desarrollo del presente capítulo, creemos conveniente establecer que la Constitución mexicana no da un concepto de lo que es la salud, únicamente lo plantea el tema como salubridad, entendida ésta como el conjunto de servicios gubernativos encargados de este sector, y es en la adición realizada a nuestra Carta Magna publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana del día 30. de febrero de 1983 que se introduce el derecho a la protección de la salud, pero aún así no se determina el concepto de salud como tal.

De acuerdo a esto, México decidió desde un punto de vista doctrinal seguir la conceptualización dada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que a la letra dice : " La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ", texto que puede verse mencionado en la Exposición de Motivos realizada para la iniciativa de Adición al Artículo 40. Constitucional. (18)

A) BASES CONSTITUCIONALES

Primeramente para definir las bases constitucionales del derecho a la protección de la salud, tenemos que ver la garantía constitucional contenida en el Art. 40. es de carácter social y de ahí partiremos para decir que con la creación del -

(18) Vid.; Exposición de Motivos correspondiente a la Iniciativa de Adición al Artículo 40. Constitucional (Resumen); Secretaría de Salud; p.p. 12 .

Derecho Social podemos ver las acciones prioritarias que favorecen a las grandes masas populares, haciendo suya la responsabilidad de proporcionar la prestación de servicios que satisfagan esas necesidades, entre las que se encuentran los servicios de salud que son la esencia y punto de partida del derecho contenido en esta garantía. (19)

Aquí resulta importante hacer mención a la diferencia que existe entre las garantías individuales y las sociales; por lo que concierne a las primeras, que son la de libertad, igualdad, propiedad y seguridad jurídica, estas solo establecen la obligación de no hacer para el Estado, mientras que las sociales disponen la elaboración de un programa para el poder público en el empleo, la vivienda, la educación, etc., y para lo que a nosotros nos interesa que es la salud, nuestra Carta Magna impone al gobierno y a los sectores que este dirige a llevar a cabo a través de todos los medios el efectivo cumplimiento de esta garantía.

De esta manera, podemos considerar que el punto central del sistema jurídico del derecho a la protección de la salud se encuentra contenido en el Art. 4o. Constitucional que encierra una garantía social marcando las directrices de los sistemas jurídicos que hacen posible su eficaz cumplimiento.

Por lo que toca a este Art. 4o. Constitucional que textualmente establece : " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases para el acceso -

(19) Cfr.; Ruiz Massieu, José Francisco; Una ley para una sociedad igualitaria; Derecho Federal Mexicano; 5a.edición; Ed. Porrúa, S.A.; México; 1983; p.p. 22.

a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. "

De la lectura de esta tercera fracción de dicho artículo se pueden definir los siguientes puntos :

1.- Este es un derecho social que sobresale del concepto de garantías individuales, puesto como ya se mencionó anteriormente, además de encerrar el disfrute y respeto de ese derecho, implica la responsabilidad del Estado mexicano a hacer efectivo su cumplimiento a través de un programa (prestación de los servicios de salud).

2.- Este artículo al referirse a " Toda persona... ", incluye la protección tanto al mexicano como al extranjero que se encuentre en nuestro territorio, o sea, que protege a todo ser humano tan solo por el hecho de serlo sin necesidad de tomar en cuenta otro requisito (raza, sexo, edad, religión).

3.- Por lo que concierne a las frase "... derecho a la protección de la salud. ", podemos establecer que la salud es un valor esencial de todo individuo y de la sociedad en general, considerando que el desarrollo de un país sería imposible de lograr si su colectividad no gozara de salud.

Es claro que al incorporarse este derecho a nuestra Carta Magna se plasmó la frase " derecho a la protección de la salud " porque objetivamente además de encerrar esta garantía el cumplimiento por parte del Estado mexicano de sus obligaciones - (programas), están las acciones de los individuos, ya que los

derechos sociales encierran una acción positiva por parte de la sociedad, traduciéndose en la cooperación que debe existir entre el Estado y cada individuo y su colectividad. " Proteger la salud en lugar de asegurar el goce de la salud se presenta como una postura programática mucho más sensata y viable. " (20)

Así nos permitimos mencionar que "... salud no solo se entiende la ausencia de enfermedad, sino aquel estado de bienestar que se logra en un individuo o en una colectividad cuando existe la armonía de condiciones favorables para la existencia biológica, psicológica y social. " (21)

4.- Por lo que se refiere a que la ley establecerá las formas de acceso a los servicios de salud que son prestados por el Estado y por organizaciones particulares bajo la dirección del poder público, encontramos que estas bases y modalidades se encuentran previamente contenidas en la ley reglamentaria de esta garantía constitucional que es la Ley General de Salud, misma que en su artículo 23 nos define en qué consisten los servicios de salud :-
 "... son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. " tarea que se encarga de desempeñar el Estado.

Es importante mencionar que será la propia ley la que establecerá las consideraciones pertinentes para los recursos que

(20) Ruiz Massieu, José Francisco y Valdés, Diego; Nuevo Derecho Constitucional Mexicano; 2a.ed.; Ed.Porrúa, S.A.; México; 1984; p.p. 418.

(21) Vid.; Rivero Serrano, Octavio; Hacia un Sistema Nacional de Salud; UNAM;-México; 1983; p.p. XIII.

deberá disponer el Estado para la prestación de los servicios de salud. (Art. 19 Ley Gral. de Salud)

5.- Por lo que corresponde a la participación de la Federación y de las entidades federativas, aquí se establece la descentralización en lo concerniente a salubridad general para dar paso a la acción de las entidades federativas, así que remitiéndonos a la Ley General de Salud podemos ver que los gobiernos de dichas entidades deberán planear, organizar y desarrollar en sus territorios sistemas estatales de salud que servirán para consolidar y llevar a cabo el Sistema Nacional de Salud. (Art. 9o.)

Con lo anterior, podemos ver que a través de esta disposición se regresa al orden sanitario original en el que se trata de buscar soluciones a los problemas sanitarios en el mismo lugar donde se originen.

6.- En la última parte de esta tercera fracción del Artículo 4o. de la Carta Magna, tenemos que el Art. 73 de la misma Constitución, complementa las disposiciones jurídicas del derecho a la protección de la salud, mismo que detalla las facultades del Congreso al señalar :

" XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanos, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República :

1.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán

obligatorias en todo el país.

2.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país. "

El Consejo de Salubridad General fue creado por la Constitución y depende directa y exclusivamente del Presidente de la República y hasta la fecha está vigente.

El Departamento de Salubridad, es un órgano dependiente del Poder Ejecutivo Federal, que posteriormente fue denominado Secretaría de Salubridad y Asistencia y que en la actualidad es la Secretaría de Salud.

Dando continuidad a este apartado del presente capítulo, podemos mencionar que a lo largo de nuestra Constitución hay varias disposiciones que de alguna manera están vinculadas a la protección de la salud como son los Artículos 3o., 11, 16, 38, 73, 115, 117 y 123.

a) **Art. 3o.** : Hace mención al analfabetismo al establecer que " La educación que imparta el Estado - Federación, Estados, Municipios - tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia :

I.- Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias,

el criterio que orientará a dicha educación se mantendrá por completo ajeno a cualquier doctrina religiosa y, basado en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios. "

b) Art. 11 : Menciona las limitaciones a la libertad de tránsito que imponen las leyes por salubridad general de la República :

" Todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto y otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades ...de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República... ".

c) Art. 16 : Establece la facultad que tiene la autoridad administrativa para cerciorarse de que se han cumplido con los reglamentos sanitarios al señalar :

" Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento... La autoridad administrativa podrá practicar visitas domiciliarias únicamente para cerciorarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios... ".

d) Art. 38 : Hace referencia al alcoholismo cuando señala que los derechos o prerrogativas de los ciudadanos se suspenden :

" IV.- Por vagancia o ebriedad consuetudinaria, declarada en los términos que prevengan las leyes. "

e) **Art. 73** : Que define las facultades del Congreso, en lo que concierne a la contaminación ambiental y al alcoholismo al señalar :

" XVI.- 4a. Las medidas que el Consejo de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el acoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;

XXIX.- Para establecer contribuciones :

5.- Especiales sobre :

...

e) Aguamiel y productos de su fermentación

g) Producción y consumo de cerveza. "

f) **Art. 115.-** Hace referencia al agua potable, alcantarillado y servicio de limpieza, al establecer lo siguiente :

" Los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el municipio libre, conforme a las bases ----- siguientes :

III.- Los municipios, con el concurso de los estados así fuere necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos :

a) Agua potable y alcantarillado;

...

c) Limpia

...

f) Rastro... ".

g) Art. 117 : Habla del alcoholismo cuando menciona que los Estados no pueden, en ningún caso :

" IX.- Gravar la producción, el acopio o la venta del tabaco en rama, en forma distinta o con cuotas mayores de las que el Congreso de la Unión autorice.

El Congreso de la Unión y las legislaturas de los Estados dictarán, desde luego, leyes encaminadas a combatir el ----- alcoholismo. "

h) Art. 123 : Hace referencia a la salud ocupacional :

" Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley.

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán :

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados, domésticos, artesanos, y de una manera general, todo contrato de trabajo:

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia, tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos;

XII ... Queda prohibido en todo centro de trabajo; el --

establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juegos de azar;

XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario;

XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso;

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y familiares;

...

B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito

Federal y sus trabajadores :

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas :

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley... "

Así mismo, la Constitución también preveé que todo patrón está obligado " a proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas " (apartado A, fracc. XII del Art. 123), y esta misma fracción establece que las negociaciones situadas fuera las poblaciones, están obligadas a establecer " enfermerías y demás

servicios necesarios a la comunidad " quedando prohibido " en todo centro de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes... " (párrafo último).

B) LEY GENERAL DE SALUD

El derecho a la protección de la salud está reglamentado por la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación Mexicana el día 7o. de febrero de 1984 y entró en vigor el día 1o. de julio del mismo año.

Como característica principal de esta ley podemos mencionar que es la base de una serie de programas que dan paso al cumplimiento del Art. 4o. Constitucional.

La Ley General de Salud (L.G.S.) creó un instrumento operativo llamado Sistema Nacional de Salud, en la que previó la asistencia de las entidades federativas de la Unión para su funcionamiento y consolidación, quedando a la cabeza de este y de todas las acciones de salud la Secretaría de Salud; este Sistema reúne a todos los servicios de esta índole y está formado por las dependencias y entidades de la administración pública (federal y local), por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud. (22)

Este Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad única dar cumplimiento y efectividad al derecho a la protección de la salud; al respecto, la Ley General de Salud estableció la asistencia de

(22) Vid.; Ruiz Massieu, José Francisco; Una ley para una sociedad igualitaria; Derecho Federal Mexicano; 5a. ed.; Ed. Porrúa, S.A.; México; p.p. 22 .

las entidades federativas en el funcionamiento de este Sistema.

Es importante señalar, que el Estado Mexicano realiza funciones importantes para la coordinación del sector salud, entre las que se encuentran la concertación o acuerdos de acciones entre el Estado y la sociedad civil a través de los sectores que la forman :

1) Sector social : Son las agrupaciones laborales y campesinas

2) Sector privado : Son parte de la población que realizan actividades de manera libre y personal, y su clasificación se encuentra en el Art. 34 L.G.S. :

" ... los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

I.- Servicios públicos a la población en general,

II.- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, prestan las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

III.- Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y

IV.- Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria. "

Los servicios públicos de salud que se prestan a la población en general se cobran con una cantidad económica llamada cuota de recuperación, que se establece de acuerdo al costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario; estas cuotas se fundan en principios de solidaridad social. (Art. 36 L.G.S.)

Por lo que hace a los servicios de salud privados, la misma

ley en su Art. 38 menciona que son los prestados por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios y que pueden ser contratados directamente por estos o a través de seguros individuales o colectivos.

La Secretaría de Salud tiene a su cargo el promover la participación de estos sectores en el Sistema Nacional de Salud.

Para los acuerdos de las acciones entre la Secretaría de Salud y los sectores social y privado se llevarán acabo por medio de convenios y contratos (definición de responsabilidades, acciones de orientación y apoyo, etc.) Art. 11 L.G.S.

Cabe resaltar, que el Sistema Nacional de Salud se compone de tres sectores : (Art. 5 L.G.S.)

1.- Dependencias y entidades de la administración pública - (federal y local)

2.- Personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud

3.- Los mecanismos de coordinación de acciones de salud

Las instituciones del sector público llamadas Sector Salud que prestan los servicios más importantes son :

- Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
- Sistema de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos

Al respecto la Ley General de Salud en su Art. 23 define qué son los servicios de salud "... todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. "

PROMOCION DE LA SALUD

En este aspecto, es importante tomar en cuenta la responsabilidad del Estado en relación a la salud de la población, ya que no solo se limita a prestar servicios de salud, sino a crear actitudes y conductas que evitan las enfermedades.

Por estas razones la Ley General de Salud da a la promoción de la salud un lugar relevante, ya que las disposiciones que establece al respecto tiene por objeto "... crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. " (Art. 2o. L.G.S.)

Los cuatro grandes campos que esta Ley contempla y define en su Título Séptimo para la promoción de la salud son :

- a) Educación para la Salud
- b) Nutrición
- c) Control de los efectos del medio ambiente en la salud
- d) Salud ocupacional

Dentro de estos, la Ley General de Salud presta especial atención a la Educación para la Salud en la que establece como sus objetivos : (Art. 112)

1) Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que permitan al individuo participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse contra los riesgos que pongan en peligro su salud;

2) Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

3) Orientar y capacitar a la población en aquellas materias que repercuten en su salud (nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, etc.)

Por lo que se refiere a la protección de la salud, esta está relacionada con la prestación de los servicios de salud, mismos que quedan sujetos a la regulación de la Ley, independientemente del carácter de los prestadores.

En lo que concierne a las modalidades de acceso, la Ley establece principios generales que deben regir la prestación de los servicios, destacando los de universalidad y gratuidad.

C) OTRAS DISPOSICIONES

En relación a este rubro, mencionamos que el Estado mexicano ha sido tradicionalmente el prestador directo de los servicios de salud y el de mayor importancia para la población abierta, esto lo lleva a cabo a través de la Secretaría de Salud, por intermedio de la seguridad social como en el IMSS y del ISSSTE, o bien, por concepto de asistencia social (DIF).

El IMSS y el ISSSTE son las prestadoras de servicios de seguridad social, lo que representa para México una labor

importante para proteger la salud de los trabajadores. Cada una de sus instituciones cuenta con leyes específicas que regulan su funcionamiento y la prestación de servicios de salud.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD APLICADOS A MEXICO A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

- A) SALUD PARA TODOS : ORIENTACIONES ESTRATEGICAS
Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS 1991 - 1994 (OPS)
 - 1.- Estado Actual
 - 1.1 Objetivos
 - 1.2 Plan de desarrollo

- B) PLAN NACIONAL DE SALUD (MEXICO)
 - 1.- Estado Actual
 - 1.1 Objetivos
 - 1.2 Plan de desarrollo

- C) DEFICIENCIAS DE LOS PROGRAMAS

- D) PERSPECTIVAS FUTURAS

**ANALISIS DE LOS PROGRAMAS DE LA ORGANIZACION
PANAMERICANA DE LA SALUD APLICADOS A MEXICO
A TRAVES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD**

**A) SALUD PARA TODOS : ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y
PRIORIDADES PRGRAMATICAS 1991 - 1994 (OPS)**

Como antecedente primordial, nos permitimos establecer que para el año 1977 se llevó a cabo la 30a. Asamblea Mundial de la Salud, en la que los Estados Miembros de la OMS decidieron que la principal meta de sus gobiernos y la OMS para lo que quedaba del presente siglo debería ser " el logro para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva " (23), lo que con posterioridad se conoció como Salud para Todos en el Año 2000.

En ese mismo año los Ministros de Salud de las Américas en su IV Reunión decidieron adoptar la meta de Salud para Todos, tomando una política regional que definió la atención primaria como estrategia para ampliar los servicios para dar satisfacción a las necesidades de los pobres.

Posteriormente, en el año de 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada por la OMS y el UNICEF celebrada en Alma - Ata, URSS, de la que se derivó la " Declaración

(23) Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 477.

de Alma - Ata ", que posteriormente fue adoptada por la Asamblea de la Salud en 1979; esta Declaración afirmó que la estrategia mundial esencial es la atención primaria de salud.

1980 E S T R A T E G I A S

Al inicio de la década de los 80's, los países de la Región evaluaron el progreso y las fallas en el desarrollo de los programas de salud anteriores y en base a la experiencia obtenida formularon un nuevo plan en el que se pudo incluir aumento en la esperanza de vida al nacer, mayor control de las enfermedades transmisibles, entre otros. (24) Así mismo, se visualizó una organización insuficiente en la administración de los sistemas nacionales de atención a la salud. Por lo que para el año de 1980 la gran mayoría de los países ya habían definido sus estrategias a nivel nacional para dar cabida a la meta de Salud para Todos, sus planes fueron a largo plazo para poder otorgar cobertura universal de salud.

Los objetivos principales para dar cumplimiento a la meta fueron aprobados en 1980 por el Consejo Directivo y que a saber son los siguientes :

1.- Ningún país tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años

2.- Ningún país tendrá una mortalidad de niños de uno a cuatro años de edad superior a 2.4 defunciones por 1,000 nacidos de esas

(24) Vid.; Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A., 1992; p.p. 478.

edades

3.- Ningún país tendrá una mortalidad infantil mayor de 30 defunciones por 1,000 nacidos vivos

4.- Se proporcionarán servicios de inmunización a 100 % de los niños menores de un año de edad contra las principales enfermedades de la niñez y esa cobertura se mantendrá durante la primera década del siglo

5.- El acceso a los servicios de salud se ampliará al 100 % de la población

1981 Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales

En lo que se refiere a este rubro, la OPS preparó y adoptó el Plan de Acción con el objetivo de asegurar que toda la población tenga acceso a servicios de salud subrayando la importancia de los principios de equidad, solidaridad, justicia social y participación de la comunidad.

Este Plan dió prioridad a los niños, mujeres en edad reproductiva, los ancianos e incapacitados, y para los servicios de salud estos debían ampliarse.

En sí, podemos afirmar que este Plan de Acción sirvió de base para los lineamientos nacionales y regionales en la aplicación de los programas de salud en el transcurso de la década de los 80's y en las posteriores.

1986 Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS --- (1987 - 1990)

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1986 observó la necesidad de renovar y reorientar las actividades y

recursos del sector salud; del mismo modo, consideró que la cooperación técnica de la OPS debería centralizar los recursos en las áreas que causen un efecto importante en el desarrollo nacional de la salud.

La Conferencia resolvió que la Organización debería prestar especial atención a :

- La definición de las funciones de los trabajadores de salud, reconocimiento de la importancia de la participación de la comunidad e integración de la promoción, educación y capacitación del personal y comunidad en salud.

1988 Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud

Este desarrollo fue necesario debido a la falta de acceso a los servicios de salud por una gran proporción de la población en muchos de los países que conforman las Américas, derivada de la crisis económica ; por lo que en 1988 el Consejo Directivo de la OPS adoptó la resolución destinada a desarrollar y fortalecer los SILOS con una participación más activa de la población en la promoción de la salud, la provisión de servicios y asegurar la responsabilidad social y administrativa esencial para el logro de servicios eficaces.

1991 Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas - (1991 - 1994)

En el año de 1990 la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana formuló los lineamientos para el trabajo de ls OPS y los Estados Miembros para el presente cuatrienio, tomando en consideración las condiciones de salud prevalcientes en la Región y los desafíos

latentes para asegurar la transformación futura del sector a fin de satisfacer las necesidades de salud poblacionales.

El desarrollo inherente a este rubro será llevado a cabo con posterioridad en este mismo capítulo.

1.- ESTADO ACTUAL

La Salud en el Desarrollo 1983 - 1992

El progreso científico y tecnológico mundial durante estos diez últimos años ha sido magnífico, de ese adelanto tenemos, entre otros, la creación del disco compacto, la microcomputadora, la computadora portátil que pesa menos de un kilo.

Por lo que se refiere al área de salud, tenemos que un grupo de investigadores de los E.U.A. y Francia descubrieron el SIDA, los cirujanos utilizaron rayos láser para limpiar las arterias obstruidas, se practicó el primer transplante triple (corazón, pulmón e hígado), etc. (25)

Así mismo, es conveniente mencionar que la naturaleza desató una serie de graves desastres en estos años. En 1985 un terremoto devastador en la Ciudad de México que cobró más de 10,000 vidas, una erupción volcánica en Colombia ocasionó más de 23,000 muertos, en 1989 fue el año más caluroso del que se tuviera noticia, por lo que de esta manera el medio ambiente se le dió un lugar primordial a nivel mundial.

(25) Vid.; Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 430.

Se registra que la población de las Américas alcanzó 735 millones en 1991 y se calcula que la cifra llegará a los 835 millones para el año 2000, esto hace que la situación se torne aún más difícil en el campo de la salud, ya que se estima que para los finales del presente siglo unas 10 ciudades de América Latina tendrán 1'000,000 ó más de habitantes y 15 tendrán más de 4 millones, a este crecimiento desmesurado debemos aumentarle los movimientos migratorios que han pasado a ser un fenómeno demográfico, entre 1985 y 1990 el número de refugiados aumentó de 360,000 a 1'200,000 . (26)

Del presente documento, objeto de este rubro, es de notarse que del acelerado crecimiento poblacional se presentaron serios problemas de insuficiencia de la infraestructura, contaminación, desempleo, violencia y marginalidad, imponiendo exigencias a los servicios de salud. Las condiciones de salud mostraban problemas vinculados con la pobreza (enfermedades transmisibles y malnutrición).

Los servicios de salud presentaban serios problemas ya que no había coordinación entre las instituciones asistenciales, escaseaba el personal capacitado y los servicios de atención a la salud eran insuficientes. Tomando en cuenta la gravedad de la situación, los países buscaron la manera de consolidar la planificación y la administración para mejorar la capacidad del sector salud

(26) Cfr.; Informe anual del Director 1991; OPS; Documento Oficial No.249; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 87

organizando y utilizando recursos de otros sectores.

Orientaciones de Política

En 1982, la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió un nuevo Director, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, del Brasil, y en 1986 y 1990 la XXII y XXIII Conferencias lo reeligieron, con él a la cabeza la Organización se ha guiado por los principios de que -
 " ... cada ciudadano tiene el derecho fundamental a la atención a la salud, y que esta no solo es resultado del progreso socioeconómico, sino condición necesaria para alcanzar ese progreso. " (27)

Frente a los problemas que se plantearon párrafos anteriores, la Organización decidió reorientar los fines principales de su actividad, adoptando una serie de políticas encaminadas a mejorar los niveles de salud, transformar la infraestructura de estos servicios y favorecer y estimular la relación entre salud y desarrollo.

Así tenemos que para 1983, la aprobación de la Estrategia de gestión para la utilización de los recursos de la OPS / OMS en apoyo directo a los Países Miembros, tenía como finalidad propiciar la cooperación técnica por parte de la Organización. La estrategia abarcaba cinco puntos fundamentales :

a) El país constituye la unidad básica para la realización de actividades de cooperación en salud

(27) Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 431.

b) Los Gobiernos participan en la administración de la cooperación prestada por la OPS

c) Esta cooperación debe ser flexible y capaz de adaptarse a las condiciones cambiantes de los países y de la Región

d) Debe aprovecharse y promoverse al máximo la cooperación técnica entre los países

e) Deben fortalecerse los vínculos entre la Organización y otras entidades, tanto nacionales como internacionales

Para el año de 1986, en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó un marco nuevo de acción cuatrienal denominado **Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987 - 1990**, destacando la necesidad de transformar los servicios de salud abarcando tres áreas :

a) El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud (atención primaria)

b) La atención a los problemas prioritarios de salud de los grupos vulnerables

c) La administración del conocimiento

En la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en el año de 1990, se revisó el curso del trabajo futuro de la Organización y se adoptaron las **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la OPS en el cuatrienio ----- 1991 - 1994**. Esta revisión actual sigue siendo objetiva y representa para la Organización el perfeccionamiento en sus directrices, dándole importancia a la salud en el desarrollo.

La Organización estableció que los servicios de salud se organicen y administren en base a los principios de equidad,

cobertura universal, participación y eficiencia.

La atención integral de la salud requiere que los países modifiquen sus sistemas de salud. Los Gobiernos Miembros respaldaron el concepto de descentralización mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) para crear responsabilidad a nivel local. La participación social es importante para descentralizar las actividades (trabajadores en las campañas y programas de salud, en la toma de decisiones y control de las actividades).

La comunicación social, toma papel relevante en la divulgación de temas de salud en los medios de comunicación de masas, escuelas y foros de la comunidad, permite que el público bien informado trabaje por la salud individual y colectiva y apoye los servicios locales de salud.

La mujer en la salud y en el desarrollo, en lo referente a esta política, la Organización ha puesto gran interés en el cuidado de la salud de ellas y por integrarlas a todas las actividades.

La importancia otorgada a la promoción de la salud reconoce que el bienestar es el producto no solo de un sector, sino de la sociedad en su conjunto, y que los estilos de vida sanos tienen influencia sobre la salud, pueden prevenirse las enfermedades y mejorar la calidad de vida. (28)

La estrategia de cooperación técnica entre los países dió importancia a la promoción de la investigación en aspectos de salud

(28) Cfr.: Informe Anual del Director 1991; OPS; Documento Oficial No. 249; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 102.

y al desarrollo de tecnología, así como a la capacitación y adiestramiento.

Actividades de los Programas

a) Desarrollo de las Políticas de Salud

Este rubro se convirtió en una nueva esfera de actividad para la OPS durante este período.

Se dió especial atención al fortalecimiento de la capacidad de los sectores nacionales de salud y se hizo hincapié en que la planificación de cada país en materia de salud esté acorde con las políticas nacionales de desarrollo.

La Organización inició en 1990 el proyecto denominado -- " Democracia y Salud " para promover la introducción de la salud en los programas de trabajo de las legislaturas de los países y concientizar a los responsables de las políticas en la importancia de la salud para el desarrollo nacional.

b) Transformación de los Servicios de Salud

Los Ministros de Salud de la Región avocaron sus esfuerzos en reorientar la distribución de los recursos con la finalidad de aumentar al máximo la cobertura de los servicios.

En 1988 la OPS (Consejo Directivo) aprobó la estrategia para desarrollar los sistemas locales de salud con la finalidad de descentralizar los servicios prestando atención primaria.

c) Desarrollo de Recursos Humanos

Considerando que el factor más importante para el éxito de los programas de salud es el personal debidamente capacitado y adiestrado. La Organización preparó perfiles sobre las necesidades

de personal, ya que gracias a estos trabajadores se permitirá el acceso universal a los servicios de salud en atención primaria, estos esfuerzos especiales estaban dirigidos a la promoción de la salud y en la preparación de líderes en este sector que involucren a su comunidad.

d) Salud ambiental

Las grandes urbes de miseria en las principales ciudades de América Latina han originado que el número de personas carentes de los servicios básicos aumenten en desproporción a la capacidad real de atención, por lo que las consecuencias de esta pobreza son : Bajo peso al nacer, niños abandonados, peligros ambientales, abuso de drogas, malnutrición y multitud de situaciones nocivas para la salud. Al mismo tiempo, la industrialización y el desarrollo urbano contribuyeron a aumentar los riesgos para la salud al exponer a la población a sustancias tóxicas que contaminan ----- el aire. (29)

Para hacer frente a estos problemas, y en respuesta a la epidemia de cólera de 1991 - 1992, la Organización inició un plan nivel regional de inversiones en ambiente y salud que se propone movilizar \$US200,000 millones para dar apoyo a este sector.

La Organización participó en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, llevada a cabo en Río de Janeiro en junio de 1992, en la que se adoptó el " Programa

(29) Vid.; Informe Anual del Director 1991; OPS; Documento Oficial No. 249; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 107.

21 ", que enmarca disposiciones para la protección a la salud, la atmósfera, el suministro de agua y el manejo ecológicamente racional de las sustancias tóxicas, entre otros.

e) Control de enfermedades

La OPS cooperó con los países para establecer y mantener programas de control de la malaria, la esquistosomiasis, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, la filariasis, el dengue, la fiebre amarilla, la tuberculosis, la hepatitis vírica, la peste, etc. y se centró en mejorar el conocimiento epidemiológico de estas enfermedades.

f) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

La propagación de la epidemia del SIDA en las Américas condujo a la creación formal en el año de 1987 de un programa para la prevención y control de esta. La cooperación se basó en la creación de laboratorios, verificación y vigilancia a nivel nacional y regional de casos.

En 1992, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron las estrategias para combatir el SIDA, dando importancia especial a mujeres, adolescentes y niños.

g) Salud Maternoinfantil

Como dato principal encontramos que la mayoría de los países integraron la planificación familiar a sus programas nacionales de salud.

Las actividades de la Organización se afocaron en la vigilancia de :

- Crecimiento y desarrollo de los niños hasta los 5 años de

edad

- Control de enfermedades diarreicas
- Infecciones respiratorias agudas
- La inmunización integral de todos los niños durante el primer año de vida
- Suministro de suplementos alimenticios
- Planificación Familiar
- La atención del recién nacido

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) aumentó la cobertura de vacunación, ya que para 1992 la cobertura alcanzó un 80% del mismo.

Para el año 2000, los adolescentes y los adultos jóvenes, que actualmente representan un 25% de la población, llegarán a unos - 110 millones en América Latina y el Caribe, por lo que las actividades de la OPS se centraron en fomentar programas del abuso de drogas, el aborto y los embarazos en adolescentes.

h) Promoción de la Salud

La OPS enfatizó la importancia que trae consigo la promoción de un estilo saludable de vida, el mejoramiento de los servicios de salud para los adultos y los ancianos.

La Organización precedió un estudio sobre prevención y control de enfermedades cardiovasculares crónicas; instó a la integración de actividades por medio de estrategias para la atención primaria; a la realización de campañas contra factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la mala atención y los hábitos sedentarios.

En el campo del uso indebido de drogas, se convirtió en un

problema que se acentuó en estos diez años. En las ciudades de los E.U.A. cada vez es más común en ella el consumo de CRACK, derivado de la cocaína. Los Cuerpos Directivos emprendieron la lucha continental contra la farmacodependencia, el abuso y tráfico de drogas a través de la introducción del control de uso indebido de drogas en los programas de salud. (30)

Para mejorar la salud de los ancianos, la OPS enfatizó y trabajó para que se diera caviada en el sector salud al mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos.

Asimismo, trabajó arduamente con los sistemas nacionales de salud, para la adopción de conductas sanas a nivel individual y colectivas, en la capacitación y adiestramiento de personal comunitario como el adscrito al sector salud.

Es digno de mencionarse, que entre las recientes contribuciones de la OPS está la actividad que ha realizado en el campo de la traducción mecánica, que estableció la elaboración de una serie de programas de computación para obtener versiones en inglés de textos redactados en español (SPANAM) y otro del inglés al español (ENGSPAN). (31)

-
- (30) Vid.; Las condiciones de la Salud en las Américas (México);
 -Organización Panamericana de la Salud; Oficina Sanitaria Panamericana;
 -Oficina Regional de la OMS; Publicación Científica No.234; 1990; ---
 p.p. 12.
- (31) Vid.; Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana;-
 Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 445.

Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas**1991 - 1994****1.1 O B J E T I V O S**

Como ya se mencionó anteriormente, durante la celebración de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en la que se elaboraron los planes de trabajo para la OPS en el presente período, se aprobaron las nueve Orientaciones Estratégicas que pasaron a ser las directrices que necesitan adoptar para este cuatrienio los sistemas nacionales de salud para avanzar efectivamente en la consecución de la meta Salud para Todos en el Año 2000.

El proceso de desarrollo implica necesariamente el mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de la población, este desarrollo tanto económico y social trae consigo la mejor distribución tanto del ingreso como del acceso a servicios sociales básicos (educación, salud, etc.).

Las Orientaciones Estratégicas son :

- a) La salud en el desarrollo
- b) La reorganización del sector salud
- c) La concentración de acciones en los grupos de alto riesgo
- d) La promoción de la salud
- e) La utilización de la comunicación social en la salud
- f) La integración de la mujer en la salud y el desarrollo
- g) La administración del conocimiento
- h) La movilización de los recursos
- i) La promoción de la cooperación técnica entre los países

Por otro lado, la citada Conferencia enfatizó en las

siguientes **Prioridades** para el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud, como complemento a las Orientaciones Estratégicas para este período :

- a) Análisis del sector y de la asignación de recursos
- b) Financiamiento sectorial
- c) Gestión de los SILOS y programación local
- d) Desarrollo tecnológico y desarrollo de recursos humanos

Y en lo que respecta a los **Programas de Salud**, la Conferencia consideró los siguientes :

- a) Salud y Ambiente
- b) Alimentación y Nutrición
- c) Estilos de vida y factores de riesgo
- d) Control y/o erradicación de las enfermedades prevenibles
- e) Salud maternoinfantil
- f) Salud para los trabajadores
- g) S I D A
- h) Farmacodependencia

Dentro de las Orientaciones Estratégicas, tenemos que la **SALUD EN EL DESARROLLO** es considerada como básica, ya que implica reducir las desigualdades sociales ante la salud, elaborar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mayorías, especialmente de los grupos más desvalidos y transformar los sistemas de salud sobre la base de **promoción de la salud** y una mayor participación ciudadana organizada. (32)

(32) Cfr.; Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994; OPS; Washington, D.C., E.U.A.; 1991; p.p. 71.

Las Orientaciones Estratégicas y las Prioridades Programáticas 1991 - 1994, establecen un conjunto de compromisos en salud que los Países Miembros deben cumplir.

Orientación Estratégica : PROMOCION DE LA SALUD

La Orientación Estratégica " PROMOCION DE LA SALUD " constituye una de las metas programáticas regionales cuatrienales para la OPS, siendo uno de los primeros pasos en el desarrollo operativo de estas políticas adoptadas por los Cuerpos Directivos, dentro de sus objetivos a desarrollar están :

a) Promover el desarrollo pleno y el uso integral de las capacidades humanas a través del fortalecimiento de la salud positiva entre los habitantes de los Países Miembros.

b) Promover el desarrollo de esquemas de acción intersectorial en salud y fortalecer los sistemas de apoyo social en favor de la salud a fin de mejorar las condiciones de vida de los grupos más afectados.

1.2 P L A N D E D E S A R R O L L O

En este aspecto, la OPS elaboró una serie de políticas y estrategias que deberán ser integradas a los sistemas nacionales de salud de los Países Miembros para poder dar alcance a las metas establecidas.

a) Formulación e instrumentación de políticas y programas de promoción de la salud, tanto nacionales como locales.

b) Fortalecimiento institucional del sector para ejecutar acciones promocionales y preventivas resulta fundamental, para lo

cual será muy importante articular redes que incorporen a los centros y grupos ya constituídos que trabajan en el campo de la salud y capacitar recursos humanos dentro y fuera del sector salud en esos renglones.

c) Deberá intensificarse el proceso de articulación de recursos del sector salud y de otros sectores, a fin de permitir el desarrollo de modelos operacionales de promoción de la salud que de expresión a las políticas públicas.

B) PLAN NACIONAL DE SALUD (M E X I C O)

Al elegir la Orientación Estratégica " PROMOCION DE LA-SALUD " del Plan de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, partimos de la base constitucional que establece : " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud... ", tarea que queda bajo la responsabilidad del Estado Mexicano consistente en proporcionar los servicios de atención a la salud, procediendo a vincular en equiparabilidad del Plan Nacional de Salud al rubro de " FOMENTO DE LA CULTURA DE LA SALUD ", porque a través de ella se puede lograr un cambio favorable en la forma de vida de los habitantes de nuestro país, modificando hábitos, conductas y costumbres. Esto como un factor condicionante para la salud del futuro, quea nuestro juicio, debe ser la MEDICINA PREVENTIVA.

Cabe señalar que el Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994, para el sector salud menciona : " Se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud - individual, familiar y colectiva; esto se hará a través de la -

educación para la salud y del desarrollo de acciones de fomento y protección, ...", para lo cual se necesita la participación activa de la comunidad, misma que se realiza a través de la promoción de la salud a los tres niveles nacional, estatal y local.

Otro punto que abarca el Plan Nacional de Desarrollo es el del Programa Nacional de Solidaridad, en el que establece la necesidad imperiosa de vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda, educación, promoción de la salud, etc.

1.- ESTADO ACTUAL

Las condiciones que presenta el país en Fomento a la Salud son las siguientes :

- Insuficientes acciones de Fomento a la Salud
- Mayor enfoque curativo que preventivo en las acciones de salud
- Persistentes problemas de salud ligados a la ignorancia, la indolencia y la pobreza
- Deficientes niveles de bienestar de la población, agravados por la condición socioeconómica actual del país
- Marcado desinterés e insuficiente organización de los sectores de la población para preservar y mejorar su nivel de salud
- Falta de coordinación de las organizaciones públicas y privadas, con y para la comunidad, en relación a los problemas de salud y bienestar
- Incremento marcado y acelerado en cuanto a la demanda de

atención curativa y los gastos que esto representa. (33)

1.1 O B J E T I V O S

El Plan Nacional de Salud para el período 1990 - 1994 - establece como su Objetivo General : "...impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos --- necesarios . "

Para continuar con este segmento, consideramos pertinente presentar un Cuadro Resumen extraído del Plan Nacional de Salud vigente, en el que se incluyen las políticas, estrategias y programas inherentes al Fomento de la Cultura de la Salud.

(Página 128).

PROGRAMA NACIONAL DE FOMENTO A LA SALUD

Este Programa es considerado como instrumento de cambio - social :

a) Propicia el desarrollo de la capacidad creativa de la comunidad

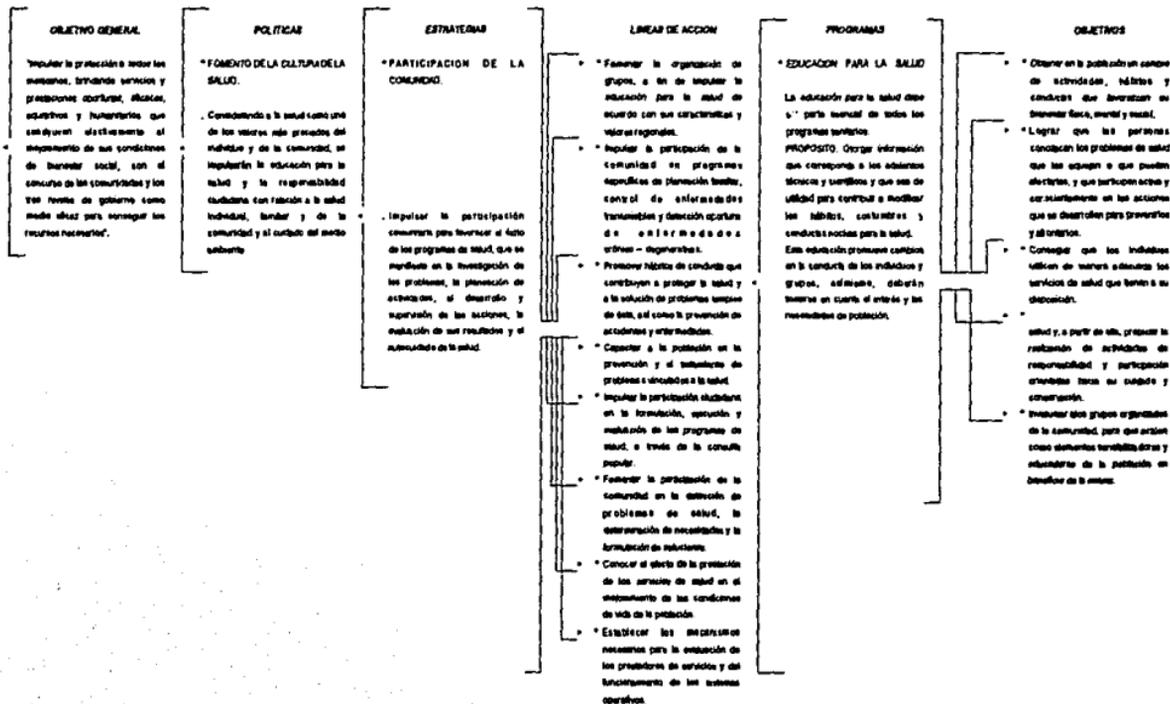
b) Estas acciones se extienden a los asegurados, derechohabientes y hacia grupos de población abierta

c) Pretende dar un cambio en las condiciones de vida de amplios grupos de población que conlleva la disminución de la -

CUADRO RESUMEN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD 1990-1994

PLAN
NACIONAL
DE
SALUD

1990-1994



morbilidad

d) Tiende a modificar los factores primarios que determinan la patología prevalente a través de un conjunto de acciones dirigidas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y adoptar hábitos y costumbres para el mejoramiento y autocuidado del bienestar físico, mental y social del individuo y de la colectividad

1.2. PLAN DE DESARROLLO

En el diagnóstico nacional de salud que es base para este programa nacional, se han establecido como causas principales de morbi-mortalidad las siguientes (ejes de atención) :

- a) Gastroenteritis en menores de un año
- b) Infecciones respiratorias en menores de un año
- c) Hipertensión arterial
- d) Diabetes mellitus
- e) Tuberculosis
- f) Embarazos de alto riesgo
- g) Riesgos de trabajo y accidentes viales y en el hogar
- h) Minusválidos
- i) Alcoholismo y Farmacodependencia
- j) Problemas de ansiedad y depresión
- k) Problemas de enseñanza-aprendizaje en niños de 4 a 14 años

Como factores primarios que de manera constante se interrelacionan y forman la causa principal de la patología citada anteriormente están :

- a) La cuantía del ingreso económico familiar
- b) El tipo y calidad de la alimentación

- c) Un déficit importante en educación para la salud
- d) La necesidad de prevención de riesgos de trabajo, accidentes viales y en hogar
- e) Saneamiento del medio ambiente, en la vivienda y en los centros de trabajo
- f) Servicios públicos municipales
- g) Higiene personal
- h) Integración familiar y social
- i) Capacitación y readaptación de minusválidos
- j) Recreación física y cultural
- k) Educación básica

Una vez establecidos estos factores primarios delimitaremos los programas como base de las actividades que deben realizarse por la población beneficiada en las líneas de acción.

Es importante advertir que durante el proceso de operación e implantación del Programa son autoridades responsables la Organización Delegacional, Zonal y Local, que trabajan con la participación de los equipos de salud, comités de derechohabientes, comités comunitarios y personal voluntariado, para la elaboración del diagnóstico de salud (delegacional, zonal y local). A su vez estos grupos deben recibir cursos intensivos de capacitación sobre el fomento a la salud y de estadística elemental para que sean capaces de captar la información necesaria. (34)

(34) Cfr.; La Acción Social para el Fomento de la Salud Comunitaria; IMSS; Seguridad y Solidaridad Social; México; 1990; p.p. 13.

Diagnóstico Integral de Salud

Este diagnóstico representa el punto de partida de este programa, este documento se destina al personal de las delegaciones y los equipos de salud para que puedan conocer el nivel de salud de la población, factores socio - económicos - culturales que lo condicionan.

Este diagnóstico como elemento fundamental en planeación de salud debe contestar a interrogantes básicas tales como :

¿ Quiénes son, cuántos son, de qué edad y sexo ?

¿ Cómo viven, en qué trabajan, de qué se enferman, de qué se mueren y por qué ?

¿ Con qué recursos se cuenta para resolverlos ?

¿Cuál es la capacidad de respuesta ?

Programa Local de Fomento a la Salud

Este programa debe responder a las necesidades prioritarias que se hayan vislumbrado en el diagnóstico integral de salud de la localidad y que sean factibles de resolver. Este programa debe señalar lo que se pretende lograr, cómo se va a ejecutar, áreas y niveles de responsabilidad, funciones, actividades y los recursos disponibles.

Para este caso, las metas son :

- a) De operación : Medición del número de acciones a realizarse
- b) De resultado : Los beneficios o impactos esperados de la aplicación del programa, misma que deberá tender a disminuir la morbilidad y mortalidad

Se toman como parámetros :

a) Corto y mediano plazo : Los resultados que se generan entre las metas de operación programadas y realizadas

b) Largo plazo : Se consideran las metas de resultado con la perspectiva de modificación de incidencia morbosa

Al momento de evaluar las metas se debe tomar en cuenta el impacto causado por la aplicación del programa, esperando la disminución de consultas tanto de primera vez como subsecuentes, los avances logrados en saneamiento ambiental, nutrición, educación, mejoramiento de las condiciones de trabajo, etc.

Como expresión a las políticas públicas de nuestro actual gobierno tenemos :

La SOLIDARIDAD en el Desarrollo Nacional
(A t e n c i ó n a l a S a l u d)

Creemos conveniente exponer un breve panorama de lo qué es Solidaridad en el Desarrollo Nacional y lo que corresponde en este rubro a la Atención a la Salud, puesto que esta forma parte trascendental del Programa Nacional de Salud en lo concerniente a Fomento de la Salud en relación a la Orientación Estratégica de la OPS " Promoción de la Salud ".

Este documento establece que el Programa Nacional de Solidaridad se inspira en los " Sentimientos de la Nación " de Morelos, en el que está plasmado el principio de soberanía y representación popular y la importancia del régimen de derecho para reafirmar las acciones en favor del bienestar social.

" El Gobierno de la República recoge y recrea las actitudes y actividades solidarias de todos los mexicanos. Desde el inicio de

su gestión al frente del Poder Ejecutivo Federal, el Presidente de la República propuso a los mexicanos tres acuerdos nacionales para impulsar el desarrollo del país. Estos acuerdos están destinados a la ampliación de nuestro régimen democrático, a recuperar el crecimiento sostenido de precios y a elevar productivamente el nivel de vida de la población. " (35)

Estos acuerdos son :

I.- Solidaridad para el Bienestar Social

Este se refiere al mejoramiento inmediato de los niveles de vida con interés en salud, alimentación, educación, vivienda, servicios básicos y regularización de la tenencia de la tierra.

II.- Solidaridad para la Producción

Este crea oportunidades de empleo y desarrollo de las capacidades y recursos productivos de las comunidades, con apoyo a las actividades agropecuarias, agroindustriales, microindustriales y piscícolas.

III.- Solidaridad para el Desarrollo Regional

Este se centra en la construcción de obras de infraestructura de impacto regional y ejecución de programas especiales de desarrollo en regiones específicas.

Este programa impulsa la actividad social para trabajar unidos por el progreso de México y de los que carecen de recursos.

(35) La Solidaridad en el Desarrollo Nacional; Secretaría de Programación y Presupuesto; Coordinación Gral.del Progreso Nacional de Solidaridad; Coordinación de Asesores; México; Septiembre de 1991; p.p. 1.

En Solidaridad se tomó en cuenta las valiosas experiencias obtenidas en el Programa para el Desarrollo Rural e Integral -- (PIDER) y la Comisión del Plan para la Atención de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). (36)

Este programa inició su operación el día 20. de diciembre de 1988, a contar del primer acto formal del Presidente de la República, Lic. Carlos Salinas de Gortari.

Dentro de los propósitos del programa y lo que concierne a nuestro interés destaca la relevancia que enmarca al mencionar que un gran número de mexicanos viven en condiciones de extrema pobreza en el campo y en las ciudades del país, en donde sus necesidades básicas no están satisfechas adecuadamente y tienen deficiencias en nutrición, salud, educación, vivienda, medio ambiente, acceso a los servicios públicos y empleo productivo.

Por lo que toca a la Atención a la Salud, este programa establece que los servicios se encaucen a fomentar la salud y a prevenir las enfermedades en la población de escasos recursos, poniendo mayor atención a las zonas indígenas y rurales.

Para el Programa Nacional de Solidaridad, la salud es la labor primera a poner en marcha, por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como la Secretaría de Salud, se han sumado a la participación de estas acciones.

(36) Vid.; La Solidaridad en el Desarrollo Nacional; Secretaría de Programación y Presupuesto; Coordinación Gral. del Progreso Nacional de Solidaridad; Coordinación de Asesores; México; Septiembre de 1991; ---- p.p. 3.

Programa IMSS - SOLIDARIDAD

Como dato específico señalamos que para el año de 1979 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), confiándose al IMSS la atención de la salud de 10 millones de mexicanos carentes de recursos.

Para finales de ese mismo año, el IMSS puso en operación 1976 unidades de primer nivel y 739 en 1980, y 29 hospitales en ese mismo año. Para finales de 1981 IMSS - COPLAMAR contaba con 3,025 unidades médicas rurales y 60 unidades hospitalarias.

Es en el año de 1983 que desaparece COPLAMAR, pero el IMSS mantuvo las siglas de ese programa para identificar las unidades y servicios; así mismo, mejoró los modelos de atención primaria, enfatizó la participación de la comunidad y amplió la cobertura de atención. (37)

A partir del día 20. de diciembre de 1988 se dió inicio al programa IMSS - SOLIDARIDAD, con la finalidad de ampliar la cobertura de atención de la salud de la población de escasos recursos.

O b j e t i v o s IMSS - SOLIDARIDAD

Este programa tiene como meta elevar el estado de salud de la población rural marginada con especial atención a la salud individual, familiar y colectiva; esto lo realiza impulsando la participación de la comunidad (núcleos familiares, utilización de -

(37) Vid.; La Solidaridad en el Desarrollo Nacional; Secretaría de Programación y Presupuesto; Coordinación Gral.del Progreso Nacional de Solidaridad; Coordinación de Asesores; México; Septiembre de 1991; p.p. 12 .

tecnología, uso adecuado de recursos en base a las necesidades y tradiciones de la comunidad).

Este programa está constituido por 4 niveles :

1.- Central : La Coordinación General depende de la Dirección General del IMSS

2.- Estatal : El responsable de la administración es el Delegado del Instituto

3.- Zonal : Se encuentra formado por un grupo de supervisión conformado por un médico, un promotor de acción comunitaria y un técnico polivalente (auxiliar de mantenimiento, plomero, etc.)

4.- Operativo : Este corresponde al personal de las Unidades Médicas Rurales integradas por un pasante en medicina en servicio social o un médico y por auxiliares de la localidad

Operan con un cuadro básico de medicamentos para atender las patologías frecuentes de la región.

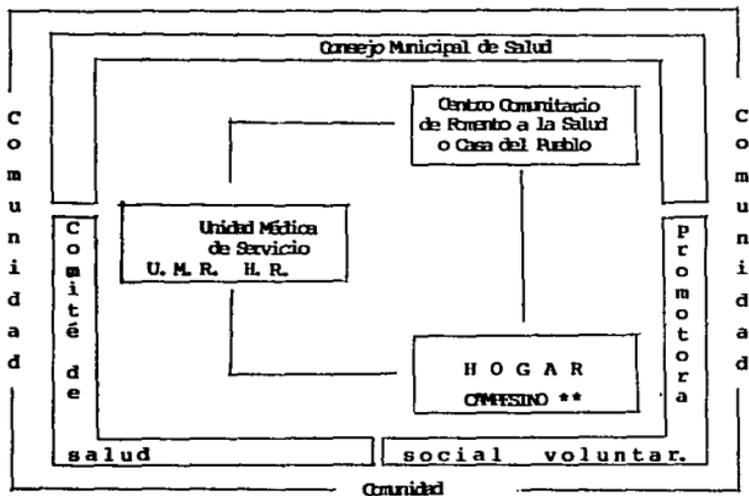
Las Unidades Médicas Rurales tienen entre 10 y 60 camas, se ubican en poblaciones de 15,000 habitantes aproximadamente.

FOMENTO A LA SALUD EN SOLIDARIDAD SOCIAL

Desde el año de 1986 el IMSS hasta la fecha ha continuado operando y reafirmando el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria en 19 entidades federativas y delegaciones del Instituto. Para dar cumplimiento a este objetivo, se ha integrado al programa el concepto de bienestar familiar, de este modo tanto las Unidades Médicas del IMSS y las de ----- IMSS - SOLIDARIDAD han reforzado su participación en este programa.

Para el establecimiento del programa IMSS - SOLIDARIDAD se unieron la Coordinación General, la de Prestaciones Sociales y personal directivo de las Promotoras Sociales Voluntarias del IMSS, en el que estimaron los mínimos de salud y bienestar familiar para incorporar la estrategia de Fomento a la Salud en Solidaridad Social.

A continuación presentamos el esquema operativo del cual se derivan las medidas promocionales y preventivas del presente programa :



En esta figura se muestra qué deben realizar las Unidades Médicas, los Centros Comunitarios de Fomento a la Salud o sus equivalentes en las Casas del Pueblo o de la Comunidad; así mismo, se define las acciones que deben cumplir las familias campesinas en su hogar.

Para el desarrollo de estas acciones ha sido necesario tomar decisiones que encuadran los pasos a seguir :

1.- Las actividades médicas de Fomento a la Salud son las mismas que en la actualidad realizan las Unidades Médicas de campo

2.- Las comunidades en Fomento a la Salud, se basan en la organización y capacitación para el saneamiento básico del medio ambiente y conservación del medio ecológico

3.- Las acciones concernientes al bienestar familiar están orientadas en la debida capacitación con el poder adquisitivo y capacidad económica de la familia, el mejoramiento de la vivienda rural y la conservación del acervo cultural y artesanal de las comunidades

4.- La asesoría, vigilancia y supervisión de las acciones realizadas en el hogar están a cargo de la Promotora Social Voluntaria

5.- En lo referente a la participación comunitaria, el control está a cargo del Comité de Salud y en su caso del Consejo Municipal correspondiente

Hay un punto de primordial importancia para resaltar y es el concerniente a las acciones intensivas y acciones extensivas; las primeras se llevan a cabo en grupos de población sujetas a un-
" riesgo " y las segundas, se realizan a toda la población independientemente de su ubicación geográfica o de la localidad de donde proceden. (38)

(38) Cfr.; Documentos básicos de Fomento a la Salud en Solidaridad Social; IMSS; Coordinación Gral. IMSS-SOLIDARIDAD; Seguridad y Solidaridad Social; México; 1990; p.p. 43.

FOMENTO A LA SALUD EN UNIDADES MEDICAS

En la Unidad de atención médica (UMR = Unidad Médica Rural; - HR " S " = Hospital Rural " Solidaridad "), las acciones se derivan de la demanda de servicios.

La persona o grupo familiar demanda atención médica por :

- a) Demanda espontánea
- b) Derivado o canalizado por grupos de comunidad debidamente orientados y capacitados
- c) Para el caso de Hospitales Rurales a través de las Unidades Médicas

La población que demanda el servicio puede provenir de :

- 1.- Localidad sede donde se encuentra la unidad de servicios
- 2.- De una localidad establecida como de " Acción Intensiva "
- 3.- Del área que presta servicio la Unidad Médica correspondiente
- 4.- De otras entidades federativas o localidades muy distintas

De este último párrafo, las dos primeras formaron lo que se llama " universo de trabajo "; éste más la tercera constituyen la-- " población adscrita " a las Unidades Médicas.

Es importante aclarar, que esto no significa que se dejan de atender a personas que provienen de localidades distintas, lo que en realidad sucede es que no se adscriben ya que de acuerdo a las experiencias, éstas difícilmente vuelven a demandar atención médica, aunque para fines estadísticos se registran las acciones realizadas.

Como actividades permanentes que la Unidad Médica realiza con la población están el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento adecuado y oportuno y la orientación sobre los programas establecidos (atención maternoinfantil, planificación familiar, educación para la salud, detección de padecimientos sujetos a control e inmunizaciones). (39)

Otra de las actividades permanentes que ejecuta la Unidad Médica es el identificar familias sujetas a riesgo y cuantificar el grado del mismo, al momento que el individuo acude a demandar consulta.

La cuantificación del riesgo se formula en base a la suma de los " factores primarios " que de manera directa afectan al núcleo familiar, donde se procede a catalogarlas en alto, mediano y bajo riesgo.

Las medidas a tomar dependen del grado de riesgo, por lo que estas familias pasan a formar parte de las acciones intensivas de Fomento a la Salud, donde se llevan controles de las acciones realizadas para conocer el impacto o resultado de estas.

Una vez que esta familia ha sido identificada se procede a la elaboración de la Tarjeta de Vigilancia Epidemiológica ", en la que se lleva el control de las acciones médicas y del medio familiar que intensivamente se vigilarán.

(39) Cfr.; Documentos básicos de Fomento a la Salud en Solidaridad Social; ---
IMSS; Coordinación Gral. IMSS-SOLIDARIDAD; Seguridad y Solidaridad -----
Social; México; 1990; p.p. 45 .

Para que una familia sea catalogada de " riesgo " se debe integrar por :

- a) Menores de un año de edad
- b) Menores de cinco años con desnutrición
- c) Mujer embarazada
- d) Minusválidos
- e) Portador de padecimientos crónico - degenerativos
- f) Que alguno de sus miembros padezca uno de los daños o enfermedades (ejes de atención) comprendidas en el Programa de Fomento a la Salud
- g) Grupos indígenas en áreas específicas

Estos padecimientos son en la actualidad las causas más frecuentes en la demanda de consulta.

Cuando una familia sujeta a " riesgo " es detectada en el Hospital Rural, inmediatamente se envía al Centro Comunitario de Fomento a la Salud, que de igual manera que la Unidad Médica efectúa acciones intensivas y extensivas.

Si bien, la identificación de las familias se realiza en las Unidades Médicas Rurales, cabe la posibilidad de no poder ser canalizadas a un Centro Comunitario, de ser así las actividades de Fomento a la Salud en el hogar de la familia campesina toman trascendente importancia, y por lo consiguiente serán supervisadas y orientadas por los elementos comunitarios . (40)

(40) Vid.; Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud; - Secretaría de Salud; Subsecretaría de Servicios de Salud; México; 1987; p.p. 24 .

Los elementos comunitarios son los Asistentes Rurales, Técnicos de Salud, Parteras Rurales, Médicos Tradicionales y el Personal Voluntario.

La relación que guardan las Unidades Médicas, el Centro Comunitario y el hogar campesino demuestra la coordinación de esfuerzos y marca la responsabilidad que implica que la comunidad esté debidamente capacitada y organizada en el Programa.

El elemento de enlace entre la Unidad Médica y la comunidad lo constituyen las Promotoras Sociales Voluntarias que reciben capacitación adecuada y adiestramiento para realizar funciones de salud, saneamiento o bienestar familiar.

En la actualidad se está viendo la gran labor que están realizando las Promotoras Sociales Voluntarias y las Parteras Rurales, quienes participan en la detección de individuos o familias sujetas a " riesgo ".

CENTRO COMUNITARIO DE FOMENTO A LA SALUD (C E C O F A S)

Este Centro es el sitio seleccionado por la propia colectividad donde se realizan importantes tareas del Programa de Fomento a la Salud.

Este se ubica generalmente en la localidad sede de un Hospital Rural.

El propósito del Centro Comunitario (CECOFAS) es la participación de la población, por lo que la dirección, organización y adiestramiento queda bajo la responsabilidad de la propia comunidad, esto se lleva a cabo a través de los Consejos Municipales o del Comité de Salud Local, en el cual las Promotoras

Sociales Voluntarias son consideradas los elementos de operación primordiales. (41)

El Centro Comunitario de Fomento a la Salud (CECOFAS) se utiliza como :

a) Centro de Capacitación y Orientación de Consejos Municipales y Comités de Salud

b) Centro de Capacitación y Adiestramiento de Promotoras Sociales Voluntarias

c) Centro de Capacitación para Promotoras de Acción Comunitaria y Conservación Ecológica

d) Centros de Promoción y Educación para la Salud incluyendo lo referente a la educación nutricional y rehidratación oral

e) Centros de Capacitación en Bienestar Familiar conforme a los lineamientos de Prestaciones Sociales

f) Centro para preservar la cultura y artesanías locales

Este Centro es el sitio de reunión de la comunidad, además recibe asesoría y apoyo del personal de salud y técnico administrativo del Hospital Rural; de los Centros de Seguridad Social que participan en las áreas rurales marginadas.

La organización y programas que se realizan en los CECOFAS están condicionados por :

- Diagnóstico de Salud y Social de la Comunidad
- Los recursos institucionales y comunitarios disponibles

(41) Vid.; Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud; - Secretaría de Salud; Subsecretaría de Servicios de Salud; México; 1987;- p.p. 27 .

- La colaboración general y actitud de la comunidad

Las personas que acuden a este Centro son guiadas por los mismos mecanismos de la Unidad Médica :

1.- Derivados de la Unidad Médica de Servicios

2.- Canalizados a través de personal voluntario de la comunidad

3.- En forma espontánea

Para la inscripción de las familias al CECOFAS se toman en cuenta primeramente que sean de la localidad sede y en segunda que provengan de localidades de acción intensiva, para estas últimas el Centro puede tener un equivalente que es el Centro Auxiliar Comunitario que son atendidos por personal voluntario realizándose las mismas funciones.

Una de las tareas primordiales de este Centro consiste en detectar a las Familias sujetas a un riesgo médico - social, entendiéndose por médico las familias que tengan mujeres embarazadas, minusválidos o que padezcan enfermedades crónico-degenerativas; como riesgos sociales se encuentran las familias disociadas y desintegradas, individuos abandonados, niños maltratados, alcohólicos y drogadictos, etc.

Para estos casos la familia se adscribe utilizándose una tarjeta de " registro comunitario " o " tarjeta censal ". (42)

(42) Vid.; La Acción Social para el Fomento de la Salud Comunitaria; IMSS; --- Seguridad y Solidaridad Social; México; 1990; p.p. 11 .

Como actividades permanentes de estos CECOFAS están :

- 1.- Planificación Familiar
- 2.- Educación para la Salud
- 3.- Vigilancia Nutricional
- 4.- Hidratación Oral
- 5.- Inmunizaciones
- 6.- Detecciones

Para el saneamiento básico están las relativas a :

- 1.- Agua
- 2.- Basuras
- 3.- Excretas
- 4.- Mejoramiento de vivienda

Otras actividades que se realizan en el CECOFAS :

- a) Capacitación en el Trabajo : Electricidad, fontanería, carpintería, albañilería, etc.
- b) Bienestar Familiar : Conservación de alimentos, huertos familiares, granjas de especies menores, corte y confección, cocina, etc.
- c) Cultura y Recreación : Alfabetización, danza, baile regional, artesanías, etc.

Estas acciones son de carácter extensivas para toda la población que asiste a los CECOFAS, y toman en carácter de intensivo cuando se orientan a familias identificadas como de " riesgo ", en donde la capacitación pasa a ser obligatoria vigilándose su cumplimiento.

El CECOFAS cuenta con el apoyo de :

1.- Promotor de Acción Comunitaria

2.- La Trabajadora Social del Hospital Rural

3.- El Médico Especialista en medicina familiar que a su vez se encarga de la medicina preventiva y acción comunitaria

Otra de las actividades importantes de los CECOFAS es la formación de Promotoras Sociales Voluntarias capacitadas para el Fomento a la Salud, donde se utilizan materiales didácticos actualizados, simples y comprensibles, durante el período de capacitación se identifican a los candidatos de la comunidad para que se les imparta cursos para actividades culturales, recreativas y deportivas.

Para los casos en que las Unidades Médicas Rurales estén alejadas del Hospital Rural, se crearán Centros Comunitarios Auxiliares que se establecerán en la casa de comunidad o Casa del Pueblo, en las que se realizarán acciones mínimas de bienestar familiar de acuerdo al diagnóstico local y en base a las necesidades de la comunidad, para estos casos el personal voluntario y el Comité de Salud para llevar a cabo las acciones se relacionan.

Cuando el local no existe, las acciones se cumplen directamente en el hogar campesino, pasando a ser acciones permanentes y extensivas las de saneamiento básico y mejoramiento de la vivienda; y las intensivas y obligatorias se tomarán si la familia es sujeta a riesgo; aquí el personal voluntario y de salud vigilan el estricto cumplimiento de los operativos con pleno conocimiento y convencimiento de la familia involucrada. Para estas situaciones el seguimiento es responsabilidad de la

comunidad, que de manera organizada informa sobre los núcleos de familia que están tomando parte de las acciones de Fomento a la Salud, cumpliendo con una obligación que les permite conservar el derecho para recibir atención médica.

CENTROS AUXILIARES DE FOMENTO A LA SALUD

Estos son una segunda etapa en las actividades de bienestar familiar que realizan las Unidades Médicas Rurales, están establecidas en la localidad sede de los CECOFAS, y su organización y funcionamiento es en forma más sencilla y va acorde a las necesidades imperantes de la comunidad.

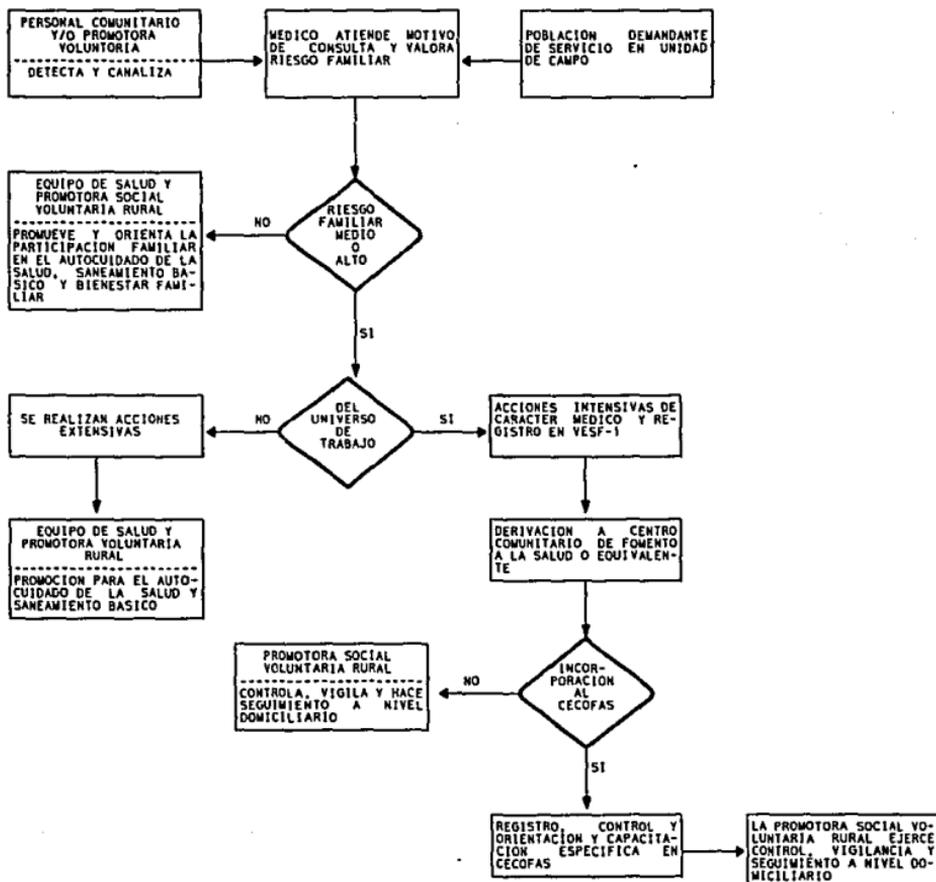
En la página siguiente presentamos el diagrama que muestra las funciones que realizan estos Centros en las Unidades Médicas Rurales.

PROMOTORAS RURALES VOLUNTARIAS Y EL PROGRAMA NACIONAL DE FOMENTO A LA SALUD

Dadas las experiencias que han transmitido y obtenido las Promotoras Rurales Voluntarias a través de los años en sus propias comunidades han propiciado que sean consideradas " el elemento de enlace entre los sistemas de atención médica y prestaciones sociales, cuya capacitación se ha avocado principalmente al Fomento de la Salud. " (43)

(43) Cfr.; Guía de Programación en Educación para la Salud; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Investigación y Desarrollo; Dirección Gral. de Educación para la Salud; México; 1985; p.p. 17 .

DIAGRAMA PARA LAS ACCIONES DE FOMENTO A LA SALUD EN LAS UNIDADES MEDICAS RURALES



De las experiencias obtenidas por las instituciones de salud a lo largo del tiempo, han concebido a las Promotoras Rurales Voluntarias como la base del funcionamiento de los Centros Comunitarios de Fomento a la Salud (CECOFAS).

El objetivo de la capacitación y adiestramiento de las Promotoras Rurales Voluntarias es el establecimiento de la corresponsabilidad de la población en la ejecución de acciones de salud al núcleo familiar, tomando como punto de partida a la mujer que en el hogar tiene el papel de madre - esposa - compañera, lo que de manera efectiva logra introducir a sus familias acciones positivas de bienestar familiar y de salud.

Programa de Participación

Las Promotoras Rurales Voluntarias están sujetas a las siguientes bases :

1.- Son objeto de actividades intensivas en los CECOFAS ubicándose en sus propias comunidades

2.- Constituyen el núcleo básico de operación de los CECOFAS

3.- Reciben los beneficios originados por la capacitación básica, cultura, recreación y deporte

4.- Son las encargadas de formar grupos operativos y monitoras, además de organizar y administrar los CECOFAS

5.- Como tarea esencial tienen la responsabilidad de reclutar, capacitar y organizar otros grupos de Promotoras Rurales Voluntarias

6.- Los resultados de este programa se traducen en la adquisición de conocimientos y capacidad para poder introducir en sus comunidades los cambios en el autocuidado de la salud y

mejoramiento de condiciones de vida de los núcleos familiares. (44)

O p e r a t i v o s P r o g r a m á t i c o s

Para el establecimiento de los CECOFAS se trabaja directamente con el Centro de Seguridad Social o Centro de Zona, en el que intervienen el personal directivo, orientadores y profesores que reciben amplia explicación sobre los objetivos y metas del Programa de Fomento a la Salud, momento en que se labora con las áreas médicas para poder definir la mejor ubicación del Centro.

1.- Se efectúa la visita a la localidad donde es factible la ubicación del CECOFAS, momento en que se tiene contacto con las Promotoras Rurales Voluntarias que ya han sido capacitadas y han estado trabajando con su comunidad

2.- De esta manera las P. R. V. se les orienta en relación a los objetivos y metas del Programa de Fomento a la Salud, donde se les indica que las actividades las deben iniciar ellas en su núcleo familiar que será el eje de atención de dicho programa

3.- De inmediato el Comité Local de P. R. V. se pone en contacto con las organizaciones de la comunidad, civiles, ejidales, indígenas y demás, con el fin de conseguir locales adecuados para el establecimiento del CECOFAS

4.- La P. R. V. continúa recibiendo capacitación en Fomento a la Salud e inicia otro adiestramiento para el mejoramiento del

(44) Vid.; Guía de Programación en Educación para la Salud; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Investigación y Desarrollo; Dirección Gral. de Educación para la Salud; México; 1985; p.p. 18 .

poder adquisitivo familiar (presupuesto e ingreso familiar, administración del gasto, etc.)

5.- De manera progresiva se incorporan a los beneficios de la capacitación, cultura, recreación y deporte a los demás integrantes del núcleo familiar de la Promotora

6.- Como parte culminante del operativo, se identifican monitoras que deben manejar los CECOFAS y que tienen la habilidad de ampliar la cobertura en la organización y formación de otros grupos de P. R. V.

En la página siguiente presentamos un esquema de actividades básicas realizadas por las Promotoras Rurales Voluntarias en los CECOFAS y Núcleos Familiares, donde se muestra claramente la integración a las acciones que van teniendo los núcleos familiares en provecho de su salud.

C) DEFICIENCIAS DE LOS PROGRAMAS

Para establecer las deficiencias de las Orientaciones Estratégicas de la OPS, resulta difícil, puesto que las bases y directrices las marca esta Organización para que los Países Miembros sigan esas líneas en sus Programas Nacionales de Salud y - únicamente se podría hablar de ellas en su aplicabilidad en cada país.

Además de que tomamos en cuenta que la OPS recopila la información a través de sus Organos mediante estadísticas de morbilidad y mortalidad, así como datos de cada área específica de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas que cada País Miembro envía con regularidad, de donde la OPS evalúa y emite

PROGRAMAS DE PROMOTORAS VOLUNTARIAS EN LOS CENTROS COMUNITARIOS

ACTIVIDADES BASICAS

CENTROS

COMUNITARIOS

DE

PROMOTORA VOLUNTARIA

- * Capacitación continua sobre fomento a la salud
- * Acciones prioritarias en subprograma materno - infantil
- * Capacitación para mejoramiento de su vivienda
- * Capacitación para saneamiento del medio ambiente familiar y comunitario
- * Formación de monitoras y nuevas promotoras voluntarias
- * Capacitación para mejorar el poder adquisitivo del ingreso familiar
- * Participación en actividades recreativas, culturales y deportivas

ESPOSO O COMPAÑERO

- * Educación para la salud
- * Planificación familiar
- * Saneamiento del medio
- * Salud e Higiene Laboral
- * Detección de algunos padecimientos
- * Mejoramiento de la vivienda
- * Campaña contra el alcoholismo y fármaco - dependencia
- * Actividades culturales, recreativas y deportivas

HIJOS SEGUN EDAD

- * Educación para la salud
- * Inmunizaciones básicas
- * Vigilancia nutricional
- * Educación sexual y planificación familiar en adolescentes
- * Saneamiento ambiental
- * Cultura, recreación y deporte
- * Monitores juveniles

informes anuales globales de los que únicamente emite resultados y desarrollo de ciertos programas que hayan sido relevantes en ciertos países, así como la cooperación técnica - científica que haya brindado durante el período.

Podríamos hablar de deficiencias solo por le lado de los problemas y obstáculos que se presentan en cada País Miembro como podrían ser :

a) Falta de presupuesto necesario para cumplir con las estrategias y programas

b) Falta de organización por parte de las administraciones públicas

c) Falta de personal apto y capacitado en este sector

Por lo que las deficiencias que estableceremos son las que repercuten directamente a la salud en México en Fomento a la Salud.

1.- La capacitación del personal rural de atención es apenas la necesaria y cuando existe abandono de alguno de sus miembros por emigración a otras entidades, lo cual es frecuente, se quedan sin el personal adecuado para la orientación necesaria en la promoción de la salud

2.- La dispersión y lejanía de las Unidades Médicas Rurales en algunos casos hacen imposible que la población campesina e indígena reciban la atención médica con oportunidad, ocasionando una mortalidad innecesaria si se contara con caminos de fácil acceso

3.- La carencia de materiales y equipo para un diagnóstico y tratamiento oportuno ha provocado que no se realicen o se hagan parcialmente los diagnósticos de las enfermedades, representando costos innecesarios, así como deficientes tratamientos que en

algunos casos han provocado la muerte

4.- Mediante la valoración de peso - talla se confirmó la presencia de algún grado de desnutrición en el 31% de los niños menores de 5 años, lo que representa falta de atención efectiva y orientación a las familias

5.- Uno de los principales motivos por los cuales surgió el levantamiento de Chiapas, fue motivado por la carencia de diálogo entre las comunidades campesinas e indígenas y el sector encargado de Solidaridad

6.- En las comunidades indígenas en las que solo se habla un dialecto es difícil interactuar en los programas de Fomento a la Salud, ya que los agentes capacitadores en su gran mayoría no hablan el dialecto local, por lo que resulta criticable desde el punto de vista de salud, que una de las premisas gubernamentales sea mantener las costumbres y valores culturales, caso concreto los tarahumaras, tzoltziles, etc. Se hace mención que estas localidades utilizan su medicina tradicional por la falta de comunicación que en determinados casos no es efectiva

7.- No existen programas efectivos para la capacitación a la comunidad para utilizar su tiempo libre, ocasionando alto índice de alcoholismo y farmacodependencia, mostrándose deficiencias en los programas de los CECOFAS en algunas comunidades

D) PERSPECTIVAS FUTURAS

En relación a las perspectivas futuras de los programas de OPS dependen únicamente de las que se originen en los Países Miembros, cuyos resultados implican el esfuerzo conjunto de la Organización

y sus Miembros.

Las perspectivas del Plan Nacional de Fomento a la Salud en México son :

1.- El camino viable para seguir acercando los servicios de salud a las localidades pequeñas, alejadas y de difícil acceso, radica en la formación de un número mayor de personal rural de salud, a los que se les deberá incrementar estímulos económicos para que se asegure su permanencia en las comunidades, evitando el abandono por emigración a otras entidades

2.- Se debe mantener la cobertura lograda en la valoración nutricional de los niños menores de 5 años; se debe dar control intensivo a los desnutridos identificados; así mismo, se debe orientar a un mayor número de mujeres acerca de los nutrientes disponibles en la localidad, promover la lactancia materna, reforzar la capacitación del personal Institucional en la forma de manejo de la desnutrición grave

3.- La cobertura alcanzada con la hidratación oral significa que se está cumpliendo con el programa, siendo un logro que se debe mantener

4.- Del análisis que implica este Programa de las condiciones de vida y de los daños que hay en el campo de la salud, se desprende la obligatoriedad de continuar afocando las acciones a los grupos maternoinfantil, preescolar y brindar especial atención a la salud de los ancianos indígenas

5.- La relación existente entre factores de riesgo y el proceso de enfermedad, establece la necesidad imperiosa de continuar revisando y actualizando el programa de atención

primaria, cursos de capacitación para el personal del programa y los voluntarios, las formas de participación comunitaria y el trabajo de grupo

6.- Es de vital importancia para la calidad de atención, el que se continúe revisando el equipo hospitalario, se actualice y se dote de instrumental nuevo, tal es el caso de la ultrasonografía

7.- En virtud de que existe un alto índice de farmacodependencia y alcoholismo en poblaciones rurales, se hace necesario una adecuación del programa CECOFAS, donde se incluyan capacitadores de la disciplina de psicología que los instruya en la utilización de su tiempo libre

8.- El reciente acontecimiento sucedido en Chiapas fue producto, entre otros, de la falta de atención a la salud de los campesinos e indígenas, ya que de 570 municipios solo están cubiertos mediante el Programa Nacional de Solidaridad 315, por lo que deberán intensificar la construcción de nuevas Unidades de Atención Médica, sin embargo, también es necesario abrir caminos para el fácil acceso al servicio médico

9.- Es necesario mantener un constante diálogo, principalmente con las comunidades campesinas e indígenas con la finalidad de identificar la problemática de salud en las comunidades y de esta forma elaborar los programas de salud que servirán como base para disminuir la frecuencia de los padecimientos detectados

10.- En virtud de las variadas actividades que se realizan en las comunidades rurales se hace necesaria la participación de un grupo de profesionales de distintas disciplinas encaminado a brindar asesoría y a coadyuvar a elevar la calidad de vida, por lo

que sería factible que las Escuelas de Educación Superior incluyan dentro de sus programas la obligatoriedad de realizar su Servicio Social por un tiempo determinado en comunidades rurales

C O N C L U S I O N E S

Los esfuerzos que se realizan en pro de la salud trae consigo el esfuerzo conjunto de Organizaciones Mundiales, los Gobiernos de los países y habitantes de cada uno de ellos, denotándose con esto que la preparación y cultura de un país se ve reflejada en la salud de sus habitantes.

Asimismo, quisiéramos mencionar que la elevación de los niveles de salud poblacionales significarían un escalón más en el desarrollo de nuestro país.

A continuación se expondrán las conclusiones más relevantes del presente trabajo :

Primera.- La OPS tiene como principio fundamental el preservar y elevar los niveles de salud de los Países Miembros.

Sus directrices emanadas de una democracia entre los Países Participantes hacen posible tener líneas de acción firmes encaminadas todas ellas a los factores bio-psico-sociales correspondiendo a cada País Miembro elaborar sus propias estrategias dependiendo de las costumbres y cultura de sus habitantes.

Segunda.- La OPS tiende a elaborar sus programas bajo principios rectores (equidad, universalidad, solidaridad y participación), que suponen su cumplimiento al 100% en los Países involucrados y encamina todos sus esfuerzos para dar desarrollo nacional a la salud.

Tercera.- La OPS presta mayor atención a la participación -

de la comunidad en beneficio de su propia salud, haciendo gran labor consistente en proporcionar información actualizada en patología de enfermedades, causas de transmisión y prevención; así como el de material didáctico, capacitación de personal y traducción de documentación importante para el campo de la salud.

Cuarta .- Reconocemos que la OPS realiza actividades importantes técnico - científicas en diversas áreas, ayudando a los Países Miembros al establecimiento y control de sus programas.

Quinta .- El éxito de la aplicación de sus programas depende del interés que cada País Miembro muestre por la salud de sus pueblos.

En virtud de la difícil situación que atraviesa nuestro país, principalmente a la alta marginación de los indígenas y campesinos, nos referiremos exclusivamente a Fomento de la Salud, pilar importante de la cultura de los mexicanos al cual debemos afocar todos nuestros esfuerzos.

Sexta .- La instalación de nuevas Unidades (UMR y HR - - " S "), permitió acercar los servicios de salud a más comunidades de difícil acceso, anteriormente carente de ellos.

Séptima .- La probabilidad de continuar ampliando la atención de la salud con la creación de nuevas Unidades se encuentra limitada, puesto que no se reúnen el número de habitantes necesarios para instalarlas (2,600 habitantes).

Octava .- Se ha presentado una marcada reducción de egresados de las facultades de Medicina, lo que ha provocado que los Médicos Pasantes en Servicio Social se vea disminuída, ya que ellos significan el recurso de operación de la Unidades Médicas Rurales.

Novena .- Se requiere, primeramente a nivel nacional, actualizar la cobertura de los servicios de salud, tomando en cuenta los razgos epidemiológicos y la eficiencia de operación para el seguimiento y evaluación de las acciones de Fomento a la Salud.

Décima .- Casi el total de habitantes de comunidades favorecidas por el Programa tienen una economía raquítica de la cual ni alcanzan a satisfacer sus necesidades elementales como alimentación y vivienda.

Décima primera .- En lo que ha transcurrido del presente sexenio, se ha registrado un importante incremento de grupos voluntarios de la comunidad, que han sido capacitados por el Programa y el número cada vez mayor de familias que conjuntamente con los equipos de salud han participado realizando obras de saneamiento básico, mejoramiento de la vivienda, producción de alimentos, promoción social, entre otras, propiciando la pronta identificación y canalización oportuna de las Unidades Médicas Rurales de personas que requieren atención.

Décima segunda .- La frecuencia de enfermedades ligadas a la pobreza es tan elevada como la que existe en entidades con marginación alta y muy alta, caso específico Chiapas y Oaxaca.

Décima tercera .- Es una acertada línea del Programa, el que los Grupos de Salud Voluntarios, estén conformados por integrantes de la propia comunidad que gozan de la confianza y respeto de sus comunidades, facilitando su interacción en Fomento de la Salud con sus propios patrones culturales.

Décima cuarta .- La participación de los Promotores Voluntarios han contribuido a disminuir algunos factores de riesgo relacionados con la salud, con el descenso de los padecimientos más frecuentes que afectan a la población.

Décima quinta .- La mejoría de las condiciones de saneamiento básico logradas por la activa participación de la comunidad y los grupos de salud, han originado un descenso en la morbilidad de los padecimientos infecciosos y parasitarios; asimismo, en estadísticas de Unidades Médicas éstas han pasado a segundo lugar.

Décima sexta .- Como logro importante tenemos que el diagnóstico y tratamiento oportuno de los enfermos con infecciones en vías digestivas a través de la hidratación oral preventiva y curativa, cuyo empleo se encuentra cada vez más difundido entre la población solidariohabitante ha dado como resultado un decremento en la mortalidad en menores de cinco años y redujo notablemente el riesgo de muertes por cólera.

Décima séptima .- Aunque el Programa presenta mayor atención a la salud maternoinfantil, encontramos que debido a las lejanías entre una población y otra, además de difícil acceso a la mayor parte de las localidades marginadas, a parte del elevado costo del transporte, determinan en gran parte que las mujeres

embarazadas residentes en comunidades de " acción intensiva " no asistan a las UMR a recibir la atención prenatal o del parto.

Décima octava.- Falta mucho por hacer, especialmente cuando vemos que la desnutrición continúa provocando la muerte en menores de cinco años y que representa un alto factor de riesgo, reflejo de la situación socioeconómica que vive el país.

Décima novena.- La mortalidad hospitalaria de la mayor parte de las enfermedades transmisibles ha presentado un importante descenso, lo que es significado de la calidad de atención.

Es importante destacar que la OPS trabaja conjuntamente con los Sistemas Nacionales de Salud para la adopción de conductas sanas, en la capacitación y adiestramiento de personal comunitario.

Es necesario tomar en cuenta, que esta Organización supone metas que deben ser alcanzadas por los Países Miembros en un período de tiempo, las cuales como lo podemos observar a través de la examinación de sus Planes de Trabajo resultan genéricos, por lo que el alcance deseado depende exclusivamente de sus aplicación real en cada uno de los Países, como el caso de México en el que se presentan una serie de deficiencias derivadas de la falta de recursos tanto económicos como humanos para dar consecución a las metas programadas.

Finalmente, nos permitimos presentar los cuadros que denotan la situación actual en que se encuentra la población solidariohabitante, así como la sinopsis de la relación que existe

entre la Organización Panamericana de la Salud y el Plan Nacional de Salud donde se muestra la correlación de objetivos.

**COBERTURA DE MUNICIPIOS DONDE ESTA PRESENTE EL
PROGRAMA POR ENTIDAD FEDERATIVA Y GRADO DE
MARGINALIDAD
1991**

MARGINALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIOS		
		1991 (a)		
		TOTAL EDO.	IMSS- SOLID.	COBERTURA %
Muy Alta	Oaxaca	570	315	55.26
	Chiapas	111	107	96.40
	Subtotal	681	422	61.97
Alta	Hidalgo	84	67	79.76
	Ver. Nte (b)	109	74	67.89
	Ver. Sur (b)	98	66	67.35
	S.L.P.	56	52	92.86
	Tabasco	17	2	11.76
	Puebla	217	157	72.35
	Zacatecas	56	48	85.71
	Yucatán	106	30	28.30
	Subtotal	743	496	66.76
Media	Michoacán	113	102	90.27
	Campeche	9	9	100.00
	Nayarit	20	18	90.00
	Sinaloa	18	16	88.89
	Durango	39	38	97.44
	Tamaulipas	43	35	81.40
	Chihuahua	67	42	62.69
		Subtotal	309	260
Baja	Coahuila	38	22	57.89
	B.C.N.	4	2	50.00
	Subtotal	42	24	57.14
	T O T A L	1,775	1,202	67.72

Fuente: (a) S.U.I. (Catálogo de Unidades Médicas por Municipio y Localidad a dic. de 1991)
(b) XI Censo de Población y Vivienda INEGI

**UNIDADES MEDICAS DE CAMPO SEGUN ZONAS
GEO - ECONOMICAS DE MARGINALIDAD
1991**

INDICE MARGINACION ANO/NIVEL DELEGACION	1991		
	U.M.R.	H.R.S.	TOTAL
Muy alta			
Oaxaca	437	7	444
Chiapas	505	7	512
Alta			
Hidalgo	185	4	189
Veracruz	457	4	461
San Luis Potosí	188	4	192
Tabasco	5	0	5
Puebla	298	4	302
Zacatecas	142	4	146
Yucatán	42	1	43
Quintana Roo	0	0	0
Media			
Michoacán	311	4	315
Campeche	34	1	35
Nayarit	78	1	79
Sinaloa	99	3	102
Durango	159	2	161
Tamaulipas	103	3	106
Chihuahua	126	3	129
Media Baja			
Coahuila	70	2	72
Baja California Norte	10	10	10
Nacional	3,249	54	3,303

Fuente: Catálogo de Unidades Médicas del Programa IMSS - Solidaridad

**COBERTURA DE LA DEMANDA DE SERVICIO, TASA DE CRECIMIENT
MEDIA ANUAL DE POBLACION TOTAL Y SOLIDARIAMENTE
SEGUN GRADO DE MARGINALIDAD
1991**

GRADO MARGINA- LIDAD	DELEGACION	POBLACION		COB. (ADSC / TOT. EDO)
		TOTAL DEL ESTADO	ADSCRITA	
		1991	1991	1991
Muy Alta	Oaxaca	3,021,513	1,425,464	47.18
	Chiapas	3,203,915	1,257,276	39.24
	Subtotal	6,225,428	2,682,740	43.09
Alta	Hidalgo	1,880,632	709,067	37.7
	Ver. Norte	3,791,237	836,874	22.07
	Ver. Sur	2,423,905	606,169	25.01
	Tabasco	1,580,427	6,444	0.41
	S.L.P.	2,001,966	788,693	39.4
	Puebla	4,118,059	1,515,681	36.81
	Zacatecas	1,278,279	464,094	36.31
	Yucatán	1,363,540	101,849	7.47
	Q. Roo			
Subtotal *	18,438,045	5,028,871	27.27	
Media	Michoacán	3,534,042	1,108,409	31.36
	Campeche	528,824	119,592	22.61
	Nayarit	816,112	157,636	19.32
	Sinaloa	2,210,766	326,656	14.78
	Durango	1,352,156	306,418	22.66
	Tamaulipas	2,244,208	206,125	9.18
	Chihuahua	2,439,954	175,902	7.21
Subtotal	13,126,062	2,400,738	18.29	
Baja	Coahuila	1,971,344	149,452	7.58
	Baja Calif. N.	1,657,927	39,000	2.35
Subtotal	3,629,271	188,452	5.19	
TOTAL *		41,418,806	10,300,801	24.87

Fuente: Información Básica del Sistema Único de Información, Jun. 1991

* No incluye Quintana Roo por estar desconcentrada

167
PADECIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA
SEGUN GRUPOS DE CAUSAS
 1991

GRUPO DE PADECIMIENTOS	Nº CASOS 1991
Puerta de entrada por vía respiratoria	
Infecciones respiratorias agudas	1,123,181
Influenza	1,013
Neumonías	4,157
Tuberculosis pulmonar	1,356
Tuberculosis otras localizaciones	47
Tuberculosis meningea	11
Puerta de entrada por vía digestiva	
Enteritis y otras enf. diarreicas	243,463
Amibiasis	248,323
Helmintiasis	209,112
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	
Amenaza de aborto	5,347
Toxemia	856
Sepsis puerperal	275
Deficiencias de la nutrición	50,807
Sujetos a control epidemiológico	
Diabetes mellitus	11,992
Hipertensión arterial	37,658
Fiebre reumática	113
Cardiopatía reumática	434
Cirrosis hepática alcohólica	1,006
Sarna	54,235
Paludismo	1,554
Dengue	355
Tracoma	318
Oncocercosis	82
Leishmaniasis	32
Prevenibles por vacunación	
Difteria	0
Tosferina	17
Tétanos neonatal	8
Tétanos	10
Poliomielitis	0
Sarampeón	152
Traumatismos y envenenamientos	
Heridas	101,322
Picadura de animales	21,161
Contusiones	16,301
Fracturas, luxaciones y esguinces	11,057
Quemaduras	2,401

Fuente: SUI Subsistema 67. 1986,1991

Tasa por 100 000 Solidariohabitantes adscritos

**PINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE ATENCION POR
GRUPOS DE CAUSAS EN EL SERVICIO DE ESPECIALIDADES DE H.R. "S"
1991**

ORD.	CAUSAS	PRIMERA VEZ	SUB- SECUENTES	TOTAL
1	Diabetes mellitus	887	3,238	4,125
2	Hernia inguinal	1,323	1,362	2,685
3	Hipertensión esencial	654	1,542	2,196
4	Enfermedades inflamatorias del cuello uterino, de la vagina y de la vulva	803	1,281	2,084
5	Prolapso genital	952	1,114	2,066
6	Otra hernia de la cavidad abdominal sin mención de obstrucción ni gangrena	910	915	1,825
7	Síntomas generales	434	1,151	1,585
8	Trastornos de la menstruación y otras hemorragias anormales de los órganos genitales femeninos	603	640	1,243
9	Colelitiasis	555	608	1,163
10	Otros trastornos de la ureta y del aparato urinario	491	649	1,140
11	Tuberculosis pulmonar	250	887	1,137
12	Hiperplasia de la próstata	519	585	1,104
13	Leiomioma uterino	414	656	1,070
14	Infección intestinal mal definida	428	452	888
15	Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas en otra parte	247	579	826
		463	333	796
16	Elongación excesiva del prepucio y fimosis			
17	Esterilidad de la mujer	307	448	755
18	Epilepsia	176	558	734
19	Asma	177	550	727
20	Anormalidad de los órganos y tejidos blandos de la pelvis	304	405	709
	Subtotal primeras veinte	10,897	17,953	28,850
	Subtotal resto enfermedades definidas	14,336	19,182	33,518
	Total de casos	25,233	37,135	62,368

Fuente: Forma 4 - 30 - 6 Control e informe diario de atención médica integral

**PINCIPALES MOTIVOS DE DEMANDA DE ATENCION POR GRUPOS
DE CAUSAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HR "S"
1991**

ORD.	CAUSAS	CONSULTAS URGENCIAS		
		PRIMERA VEZ	SUB-SECUENTES	TOTAL
1	Cons servicios sud relac. reproducción y desarrollo	6,536	554	7,090
2	Complicación embarazo parto y puerperio	6,113	97	6,210
3	Traumatismos, heridas contusiones y magulladuras	4,366	179	4,545
4	Infecciones respiratorias agudas	4,137	171	4,308
5	Infecciones intestinales	2,496	95	2,591
6	Fracturas	1,480	31	1,511
7	Envenenamientos y efectos tóxicos	923	10	933
8	Trastornos mentales	834	38	872
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	738	60	798
10	Enfermedad hipertensiva	680	83	763
11	Ciertas complicaciones traumáticas y traumaf. no especificados	652	7	659
12	Colelitiasis trastornos de vesicula biliar	461	115	576
13	Obstrucción intestinal y hernia	454	118	572
14	Amibiasis	517	30	547
15	Luxaciones esguinces y desgarros	442	11	453
16	Pers acuden ser salud otras circunstancias	185	256	441
17	Helminthiasis	361	43	404
18	Diabetes mellitus	370	29	399
19	Pers acuden cuidado ulterior y proced específicos	318	15	333
20	Neumonías	298	9	307
21	Apendicitis	291	12	303
22	Pers sin diag informado, atend examen inv ind y pob	251	23	274
23	Anomalías congénitas	213	59	272
24	Efec cuerpo extraño penetra orificio natural	261	4	265
25	Quemaduras	242	6	248
26	Intoxicación alimentaria	235	1	236
27	Afec originafas en el periodo perinatal	224	5	229
28	Otras enf del aparato circulatorio	179	37	216
29	Apendicitis	163	43	206
30	Otras formas de enfermedad del corazón	188	11	199
31	Tumores benignos	150	41	191
32	Tifoidea y otras salmonelosis	183	5	188
33	Anemias	148	31	179
34	Enfermedad cerebrovascular	137	13	150
35	Cirrosis y otras enf crónicas del hígado	138	10	148
36	Tuberculosis del aparato respiratorio	125	13	138
37	Deficiencias de la nutrición	113	21	134
38	Tumores malignos	114	16	130
39	Úlcera gástrica y duodenal	118	3	121
40	Pers con carac influye sobre su edo salud	27	93	120
	Las demás enfermedades definidas	7972	613	8585
	Las demás enfermedades transmisibles	202	9	211
	Subtotal primeras veinte	35,861	2,398	38,259
	Subtotal resto enfermedades definidas	9,099	714	9,813
	Total de casos	44,960	3,112	48,072

**DEFUNCIONES EN EL AREA DE INFLUENCIA
SEGUN GRUPOS DE CAUSAS**

1991

GRUPOS DE PADECIMIENTOS	N° CASOS 1991
Puerta de entrada por vía respiratoria	
Infecciones respiratorias agudas	203
Influenza	0
Neumonías	638
Tuberculosis pulmonar	454
Tuberculosis meningea y del S.N.C.	27
Puerta de entrada por vía digestiva	1222
Enteritis y otras enf. diarréicas	66
Amibiasis	92
HelminCIAS	
Embarazo, parto y puerperio	
Hemorragia postparto	25
Otras complicaciones en el trabajo de parto	9
Hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio	11
Sepsis puerperal importante	11
Otros problemas fetales o placentarios que afectan la atención a la madre	2
Retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia	3
Afecciones originadas en el periodo perinatal	1240
Deficiencias de la nutrición	271
Sujetos a control epidemiológico	
Diabetes	1116
Hipertensión arterial	22
Fiebre reumática	0
Cardiopatía reumática	70
Paludismo	4
Prevenibles por vacunación	
Difteria	1
Tosferina	8
Tétanos neonatal	13
Tétanos	19
Pollomielitis	1
Sarampión	66
Traumatismos y envenenamientos	
Homicidios y lesiones inflingidas por otras personas	80
Accidentes de transporte	273
Suicidios y lesiones autoinflingidas	20

Nota: * Sólo incluye la clave 401 ** no se reportó desagregado

Fuente: Muestra en Of. Registros civiles de cabeceras municipales cubiertas por el Programa
Tasa por 100 defunciones

RELACION ENTRE LA OPS Y EL PLAN NACIONAL DE SALUD

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS
Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS

PLAN NACIONAL DE SALUD

OPS

MEXICO

PROMOCION DE LA SALUD

FOMENTO A LA SALUD

1.- Políticas y programas de promoción de la salud Nacionales y Locales.

a) Fomento a la Cultura de la Salud

Educación para la salud. Responsabilidad ciudadana para el cuidado de la salud individual y colectiva. Cuidado al medio ambiente.

b) Participación de la comunidad

Investigación de problemas. Planación de actividades. Desarrollo y superación de actividades. Evaluación de actividades. Autocuidado de la salud.

c) Educación para la salud

Parte primordial en todos los programas de salud. A través de ella contribuir a modificar hábitos, costumbres y conductas negativas. Cambio de conductas a nivel individual y colectivo. Necesidades de la población.

NIVELES
NACIONAL
ESTATAL
LOCAL

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS
Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS

OPS

PROMOCION DE LA SALUD

2.- Integración de centros y grupos que trabajen en el campo de la salud y capacitación de éstos.

a) Unidades Médicas
Hospitales Rurales

Diagnóstico de la enfermedad.
Tratamiento oportuno y adecuado.
Orientación en Programas de Atención Materno - Infantil.
Planificación Familiar.
Educación para la salud.
Padecimientos sujetos a control.
Inmunizaciones.

b) CECOFAS
Casa del Pueblo
Centros Auxiliares

Se realizan actividades Culturales.
Recreativas
Deportivas.
Capacitación para el bienestar familiar.
Educación para la salud.
Planificación Familiar.
Nutrición.
Hidratación
saneamiento básico.
agua, basuras, excretas, etc.

a) Promotoras
Rurales Voluntarias

Actividades Básicas
Capacitación continua sobre fomento a la salud.
Subprograma materno - infantil
Mejoramiento para la vivienda.
Formación de monitores y nuevas promotoras rurales.
Capacitación para mejorar el poder adquisitivo del ingreso familiar.
Participación en actividades recreativas, culturales y deportivas.

d) Hogar
Campesino

Actividades.
Educación para la salud.
Campañas contra el alcoholismo y farmacodependencia.
Inmunizaciones básicas.
Educación sexual para adolescentes.
Monitores juveniles.
Otras.

ACCIONES
INTENSIVAS
Y
ACCIONES
EXTENSIVAS

3.- Desarrollo de modelos operacionales de promoción de la salud que den expresión a las políticas públicas.

a) Programa Nacional de Fomento a la Salud

b) Programa Local de Fomento a la Salud

c) IMSS - Solidaridad

d) Promotoras Rurales Voluntarias y Solidaridad Social

MEXICO

FOMENTO A LA SALUD

B I B L I O G R A F I A

- ABC de las Naciones Unidas; Departamento de Información Pública; Naciones Unidas; Nueva York, E.U.A.; 1985; p.p. 370.
- Actividades de la OMS 1990 - 1991; Informe bienal del Director General; OMS; Ginebra, Suiza; 1992; p.p. 1326.
- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; Publicación Científica No. 22; 1993; p.p. 31 .
- Documentos básicos de Fomento a la Salud en Solidaridad Social; IMSS; Coord. Gral. IMSS-SOLIDARIDAD; Seguridad y Solidaridad Social; México; 1990; p.p. 107.
- Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; 15a.edición; Washington, D.C., E.U.A; 1991; p.p. 130.
- El Sistema Nacional de Salud y la Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud; Secretaría de Salud; Academia Nacional de Medicina; 1a.ed.; Dirección de Organización; México; 1986; p.p. 117.
- Guía de Programación en Educación para la Salud; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Investigación y Desarrollo; Dirección Gral. de Educación para la Salud; México; 1985; p.p. 65.
- Historia de la OPS; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 575.

- Hoy tenemos un México más saludable : CSG; V Informe de Gobierno; Boletín Informativo; Secretaría de Salud; Oficialía Mayor; Dirección de Organización; México; noviembre de 1993; p.p. 23.
- Informe Anual del Director 1991; OPS; Documento Oficial No. 249; Washington, D.C., E.U.A.; 1992; p.p. 1220.
- La Acción Social para el Fomento de la Salud Comunitaria; IMSS; Seguridad y Solidaridad Social; México; 1990; p.p. 96.
- Las condiciones de salud en las Américas (México); Organización Panamericana de la Salud; Oficina Sanitaria Panamericana; Oficina Regional de la OMS; Publicación Científica No., 524; 1990; p.p. 230.
- La OEA; Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos; Departamento de Información Pública; Washington, D.C., E.U.A.; 1983; p.p. 376.
- La ONU en pocas palabras; Departamento de Información Pública; Naciones Unidas; Nueva York, E.U.A.; 1984; p.p. 84.
- La Solidaridad en el Desarrollo Nacional; Secretaría de Programación y Presupuesto; Coord. Gral. del Progreso Nacional de Solidaridad; Coordinación de Asesores; México; septiembre de 1991; p.p. 103.
- Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza; 1958; p.p. 538.

- Manual de Procedimientos para la Capacitación y Adiestramiento en el Trabajo del Personal de Salud; IMSS; Seguridad y Solidaridad Social; México; 1991; p.p. 81.
- OPS; Resolución XV; Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud; Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS; XL Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas; Documento Oficial No. 225; Washigton, D.C., E.U.A.; 1988; p.p. 270.
- Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991 - 1994; OPS; Washington, D.C., E.U.A.; 1991; p.p. 154.
- Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización Panamericana de la Salud para el cuatrienio 1991 - 1994; XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; XLII Reunión del Comité Regional; Washington, D.C., E.U.A.; 1990; p.p. 170.
- Peña Velásquez, Margarita; Junco Gómez, Sixto Tirso; Organización de la Comunidad Internacional; Editado por el Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia; Comisión Nacional Colombiana de Cooperación con la UNESCO; Santiago de Chile; 1985; p.p. 540.
- Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994; Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Programación y Presupuesto; 1a.ed.; México; 1989; p.p. 143.
- Plan Nacional de Salud 1990 - 1994; Secretaría de Salud; Unidad de Comunicación Social; México; 1990; p.p. 79.

- Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Servicios de Salud; México; 1987; p.p. 110.
- Protección, asistencia y seguridad social para todos los mexicanos : CSG; Boletín Informativo No. 3; Secretaría de Salud; Oficialía Mayor; Dirección de Organización; México; octubre de 1993; p.p. 23.
- Rivero Serrano, Octavio; Hacia un Sistema Nacional de Salud; UNAM; México; 1983; p.p. 74.
- Ruiz Massieu, José Francisco y Valdés, Diego; Nuevo Derecho Constitucional Mexicano; 2a.ed.; Ed. Porrúa, S.A.; México; 1984; p.p. 605.
- Yearbook of International Organizations 1981; Edited by the Union of International Associations (Brussels); 19th. edition; 1981; p.p. 3735.

L E G I S L A C I O N

- Constitución Política de los Estados Mexicanos; 6a.edición; Ed. Trillas, S.A. de C.V.; México; 1988; p.p. 167.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 24.ed.; Ed. Porrúa, S.A.; México; 1990; p.p. 420.
- Ley General de Salud; 9a.ed.; Ed. Porrúa. S.A.; México; 1993; p.p. 1167.