

27
2EJ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

(U. N. A. M.)

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGON



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
PARTICIPACION DE MEXICO EN TORNO A
ALCANZAR LA META DE SALUD PARA TODOS
EN EL AÑO 2000.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN RELACIONES INTERNACIONALES
PRESENTAN:

MARTIN MUÑOZ GOMEZ Y
JOSE LUIS SANCHEZ HERNANDEZ

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

Introducción	I-IV
CAPITULO 1 Respuesta de la Organización Mundial de la Salud al Proceso Salud-Enfermedad.	
La Organización Mundial de la Salud (OMS).	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Objetivos y Funciones	9
1.3 Estructura	12
1.3.1 La Asamblea Mundial de la Salud	12
1.3.2 El Consejo Ejecutivo	13
1.3.3 La Secretaría	14
1.3.4 Los Comités Regionales	15
1.3.4.1 Comité Regional para las Américas u Organización Panamericana de la Salud (OPS).	17
1.4 Evolución de las Actividades	20
CAPITULO 2 Meta de Salud para Todos en el Año 2000	
2.1 Antecedentes	33
2.2 Definición	51
2.3 Principios Fundamentales	53
2.4 Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000	55
2.5 Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias	73
2.6 Evolución de la Aplicación de las Estrategias	76
2.6.1 Primer Informe sobre la Vigilancia de los Progresos Realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos	76
2.6.2 Evaluación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos	80
2.6.3 II Informe sobre la Vigilancia de los Progresos Realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos	91

INDICE

Introducción	I-IV
CAPITULO 1 Respuesta de la Organización Mundial de la Salud al Proceso Salud-Enfermedad.	
La Organización Mundial de la Salud (OMS).	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Objetivos y Funciones	9
1.3 Estructura	12
1.3.1 La Asamblea Mundial de la Salud	12
1.3.2 El Consejo Ejecutivo	13
1.3.3 La Secretaría	14
1.3.4 Los Comités Regionales	15
1.3.4.1 Comité Regional para las Américas u Organización Panamericana de la Salud (OPS).	17
1.4 Evolución de las Actividades	20
CAPITULO 2 Meta de Salud para Todos en el Año 2000	
2.1 Antecedentes	33
2.2 Definición	51
2.3 Principios Fundamentales	53
2.4 Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000	55
2.5 Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias	73
2.6 Evolución de la Aplicación de las Estrategias	76
2.6.1 Primer Informe sobre la Vigilancia de los Progresos Realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos	76
2.6.2 Evaluación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos	80
2.6.3 II Informe sobre la Vigilancia de los Progresos Realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos	91

2.7 Actividades Sobresalientes	95
2.8 Evaluación Crítica de las Acciones Encaminadas al Logro de las Metas	101

CAPITULO 3 Problemática Mundial de la Salud.

Definición e Importancia de la Salud

3.1 Conceptualización	107
3.2 Correlación del Desarrollo Económico y la Salud	112
3.2.1 Relación Salud-Desarrollo	112
3.2.2 Situación Económica Mundial y sus Repercusiones en la Salud	117
3.3 Situación Sanitaria	126

CAPITULO 4 Política Nacional de Salud

Ambito interno

4.1 Evolución Histórica de los Servicios de Salud en México	138
4.2 Condiciones de Salud de la Población Mexicana	154
4.3 Estructura Socioeconómica de la Salud en México	180
4.4 Medidas Adoptadas por el Gobierno de México en Materia de Salud Durante el Período 1982-1988	184
4.4.1 El Derecho a la Protección de la Salud	184
4.4.2 Formulación y Ejecución de Planes y Programas	188
4.5 Medidas Adoptadas por el Gobierno de México en Materia de Salud Durante el Período 1988-1994	190

CAPITULO 5 Ambito Internacional

5.1 Participación de México en la OMS	195
---------------------------------------	-----

5.1.1 Examen y Evaluación de Programas Específicos	202
5.2 Participación de México en la OPS o Comité Regional para las Américas	250
5.2.1 Sistemas Nacionales de Salud, Casos Concretos Canadá, Chile y México	256
5.3 Participación de México en los Trabajos Relativos a la Meta de Salud para Todos en el Año 2000	279
Conclusiones y Recomendaciones	290
Bibliografía	319

ANEXOS

- 1.- Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2.- Estructura de la OMS
- 3.- Distribución por Regiones de los miembros de la OMS
- 4.- Programa Nacional de Salud (1984-1988).
- 5.- Lista de Programas de la OMS.

INTRODUCCION

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que la finalidad principal de la Organización y de sus Estados miembros es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud; también se establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud expresó este concepto con la denominación "Salud para Todos en el Año 2000" y resolvió que los Gobiernos y la OMS debían alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (Resolución WHA30.43).

En cumplimiento de dicha Resolución, se estableció la Estrategia Mundial de Salud para Todos que fue el primer intento de definir los medios para lograr la salud como un derecho universal. La Atención Primaria de Salud, que se orienta preferentemente hacia las personas más vulnerables y desfavorecidas, marcó el camino para alcanzar esa meta.

Sin embargo, la crítica situación sanitaria registrada en la última década y ante los cambios políticos, económicos y sociales que el mundo afronta actualmente, se requiere la renovación de la estrategia de manera que se ajuste a la realidad política y económica que afecta a la sociedad internacional contemporánea. El modelo que se propone, podría basarse en el fomento de la salud, en la prevención y el control

de las enfermedades y en la igualdad de acceso a una asistencia sanitaria que permita una acción unificada de la OMS en el ámbito internacional.

En consecuencia, para responder a la creciente demanda de sus servicios, la OMS tiene que enfrentar esta situación con un presupuesto que ha registrado en los últimos años considerables reducciones en sus ingresos por concepto de recaudación de las contribuciones que aportan los países miembros, en virtud de que los Gobiernos han reducido drásticamente los presupuestos destinados a la salud del gasto público total, lo cual puede originar que muchas de las actividades prioritarias y los retos cada vez mayores en materia de salud no lleguen a realizarse por falta de recursos financieros y, de esta forma, obstaculizar su compromiso a largo plazo de impulsar el desarrollo sanitario a nivel mundial.

Ante la necesidad de conocer los alcances que se han obtenido con respecto a la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos formulada por ese Organismo Especializado, se presenta el tema denominado: **"Organización Mundial de la Salud (OMS): Evaluación de la participación de México en torno a Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000"**.

El objetivo principal de esta investigación es el de presentar los avances alcanzados a nivel internacional y nacional en la materia, además de demostrar la necesidad de que se realicen estudios globales para que se adopte a escala universal una nueva política de salud para todos basada en la equidad y en la solidaridad, respaldada a nivel regional y nacional por adecuadas estrategias

políticas y económicas, que permitan cumplir con su cometido. Dicha política podría basarse en el consenso de ideas y de acciones, para lo cual, la OMS deberá realizar consultas con todos los Estados miembros a efecto de que respalden la aplicación de las nuevas políticas que pretenda adoptar dicha Organización.

Tomando en cuenta lo anterior, en el Capítulo 1 se presenta el marco histórico de referencia en el que se incluyen los principales antecedentes que dieron origen a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, se describen sus objetivos, funciones y estructura, así como las acciones que ha emprendido a nivel regional y mundial, con objeto de hacer cumplir el mandato y los propósitos establecidos en sus Estatutos de manera eficiente.

Por otra parte, en el Capítulo 2 se incluyen diversos conceptos que definen a la salud y su importancia en la actual problemática mundial, a fin de contar con elementos críticos que determinen la pertinencia de establecer un nuevo modelo para la atención de la salud.

Asimismo, en el Capítulo 3 se mencionan los factores que tienen repercusión en el proceso denominado salud-desarrollo, tales como la situación económica mundial y sus consecuencias directas en el desarrollo sanitario. De igual manera, en el Capítulo 4 se analiza la política nacional sanitaria y las medidas que ha adoptado el Gobierno de México con la finalidad de mejorar los niveles de salud de la población de nuestro país, haciendo especial referencia a las que están estrechamente

relacionadas con las pautas dictadas por la OMS para lograr el compromiso que se asumió en 1977 de lograr la Salud para Todos en el Año 2000.

En el Capítulo 5, se describen algunas directrices que pueden servir de apoyo para lograr una mejor participación de México tanto en la OMS como en la OPS, teniendo como base fundamental el conocimiento del nuevo contexto mundial en el que no es posible que los países subdesarrollados queden al margen de los beneficios que pueden obtener de parte de estos organismos.

Por último, en las conclusiones y recomendaciones figuran una serie de propuestas que formulamos a partir de los resultados que obtuvimos de la evaluación de la Estrategia de Salud aplicada por la OMS desde 1977, en donde advertimos, entre otras cosas, la urgente necesidad de que en los países miembros de la OMS se lleve a cabo un proceso de intensa reforma de los servicios sanitarios, a través del fortalecimiento de las políticas y programas nacionales de salud, a efecto de que se cumpla el mandato de la OMS y se reafirme la unidad de la Organización en torno a los objetivos y metas comunes, en apoyo del desarrollo sanitario mundial, asunto prioritario en los umbrales del siglo XXI.

CAPITULO 1 RESPUESTA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD AL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

1.1 ANTECEDENTES.

Las transformaciones técnicas del siglo XIX permitieron el uso de medios de transporte más rápidos acelerando el desplazamiento de hombres y mercancías, y con ello la propagación de enfermedades contagiosas. Epidemias masivas provenientes de oriente, principalmente de cólera, causaron graves problemas de salud pública en Europa y a su vez en América. Esta situación motivó la preocupación de la comunidad internacional por llevar a cabo una cooperación para encontrar solución a dichos problemas. "Debido a ello, se convocaron las siguientes Conferencias sobre Sanidad Internacional, con objeto de llevar un control internacional de la transmisión de enfermedades infecciosas, pero sin intentar establecer una autoridad coordinadora a nivel internacional sobre el trabajo sanitario:

- 1a. C.S.I. París, Francia, julio de 1851 a enero de 1852.
- 2a. C.S.I. París, Francia, 1859.
- 3a. C.S.I. Constantinopla, Turquía, 1866.
- 4a. C.S.I. Viena, Austria, 1874.
- 5a. C.S.I. Washington, E.U.A., 1881.
- 6a. C.S.I. Roma, Italia, 1885.

- 7a. C.S.I. Venecia, Italia, 1892.
- 8a. C.S.I. Dresde, Rep. Dem. Alemana, 1893.
- 9a. C.S.I. París, Francia, 1894.
- 10a. C.S.I. Venecia, Italia, 1897.
- 11a. C.S.I. París, Francia, 1903¹.

De dichas conferencias, surgió la Convención Sanitaria Internacional, que en su artículo 181 proponía la creación formal de una Oficina Sanitaria Internacional.

Con base en esta propuesta, el 9 de diciembre de 1907, los Delegados de Bélgica, Brasil, Egipto, España, Estados Unidos de América, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Rusia y Suiza, firmaron el llamado Acuerdo de Roma, por medio del cual se creó la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), que con sede en París fungió como la Primera Organización Sanitaria Internacional, cuya función era principalmente la investigación sobre enfermedades epidémicas, la administración de Convenios Internacionales como los del cólera, la viruela, el tifus y el rápido intercambio de información epidemiológica.

Posteriormente, en el marco de la Sociedad de Naciones, se convocó a la Conferencia Internacional de Higiene, realizada del 13 al 17 de abril de 1920 en Londres, Gran Bretaña. A esta Conferencia asistieron solamente

1.- Collard, Claude-Albert. Instrucciones de Relaciones Internacionales. Conferencias sobre Sanidad Internacional (C.S.I.), Madrid, España. Fondo de Cultura Económica. 1978, pp. 593 y 594.

representantes de cinco países: Francia, Italia, Japón, Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos de América, así como los de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la OIHP. Esta reunión dio lugar a la creación de una comisión temporal que tenía a su cargo la elaboración de un proyecto de estatuto constitutivo de un organismo único de higiene internacional.

Este intento de anexión de la OIHP no tuvo éxito, toda vez que Estados Unidos de América se puso en contra de la fusión propuesta, al no ser parte de la Sociedad de Naciones. Sin embargo, con la finalidad de asegurar el aspecto sanitario durante el desarrollo de la postguerra, se establece en 1921, la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, la cual tenía un carácter dependiente con la Sociedad de Naciones y sus actividades estaban orientadas inicialmente al tratamiento de enfermedades epidemiológicas contagiosas y a estudios técnicos, posteriormente, incluyó temas como la nutrición y enfermedades no contagiosas.

Cabe señalar la existencia de otra de las organizaciones autónomas que hizo frente a los problemas sanitarios internacionales. La más antigua, "la Oficina Sanitaria Panamericana, denominada más tarde Organización Sanitaria Panamericana y actualmente Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902, que congregaba a todas las naciones independientes de América". (2)

El fracaso de la Organización de Higiene fue debido a 3 razones primordiales: a) Razones políticas de Estado; vgr. Estados Unidos rehusó la unión de la Sociedad de Naciones y la Organización de Higiene, por lo que ésta última fue limitada en su labor desde el aspecto técnico y financiero; b) Razones políticas y estrategias de salud internacional; vgr. al adoptar decisiones orientadas a la asignación de recursos tanto financieros, técnicos y humanos, estos eran condicionados políticamente por la Asamblea de la Sociedad de Naciones, así como por la adopción de políticas basadas en intereses económicos a corto plazo y dejando a largo plazo las consideraciones sociales y humanitarias; y c) El estallido de la Segunda Guerra Mundial, donde la labor sanitaria internacional quedó prácticamente paralizada. Así, los objetivos de la Organización fueron subordinados y destruidos por la politización de la Sociedad de Naciones.

Al concluir dicha conflagración en 1945, la división de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA) asumió temporalmente la responsabilidad de los Convenios Sanitarios Internacionales, así como de la notificación epidemiológica, funciones que estaban a cargo de la OIHP en París. Se necesitaba con urgencia, una organización sanitaria nueva y de ámbito verdaderamente mundial que sustituyera a los organismos precedentes, pero que a la vez mantuviera una línea independiente en sus principios, objetivos, presupuesto y mandato propios, con una autoridad rectora y coordinadora del aspecto sanitario internacional.

En consecuencia, durante la Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco, California, E.U.A. en 1945, las Delegaciones de Brasil y China presentaron una Declaración Conjunta, en la cual recomendaban convocar una Conferencia General para establecer una Organización Internacional de la Salud.

La citada Declaración fue adoptada por unanimidad y, una vez establecidos la Asamblea General y el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, se convocó a la Conferencia Internacional de la Salud, que se celebró en Nueva York, del 19 de junio al 22 de julio de 1946. "De esta conferencia emanó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual fue firmada por los representantes de 61 estados". (3)

Para que la Constitución entrara en vigor y la OMS asumiera sus funciones en el escenario mundial, era preciso que antes la ratificaran al menos 26 Estados. China y el Reino Unido fueron los primeros países en depositar su instrumento de ratificación y meses después la entonces República Socialista Soviética de Bielorrusia se convirtió en el Vigésimosexto país que ratificó la Constitución de 82 artículos, distribuidos en XIX capítulos, entrando en vigor para todas las partes contratantes el 7 de abril de 1948.

En aquel entonces, la OMS tenía 55 miembros, la mayoría pertenecían al mundo industrializado, sólo 22 eran países en desarrollo, y de ellos sólo Liberia era africano.

Hoy en día, 130 de los 192 estados miembros de la OMS son países en desarrollo y 48 de ellos son considerados los más pobres del mundo, cambio que como se verá más adelante ha traído consigo una reorientación fundamental de las prioridades de la Organización durante los últimos decenios.

Cabe destacar que "el número total de países que conformaban la comunidad internacional en 1988 ascendía a 171" (4), pero en la década de los 90's, ante los cambios que se presentan en el mundo a raíz de la caída del muro de Berlín en 1990, y con la consiguiente desintegración del bloque comunista, se originan una serie de secesiones en varios países con el objetivo de establecer sus propios sistemas democráticos y buscar la libertad en su territorio, aumentando en gran medida el número de países (más de 190 Estados).

De lo anterior se deriva la gran representatividad que tiene la OMS en su campo de acción, al recibir a casi todos los pueblos del mundo.

Finalmente, cabe resaltar que de conformidad con el artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas que dispone "... los Organismos Especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales y que tengan amplias atribuciones internacionales, definidas en sus estatutos relativas a materias de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario y otras conexas, serán vinculadas con las Naciones Unidas", esta última reconoce a la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "... el Organismo Especializado encargado de tomar todas las medidas conformes con su Constitución, a fin de realizar los fines fijados por ella...", "mediante acuerdo aprobado el 15 de noviembre de 1947, mismo que entró en vigor el 1o. de julio de 1948". (5)

ESTADOS MIEMBROS

De conformidad con el artículo 3 del Capítulo III de la Constitución de la OMS, la calidad de miembro de la Organización es accesible a todos los Estados. En ella se contempla, asimismo, la existencia de "Estados miembros y Estados miembros asociados". (6)

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud cuenta con 190 Estados miembros y dos miembros asociados, cuyos nombres y su respectiva fecha de ingreso se encuentran en el anexo 1.

5.- Documentos Relatos, Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Acuerdo entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, OMS, 30a. Edición, 1994, p. 41.

6.- Ídem, p. 4. Los Estados miembros son aquellos que forman parte de la Organización al haber firmado o aceptado la propia Constitución e bien porque la Asamblea de la Salud aprobó por mayoría simple su solicitud de ingreso. Los Territorios o grupos de Territorios que no son responsables de la Dirección de sus relaciones internacionales pueden ser admitidos por la OMS como miembros asociados, a solicitud hecha en nombre de tal territorio o grupo de territorios por un miembro u otra entidad responsable de la Dirección de sus relaciones internacionales (artículo 8).



ESTADOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

FUENTE: OMS, 1995.

1.2 OBJETIVOS Y FUNCIONES

El objetivo último de la Organización Mundial de la Salud es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

A tal efecto, de acuerdo con "el artículo 2 de su Constitución, la OMS tiene entre otras, las siguientes funciones:

- a) Actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;**
- b) Establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los Organismos Especializados, las Administraciones Oficiales de Salubridad, las Agrupaciones Profesionales y demás Organizaciones que se juzgue conveniente;**
- c) Ayudar a los Gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad;**
- d) Proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten;**
- e) Proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos;**

f) Establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística;

g) Estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras;

h) Promover, con la cooperación de otros Organismos Especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes;

i) Promover, con la cooperación de otros Organismos Especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;

j) Promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud;

k) Proponer Convenciones, Acuerdos y Reglamentos, hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad;

l) Promover la salud y la asistencia materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente;

m) Fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres;

n) Promover y realizar investigaciones en el campo de la salud;

o) Promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines;

p) Estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros Organismos Especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social;

q) Suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud;

r) Contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud;

s) Establecer y revisar según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública;

t) Establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario;

u) **Desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares;**

v) **En general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización**". (7)

Además, al considerar que la OMS puede tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización, esto último le otorga una competencia sumamente amplia en materia de salubridad.

Como se puede observar, el papel de la OMS no se reduce a ser prestadora de asistencia técnica, ya que tiene como uno de sus principales mandatos la rectoría de los asuntos de sanidad internacional.

1.3 ESTRUCTURA.

La OMS desempeña sus funciones a través de tres órganos, a saber, la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y la Secretaría, así como por medio de sus estructuras regionales. Ver anexo 2.

1.3.1 LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

La Asamblea Mundial de la Salud, es el órgano máximo de la OMS para adoptar decisiones y formular políticas. Está compuesta por Delegados representantes de los países miembros, que deben ser elegidos entre las

7.- Ibidem. pp. 2 y 3.

personas más capacitadas por su competencia técnica en el campo de la salubridad, y representando, de preferencia, la administración nacional de salubridad del país miembro.

Entre las funciones que desempeña están el determinar las políticas de la organización, nombrar al Director General, estudiar y aprobar los informes y actividades del Consejo, establecer los Comités que considere necesarios para el trabajo de la organización, promover y realizar investigaciones en el campo de la salubridad mediante el personal de la organización, por el establecimiento de sus propias instituciones o en cooperación con instituciones oficiales o no oficiales de cualquier miembro, con el consentimiento de su gobierno, así como emprender cualquier acción apropiada para el adelanto de la finalidad de la organización.

De conformidad con el artículo 13, "la Asamblea se reúne en sesiones anuales ordinarias y, de ser necesario en sesiones extraordinarias, las cuales son convocadas a solicitud del Consejo o de la mayoría de los miembros". (8)

1.3.2 EL CONSEJO EJECUTIVO.

Es el órgano ejecutor de las decisiones y de la política de la Asamblea

8.- Todas las reuniones se han celebrado en Ginebra, Suiza, a excepción de la 2a., 8a., 11a., 14a. y 22a. Reuniones que tuvieron lugar en Roma, Italia; Distrito Federal, México; Minneapolis, Minnesota, E.U.A.; Nueva Delhi, India; Boston, Massachusetts, E.U.A. respectivamente. "Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo", Vol. II (1973-1984), Ginebra, Suiza, OMS, 1985, pp. XIII y XIV.

Mundial de la Salud, funge como asesor y en general facilita los trabajos de la Asamblea. "Está integrado actualmente por 32 personas" (9), designadas por igual número de miembros para un período de 3 años, pudiendo ser reelectos, con la salvedad de que entre los elegidos en la reunión que celebre la Asamblea, la duración del mandato del miembro suplementario se reducirá si fuese menester, en la medida necesaria para facilitar la elección anual de un miembro, por lo menos, de cada una de las organizaciones regionales.

Los países miembros que tienen derecho a designar a una persona para integrar el Consejo son elegidos por la Asamblea Mundial, teniendo en cuenta una distribución geográfica equitativa, quedando entendido que no podrá elegirse a menos de tres miembros de cada una de las organizaciones regionales establecidas.

La persona designada debe tener cierta capacidad técnica en materia de salubridad pudiendo estar acompañada de suplentes y asesores. De conformidad con el Artículo 26, el Consejo se reúne por lo menos dos veces al año.

1.3.3 LA SECRETARIA.

Es el órgano administrativo y técnico de la Organización, encabezado

9.- Mediante la Resolución WHA39.6 se adoptaron reformas a los artículos 24 y 25 de la Constitución por lo que se aumenta de 31 a 32 estados miembros. Estas reformas entrarán en vigor a partir del 1 de mayo de 1995. "Manual de Resoluciones...". Vol. III. Ginebra, Suiza. 1984, p. 46.

por un Director General que es nombrado por la Asamblea Mundial de la Salud, a propuesta del Consejo Ejecutivo.

"El Director General, sujeto a la autoridad del Consejo, está encargado de establecer relaciones directas con las dependencias competentes de los países miembros y con las organizaciones internacionales cuyas actividades estén dentro del marco de competencia de la Organización, a fin de prestar apoyo técnico y administrativo individual y colectivamente". (10)

Al respecto, es importante señalar que la Asamblea Mundial de la Salud es la que determina la duración de las funciones de un Director General, habiéndose presentado como una práctica la duración de cinco años cada período.

1.3.4 COMITES REGIONALES.

De conformidad con el Capítulo XI de la Constitución, relativo a los arreglos regionales, la Asamblea Mundial de la Salud determina periódicamente las regiones geográficas en las cuales es conveniente establecer una organización regional. En ese sentido, la Primera Asamblea Mundial de la Salud, efectuada en julio de 1948, resolvió mediante la resolución WHA1.72, delimitar las siguientes regiones geográficas:

10.- La OMS ha tenido 4 Directores Regionales, cuyos nombres se citan a continuación: Dr. Brock Chisholm (Franco-canadiense) 21 de julio 1948 - 20 de julio de 1953. Dr. Marcolino Gomes Candau (brasileño) 21 de julio 1953 - 20 de julio de 1958 y de 1958 a 1973. Dr. Halfdan T. Mahler (danés) 21 de julio 1973 - 20 de julio de 1988. Dr. Hiroshi Nakajima (japonés) 21 de julio 1988 - 20 de julio de 1988. "Salud para todos: Todos para la Salud". Salud Mundial, Ginebra, OMS, Enero-Febrero de 1988. p. 17 y "Directores Generales de la OMS". Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

- 1.- Región del Mediterráneo Oriental
- 2.- Región del Pacífico Occidental
- 3.- Región de Asia Sudoriental
- 4.- Región de Europa
- 5.- Región de África
- 6.- Región de las Américas

En el anexo 3 figura la distribución por regiones de los países miembros y los miembros asociados de la OMS, actualizada al 12 de mayo de 1995. Las Organizaciones Regionales aludidas tienen por objeto satisfacer las necesidades especiales de cada zona, siendo integrantes de la Organización.

Asimismo, cada Organización Regional consta de un Comité Regional y de una Oficina Regional, el primero está compuesto por representantes de los Estados miembros y miembros asociados de la región de que se trate. Sus principales funciones consisten en formular políticas de carácter exclusivamente regional y en supervisar las actividades de la Oficina Regional, que es el órgano administrativo del Comité Regional. Además, la Oficina Regional aplica dentro de su área las decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo.

Los Comités Regionales se reúnen con la frecuencia que consideran necesaria y cuentan con su propio Reglamento Interior.

1.3.4.1 COMITE REGIONAL PARA LAS AMERICAS U ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS).

En virtud de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) constituye el principal organismo de enlace entre la OMS y nuestro país en el marco de las actividades encaminadas al logro de la " Meta de Salud para Todos en el Año 2000 ", objeto de estudio de la presente investigación, a continuación consideramos conveniente hacer un breve resumen sobre el origen, la estructura y funcionamiento de la misma.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Panamericana, surgió a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en enero de 1902 en la Ciudad de México.

En dicha Conferencia se recomendaba realizar "...una Convención de Representantes de las Administraciones Sanitarias Americanas para formular Acuerdos y Reglamentos Sanitarios...". (11)

Esta Convención, celebrada en Washington D.C., E.U.A., del 2 al 4 de diciembre de 1902, estableció la Oficina Sanitaria Panamericana con carácter permanente.

11.- Howard-Jones, N. "La Organización Panamericana de la Salud: Orígenes y Evolución" Crónica de la OMS, No. 34 Ginebra, Suiza. OMS. 1980. pp. 395-399.

Posteriormente, el Código Sanitario Panamericano firmado en la Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 Repúblicas Americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en América.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana, que se llevó a cabo en Caracas, Venezuela, en 1947, aprobó un Plan de Reorganización en virtud del cual, la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión, la cual tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, en ese mismo año.

En 1958, en San Juan de Puerto Rico, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Oficina en cambio, permaneció con el mismo nombre.

Por otra parte, en 1949 la Organización Panamericana de la Salud, denominada en ese entonces Organización Sanitaria Panamericana, concluyó un Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el que se estableció que " los Estados y Territorios del hemisferio occidental forman la zona geográfica de una Organización Regional de la Organización Mundial de la

Salud, de acuerdo con lo previsto en el Capítulo XI de su Constitución". (12)

Este Acuerdo contempla en su Artículo 2 que " la Conferencia Sanitaria Panamericana, por intermedio del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana servirán, respectivamente, como el Comité Regional y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio occidental...". (13)

Al respecto, es preciso mencionar que la Organización Panamericana de la Salud funge también como Organismo Especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la OPS son "promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente americano tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes". (14)

Con el fin de lograr estos propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos miembros cuyo número asciende a 36, en el desarrollo y

12.- Documentos Básicos, Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Ginebra, Suiza. OMS. 1964. p. 36.

13.- Ibidem. p. 2.

14.- Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. OPS. 14a. Edición, 1963. p. 9

perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud, además de desempeñar diversas funciones afines.

Es en este amplio ámbito de actividades que el Consejo Directivo de la OPS y la Oficina Sanitaria Panamericana, en sus funciones como Comité Regional y Oficina Regional de la OMS, respectivamente, se convierten en el mejor instrumento para transmitir información a los diferentes países de América Latina, plantear y discutir los proyectos y estrategias acordados a nivel mundial, ejecutar planes de acción a nivel regional y evaluar actividades regionales y nacionales encaminadas al logro de la " Meta de Salud para Todos en el Año 2000".

1.4 EVOLUCION DE LAS ACTIVIDADES.

Con el objeto de complementar el conocimiento del papel que la Organización Mundial de la Salud ha desempeñado en la tarea de mejorar los niveles de salud de la población mundial, consideramos pertinente mencionar de manera sucinta las principales actividades que el organismo en cuestión ha efectuado, desde su creación hasta el momento en que decide que su

meta principal consistirá en "...alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva...". (15)

Partimos entonces de 1948, año en que la OMS tenía como prioridades inmediatas "reconstruir los sistemas de salud de las zonas devastadas por la guerra y combatir las enfermedades epidémicas que en aquella época amenazaban al mundo". (16)

Al respecto, es importante mencionar que aún cuando la OMS reconocía desde su creación que la salud no era solamente una cuestión técnica, sino que tenía dimensiones socioeconómicas, culturales y políticas, lo cual se ve plasmado en el conjunto de principios citados en el Preámbulo de su Constitución, desde el principio dio más importancia a la lucha contra la enfermedad que al fomento de la salud.

La afirmación anterior se ve reflejada en el hecho de que los dos primeros decenios de la vida de la organización se vieron dominados por campañas en masa contra distintas enfermedades, entre las que se encuentran la tuberculosis, el paludismo, la sífilis, la viruela, la lepra, la fiebre tifoidea, la esquistosomiasis, el pian, la oncocercosis y el tracoma.

15.-Resolución WHA30.43 (1977). Manual de Decisiones y Resoluciones... Tomo II p. 1

16.- "Four Decades of Achievement. Highlights of the work of WHO". Ginebra, Suiza. OMS. 1988, p. 345.

En aquella época, tales medidas parecían ser las adecuadas para el mundo en desarrollo. Las campañas eran bien recibidas por los gobiernos y algunas tuvieron un éxito rotundo, como la campaña contra el pian. Sobre el particular, habría que señalar que la segunda década de la OMS observó la emergencia de varios Estados independientes de Africa. El número de los países miembros de esta región creció de unos cuantos a 19 en un espacio de diez años.

Las prioridades de la Organización fueron ineludiblemente influenciadas por las necesidades de sus poblaciones, afectadas por numerosas enfermedades endémicas y epidémicas, agobiadas por la falta de personal y de servicios de salud.

Es de resaltar que las campañas contra el pian anticiparon en un punto primordial la trayectoria que habría de tomar la atención de salud cuatro decenios más tarde, toda vez que "...su éxito se debió en gran parte a la participación de agentes no médicos que, con nombres diferentes según los lugares, se contrataron y adiestraron específicamente para sus campañas. Estos agentes fueron los precursores de los actuales trabajadores comunitarios de salud" (17).

Por otra parte, se puede afirmar que con base en las experiencias obtenidas durante las campañas contra la tuberculosis, así como en largas

investigaciones efectuadas en Madras, India en 1964, se llevaron a cabo una serie de cambios de dirección en las actividades de la propia Organización.

Los expertos de la OMS reconocían ahora que la única estrategia viable a largo plazo contra la tuberculosis era incorporar su prevención, diagnóstico y tratamiento en el sistema normal de salud.

Las campañas en masa, los equipos móviles, los dispensarios especiales y los sanatorios principalmente, quedaron como instrumentos obsoletos para atender el problema de la tuberculosis, situación que no fue bien recibida por intereses particulares, financieros y profesionales.

No obstante, dicho cambio de enfoque también benefició ampliamente a los países industrializados al realizar con ello grandes ahorros. Como otros ejemplos que serán descritos posteriormente, éste es uno de los casos en que el mundo desarrollado ha aprendido, a través de la OMS, del mundo en desarrollo.

"Por lo que toca al paludismo, enfermedad considerada ya en 1947 por los expertos internacionales como la amenaza mundial más grave a la salud pública, fue enfrentada por la OMS en cooperación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a lo largo de las décadas de los 50's y 60's, mediante grandes campañas en masa, facilitando la primera

organización personal y profesional, y la segunda; transporte, equipo, insecticidas y medicamentos". (18)

Sin embargo, el mal no pudo ser erradicado debido a diversos factores, entre los cuales destacan: la extraordinaria capacidad del anofeles y del parásito palúdico para adquirir resistencia a los insecticidas y medicamentos; la deficiente vigilancia epidemiológica combinada con servicios sanitarios poco desarrollados, y el alto costo de las actividades antipalúdicas, tanto para las autoridades nacionales como para los organismos comprometidos.

Hoy en día, el paludismo sigue afectando a millones de personas al año, sin embargo, son cifras que no llegan al tercio de los afectados hace cuatro decenios. La OMS aún concede gran importancia a la lucha contra esta enfermedad mediante su programa de Acción Antipalúdica, pero es más realista en cuanto a lo que puede conseguirse, especialmente en África, si no se mejoran previamente las condiciones socioeconómicas y la atención primaria.

Así pues, las campañas en masa de los años 50's y 60's enseñaron a la OMS tres cuestiones fundamentales: "la primera fue que no se puede conseguir una mejora sostenida en la salud pública sin una red de servicios esenciales, a la que la gran mayoría de la población puede acceder con

una facilidad razonable; la segunda fue que la gente necesita asumir una mayor responsabilidad en lo relativo a su propia salud, y para ello tiene que comprender mejor las causas de la enfermedad; y la tercera, fue que a los Gobiernos nacionales les corresponde desarrollar sus propias estrategias y programas de salud, teniendo en cuenta las condiciones locales y los recursos humanos y materiales disponibles". (19)

Estos, como se verá más adelante, son aportes fundamentales para llegar a tener una nueva percepción sobre la forma de atacar los diversos problemas de salud en el mundo.

A las actividades anteriores, habría que agregar que un Comité de Expertos de la OMS se ha reunido cada año desde 1957 para formular sus recomendaciones sobre estándares internacionales de productos biológicos y farmacéuticos como vacunas, drogas, productos de sangre y hormonas, entre otros.

Este trabajo ha beneficiado grandemente a los productores de drogas y vacunas ya que pueden expresar la potencia de sus productos en unidades aceptadas internacionalmente. "Asimismo, médicos y pacientes pueden estar seguros de contar con productos biológicos de probada eficacia y, las autoridades nacionales de salud pueden medir con mayor facilidad el valor de las drogas y las vacunas presentes en los mercados". (20)

19.- Ibidem. p. 17

20.- Ibidem. p. 2

Igualmente, desde su segunda década la OMS ha trabajado con compañías farmacéuticas y otras agencias de las Naciones Unidas, para catalogar el desarrollo de drogas contra enfermedades tropicales.

Además, ha colaborado con la industria química a fin de encontrar nuevos productos que combinen una mayor efectividad con menos toxicidad, como en el caso de los insecticidas.

Ayudar a investigadores y practicantes de todo el mundo a hablar el mismo lenguaje, ha sido de hecho el trabajo oficial de la OMS desde su origen. Recientes avances en la nomenclatura incluyen la estandarización de los términos usados en la acupuntura y, en el polo opuesto, un acuerdo en la terminología relativa al SIDA.

Como se puede advertir, los trabajos de la Organización Mundial de la Salud de carácter técnico han traído importantes beneficios para la comunidad internacional, independientemente de su grado de desarrollo.

Por otra parte, merece especial mención el triunfo de una de las empresas más ambiciosas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzada en 1966: la erradicación de la viruela. En aquel entonces, se calculaba que las víctimas de la viruela en todo el mundo ascendían de 10 a 15 millones cada año, de los que morían de 1.5 a 2 millones de víctimas.

La enfermedad era endémica en 30 países, "con el 75-80% de los casos en Asia, principalmente en la India". (21)

Con un ambiente adverso, generalizado por la ineficacia de las campañas en masa contra una sola enfermedad, la Asamblea Mundial de la Salud acordó unánimemente realizar un esfuerzo supremo por erradicar la viruela en un plazo de 10 años.

El objetivo se logró y el programa de erradicación de la viruela se constituyó en el más exitoso de todos los tiempos y fue también la última gran campaña en masa de la OMS. "El logro de tal meta hizo posible que en la pasada década no se presentasen de 100 a 150 millones de víctimas y unos 20 millones de muertes por causa de la viruela". (22)

El lugar que dejaron las campañas en masa contra determinadas enfermedades fue ocupado eficazmente por un programa ampliado de inmunización que fue dirigido en contra de las enfermedades infantiles prevenibles por vacunación, como el sarampión y la polio.

Se calcula que cada año se evitan 1.3 millones de muertes infantiles gracias a la inmunización.

21.- Williams, Glen. "OMS: Los años de las campañas en masa". Foro Mundial de la Salud, Vol. 9, No. 1, Ginebra, Suiza, OMS, 1988, pp. 7 y 8.

22.- De acuerdo con las cifras más conservadoras, 13 años de campaña tuvieron un costo mundial que ascendió a 330 millones de dólares en total, gasto que a su vez, ha traído al mundo una utilidad económica: neta de más de 1000 millones de dólares anuales. Seguramente esto ha constituido una de las mejores inversiones en salud pública que jamás se hayan hecho. "Four decades of achievement..." p. 15.

En el área de la reproducción humana, a pesar de que algunos países habían solicitado a la OMS su apoyo en el área de la planificación familiar, no es hasta 1965 que la totalidad de los Estados miembros aprueban un pequeño programa de investigación sobre la biología de la reproducción humana y los aspectos médicos del control de la fertilidad y esterilidad.

Dicho programa constituye el antecedente inmediato del actual Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, el cual "se estableció en 1972 como principal instrumento de la OMS y del Sistema de Naciones Unidas para el fomento, la coordinación y el apoyo a la investigación y desarrollo internacionales, basado en la tecnología relacionada con la reproducción humana y la planificación de la familia, así como para el fortalecimiento de la capacidad de investigación en los países en desarrollo". (23)

Desde 1972, se han creado o perfeccionado varios métodos de regulación de la fecundidad, se han realizado estudios sobre la inocuidad y la eficacia de los métodos en uso o en preparación y se han ultimado y ampliado, proyectos de investigación en países en desarrollo.

Otro de los programas sobresalientes de la OMS es el Programa Especial de Investigación y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales,

iniciado en 1976, con la asistencia y el patrocinio conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial.

"Sus principales objetivos son la investigación y desarrollo de mejores medios para controlar las enfermedades tropicales o parasitarias (malaria, esquistosomiasis, filariasis, tripanosomiasis, leishmaniasis y lepra), y el adiestramiento y fortalecimiento de las instituciones a fin de ampliar la capacidad de investigación de los países tropicales". (24)

El programa en cuestión ha sido considerado como una actividad a largo plazo, de 20 años o más. Se espera, sin embargo, que dentro de los próximos cinco años estén listas algunas nuevas tecnologías para efectuar ensayos en gran escala en los servicios nacionales de salud de los países que los necesiten. Es importante resaltar que estos últimos dos programas son de gran relevancia para los países subdesarrollados.

En el ámbito de la salud de la madre y el hijo, frente a la dura oposición de muchos médicos, la OMS comenzó a alentar a los Ministerios de salud para que adiestraran a las parteras tradicionales en higiene esencial y métodos de parto sin riesgo y las hicieran participar en un sistema regular de supervisión y notificación. Equipada con un botiquín de suministros e instrumentos esenciales, la partera tradicional adiestrada se convirtió en un recurso comunitario de valor incalculable.

"El poner la asistencia sanitaria básica al alcance de las madres y los niños mediante la participación de la comunidad, prescindiendo de los profesionales de salud, constituyó una ruptura radical en las antiguas prácticas". (25)

Dando un paso adelante, la Asamblea Mundial de la Salud hizo en 1962, un llamamiento para la creación de una Red de Servicios Sanitarios básicos mínimos en respuesta a las necesidades urgentes de los países en desarrollo, donde a menudo el 80% o más de la población carecía de todo tipo de atención sanitaria.

En muchos países, el Ministerio de Salud controlaba sólo una pequeña parte del gasto, instalaciones y recursos de personal de salud, y algunos de América Latina tenían hasta 70 instituciones diferentes que prestaban asistencia médica de algún tipo.

En 1965, la OMS presentó un modelo de servicios básicos para racionalizar este uso caótico y dispendioso de los escasos recursos de salud. Para promover su modelo de servicios básicos, la OMS envió expertos en salud pública a los países en desarrollo, donde ayudaban a los Ministerios de salud a establecer proyectos piloto que se esperaba acabarían extendiéndose a escala nacional.

El UNICEF, siguiendo la pauta usual de colaboración con la OMS, proporcionaba suministros médicos, medicamentos esenciales, vacunas, equipo de laboratorio, refrigeradores y vehículos.

No obstante, a finales de los años 60's se observó claramente que el sistema de proyectos piloto aplicado a los servicios básicos estaba fallando en todo el mundo. "Los citados proyectos, aplicados a las estructuras de salud nacionales, resultaban demasiado caros, dependían en exceso de personal muy especializado, y a menudo extranjero, y eran tecnológicamente inadecuados para las sociedades en desarrollo cuyas necesidades pretendían satisfacer". (26)

Paralelamente a estos procesos, en el mundo industrializado los sistemas de salud se habían convertido en una pesada carga. El cuidado hospitalario sofisticado se había expandido más rápidamente que la promoción de la salud, provocando una atención inadecuada de la misma que se reflejaba en altas tasas de enfermedad y de muerte. "La gente de estos países llegó a depender de el medical miracle para curar los efectos de un estilo de vida insano". (27)

En este contexto, la OMS entra en un período de autoexamen que duraría aproximadamente un decenio hasta erigirse por fin un nuevo concepto

26.- Ibidem. p. 23

27.- "Four Decades of Achievement. Highlights of the work of WHO". Ginebra, Suiza. OMS. 1988, p. 22.

de la atención de salud que promovería igualmente un nuevo sistema de valores que se vería cristalizado en la "Meta de Salud para Todos".

De tal suerte, al revisar los objetivos, funciones y los medios de los que se vale la OMS para llevar a cabo sus actividades, al igual que la evolución que han tenido las mismas, podemos afirmar que la comunidad internacional cuenta con un organismo con amplias atribuciones, que a lo largo de su ejercicio, ha demostrado más que nada su capacidad crítica para enfrentar de diversas formas los problemas de salud que ha padecido la humanidad en estas últimas cuatro décadas.

A través de un intenso trabajo, fundamentalmente en los países subdesarrollados, la organización ha acumulado una serie de experiencias que han servido de base para el planteamiento de un nuevo enfoque sobre la atención a la salud. Dicho enfoque, tiene una característica especial, cuenta con una visión global e histórica de la problemática mundial de la salud, así como de sus posibles soluciones.

CAPÍTULO 2 META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.

2.1 ANTECEDENTES.

La década de los años 70's, fue testigo de profundas modificaciones en el clima político y económico del mundo. Después de observar una serie de reivindicaciones y movimientos de descolonización y liberación nacional durante los sesentas, las relaciones internacionales tienden a dejar de ser un monopolio de un conjunto de países occidentales desarrollados.

En este contexto se afirma y reconoce la diversidad de civilizaciones, culturas, ideologías, políticas y concepciones sobre el orden mundial. Se proclama y se intenta llevar a la práctica el principio de la primacía y de la responsabilidad del estado en las decisiones y acciones que llevan al desarrollo nacional, y su derecho de intervenir en todo lo referente a este objetivo.

Como resultado del creciente retraso y agravamiento de los problemas económicos y sociales en la totalidad de los países llamados durante esa época el "Tercer Mundo", así como la evolución de una clara conciencia de solidaridad internacional entre ellos, "un número creciente de naciones desea y busca participar en la estructuración de un Nuevo Orden Mundial, basado en la independencia, la soberanía e igualdad de las naciones, en la justicia, en la

no injerencia de ningún país en los asuntos internos de otro, en el pluralismo y el pollicentrismo". (1)

Dichas reivindicaciones fueron materializándose en una serie considerable de manifestaciones concretas, repudiando la carrera armamentista y el equilibrio del terror, reclamando la continuidad de la distensión entre el Este y el Oeste a fin de liberar los cuantiosos recursos asignados a fines militares, para la promoción del desarrollo internacional.

Asimismo, proclamaron su derecho a la participación activa en la búsqueda y la ejecución de decisiones tendientes a reducir la brecha que los separa de los países avanzados, y a superar las crisis económicas mundiales de las que el "tercer Mundo" ha sido la principal víctima.

De este modo emergen acuerdos específicos y generales, formales e informales, bilaterales y multilaterales, de tipo regional o internacional, entre países y áreas del mundo subdesarrollado. "Ejemplo de ello son el movimiento de los Países No Alineados"(2), diferentes "Convenios de productores de

1.- Kaplan, Marcos. "Lo viejo y lo nuevo" en Derecho Económico Internacional. Análisis Jurídico de la Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados, México. Edt. Fondo de Cultura Económica (FCE). 1978, pp. 38-42.

2.- Constituido en la Conferencia de Belgrado en 1961.

materias primas de países en desarrollo" (3), "el Grupo de los 77"(4), "el uso del poder de votación de los países en desarrollo en la Asamblea General de las Naciones Unidas, fórmulas de integración regional" (5) y el Sistema Económico Latinoamericano (SELA) entre otros.

Junto a los proyectos o intentos de acción común entre iguales, los países en desarrollo expresaron a las naciones desarrolladas la necesidad del establecimiento de un nuevo tipo de relaciones internacionales que implicara un trato más equitativo y favorable en lo referente a los problemas y a las posibilidades de desarrollo de los primeros (comercio de materias primas y manufacturas, términos de intercambio, financiamiento público y privado, asistencia, transferencia de tecnología y de ciencia, Fondo Internacional para el Desarrollo).

La expresión de estas reivindicaciones se ve concretada en la Carta de Los Derechos y Deberes de los Estados, presentada por el ex Presidente de

3.- Como por ejemplo los Convenios sobre el trigo, sésamo, café, azúcar, aceite de olivo, cobre y bauxita. Al respecto, habría que destacar la creación de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), cuyo objetivo en ese entonces era lograr precios justos por las materias primas y fomentar a nivel mundial la conciencia de que estaban desperdiciando los recursos básicos de los países del Tercer Mundo, al seguir criterios de explotación, producción y procesamiento que solamente respondían a las necesidades de la rentabilidad privada de las inversiones y de un desarrollo consumista por parte de los países avanzados. Sepúlveda, César. "Soberanía Permanente sobre los Recursos Naturales, las Materias Primas y la Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados". Derecho Económico Internacional, Análisis Jurídico de la Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados. México. Fondo de Cultura Económica (FCE). 1976. pp. 384 - 394.

4.- El Grupo de los 77 fue creado en el seno de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), y significó la unificación de las posiciones negociadoras de los países subdesarrollados o en desarrollo ante los países industrializados. Representó un gran adelanto en materia de cooperación económica internacional, pues concretó la posibilidad, hasta entonces insospechada, de que los "países tercermundistas" pudieran unificarse para la defensa de sus intereses comunes, a pesar de las enormes divergencias existentes entre ellos.

5.- En este caso, se encuentra el Grupo Andino (1969), la Asociación de Libre Comercio del Caribe, creada en 1965 y transformada en 1973 como Mercado Común del Caribe (CARICOM), Comunidad Económica de África Oriental (CEAOR) creada en 1967, Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN), 1967; entre otras.

México Luis Echeverría Álvarez, ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, misma que fue aprobada mediante la resolución 3281 en diciembre de 1974, la cual contempla de manera sintética y vigorosa las exigencias de la inmensa mayoría de países del planeta en favor de un Nuevo Orden Económico Internacional.

Es así que se presenta un contexto mundial en el que el sistema existente no sólo se revela de injusto, sino además, deja de funcionar y prueba de ello son las crisis monetaria y energética sufridas en esa década.

Esta situación y la capacidad de presión colectiva que empiezan a hacer sentir los países en desarrollo, antes aludida, conforman una realidad cuestionada de sus elementos estructurales esenciales, surgiendo en la comunidad académica diversos proyectos y modelos que buscan reformular globalmente las relaciones económicas y políticas internacionales.

"Cabe precisar que durante los años previos a la década de los 70's los principales estudios e informes académicos respondieron a la concepción del desarrollo con el uso frecuente de modelos y de la teoría de sistemas, como instrumento principal de análisis y de predicción de la vida social". (6)

Antes, la atención se había fijado en problemas importantes pero específicos, como el crecimiento, la deuda externa, el comercio, etc. Ejemplo de ello es la Estrategia de las Naciones Unidas para el Primer y Segundo Decenio para el Desarrollo, la cual consideró que éste podía ser medido fundamentalmente por el ritmo de crecimiento del Producto Interno Bruto y el intercambio internacional de productos, concentrándose en alcanzar metas generales cuantitativas, sin hacer énfasis en el necesario cambio de las estructuras políticas y económicas del orden vigente.

El análisis de los obstáculos más significativos para el cumplimiento de esa estrategia muestra que uno de sus errores principales fue el supuesto de que el desarrollo del Tercer Mundo se vería facilitado y estimulado por su inserción al sistema económico mundial. La realidad probó que la vinculación aumentó la dependencia en la medida en que hizo producir a los países débiles no lo que ellos requerían, sino lo que deseaban los países dominantes en el sistema internacional.

"A su vez, en cuestiones de comercio y ayuda, el esquema se limitaba a formular recomendaciones de carácter voluntario a los países industrializados. Además, la estrategia no tuvo suficientemente en cuenta el condicionamiento de las estructuras de dominación interna inherente a toda relación desigual, relegando así la cuestión central del poder". (7)

Como resultado de su fracaso, en diversos foros académicos empieza a generarse una nueva corriente de pensamiento que considera que el desafío a enfrentar es crear un Nuevo Orden Internacional, lo que a su vez exige redefinir el contenido del concepto de desarrollo y su dinámica.

El primero de los proyectos o modelos aludidos lo constituye "Los Límites del Crecimiento", que es también el "informe inicial al Club de Roma, presentado en 1972" (8). A este proyecto le siguieron diferentes informes, entre los que destacan los siguientes: "Reshaping of the International Economic Order o Proyecto del Club de Roma (1976)" (9); "Qué Hacer de la Fundación Dag Hammarskjöld (1975)" (10); "Catastrophe or New Society o Proyecto Bariloche de la Fundación Bariloche (1976)" (11); "The Future of World Economic preparado para las Naciones Unidas (1977)" (12); "Declaración de Cocoyoc del Coloquio Internacional de Cocoyoc (1974)" (13); "How to Make Operative the New International Economic Order and

8.- Este informe precisó que el modo de desarrollo vigente no podía continuar, toda vez que las expectativas de cambio y mejoramiento a nivel mundial encontrarían un límite natural insuperable en la capacidad física del planeta para soportar un crecimiento demográfico sin control y un desarrollo industrial generalizado a todas las naciones. Su principal objetivo era implantar el concepto de la responsabilidad comunitaria del desarrollo global mediante el uso racional de los recursos no renovables a fin de retardar el colapso.

9.- Ibidem. p. 20. Este informe buscaba vincular el orden interno con el orden internacional y replantear el concepto de interdependencia.

10.- Ibidem. p. 15. Buscó un enfoque unificador del desarrollo a partir de una situación de crisis. Cambia el concepto de límites predominantemente físicos al desarrollo y lo sustituye por el de sociales y políticos.

11.- Ibidem. p. 27. Representó una respuesta latinoamericana a los modelos globalistas norteamericanos, afirmando que los mayores problemas de la sociedad son políticos y no físicos. Estas cuestiones se originan en la desigual distribución del poder en y entre las naciones.

12.- Ibidem. pp. 36 y 37. Partiendo de un producto insumo-producto, argumenta que los límites del crecimiento económico sostenido y desarrollo acelerado son de naturaleza política, social e institucional y no de carácter físico.

13.- Ibidem. p. 17 y 18. Señala que el desarrollo no es de las cosas sino de los seres humanos. Proclama la búsqueda de la autodependencia y el derecho que cada pueblo tiene de determinar sus propios patrones de desarrollo. Parten de que el problema no es la escasez, sino la mala distribución.

Duties of the States del Coloquio de Argel (1975)" (14); "Towards a New International del Club de Roma (1976)" (15) y "Symposium on a New International Economic Order realizado en los Países Bajos (1975)" (16).

A través de estos informes aparece el principio de un consenso, en el sentido de que las relaciones internacionales deben favorecer a las fuerzas interesadas en un nuevo desarrollo, concebido como un problema global, en el cual se entrelazan los aspectos económicos, sociales, políticos, nacionales e internacionales.

De igual manera, dichos informes permiten observar que un Nuevo Orden Internacional implicaba la revisión no sólo de objetivos de desarrollo económico, sino incluso de los instrumentos de análisis y de la perspectiva a partir de la cual se enfocaba la crisis contemporánea.

De conformidad con lo anterior, se puede afirmar que el concepto de un Nuevo Orden Económico Internacional sirvió de base para debates constructivos entre naciones ricas y pobres dentro de la estructura del Sistema de las Naciones Unidas y fuera de ella.

14.- *Ibidem*, pp. 16 y 19. Parte de un objetivo de desarrollo que da prioridad a la promoción del ser humano sobre la acumulación de bienes. Contempla el desarrollo como un proceso de transformaciones estructurales en lo económico, político, social y cultural a través de la participación de las masas y en su beneficio.

15.- *Ibidem*, pp. 25 y 27. Busca un modelo de desarrollo armónico en las diferentes regiones y pueblos de la tierra que comprenda un desarrollo cultural íntegro con base en una mayor eficiencia y equidad en el manejo de los recursos.

16.- *Ibidem*, pp. 19 y 20. Propone que el desarrollo del ser humano debe iniciarse con los pobres de cada sociedad: las necesidades esenciales deben ser vistas no como mercancías a producir, sino como derechos humanos.

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, la Conferencia Mundial sobre Población, la Conferencia Mundial de la Alimentación, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, celebradas durante el decenio 1971 - 1981, permitieron que cierto número de naciones y de grupos de naciones perfilaran líneas de intereses comunes para determinar y formular más claramente sus necesidades y aspiraciones nacionales, regionales o mundiales.

Todos estos factores indudablemente influyeron en los acontecimientos que tuvieron lugar en la Organización Mundial de la Salud en el curso de la década en cuestión. Así, ante la necesidad de nuevas maneras de abordar los problemas mundiales de salud y métodos diferentes para tratar de resolverlos, los años previos a la adopción de la Meta de Salud para Todos en el año 2000 fueron años de revisión y de reestructuración de las actividades de la OMS, tiempo durante el cual "... muchas ideas nuevas y muchas nuevas maneras de aplicar las antiguas cristalizaron en planes para el porvenir... se sentaron los cimientos teóricos, institucionales y técnicos para la Organización, radicalmente modificada, de las actividades que habremos de desarrollar en los años venideros" (17).

Al respecto, cabe citar algunas líneas del prefacio del Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS al sexto informe sobre la situación sanitaria mundial, el cual abarca el período 1973 - 1977: "Se ha producido una reorientación fundamental de muestras, ideas y acciones. Las metas del desarrollo no se definen ya de forma exclusiva en función del crecimiento económico. El desarrollo se interpreta hoy como un proceso que conduce a la promoción de la dignidad y el bienestar del hombre y a la eliminación radical de la pobreza en tanto que obstáculo máximo al progreso y a la paz nacionales e internacionales ...". (18)

Habría que señalar que este nuevo enfoque, el cual implica la necesidad de una participación más equitativa en los recursos mundiales para los millones de habitantes del mundo insuficientemente atendidos, no fue la manifestación repentina de una idea revolucionaria, sino la evolución lógica de las políticas aplicadas por la Organización en los últimos años, derivadas de las experiencias acumuladas, así como de la captación de una realidad histórica en la que se advierte la relación de la salud con el medio socioeconómico y político.

Las revisiones de la situación de la salud mundial y de posibles caminos para lograr su mejoramiento condujeron a la precisión de un sistema de

valores en la OMS, el cual se hizo eco de una nueva conciencia moral internacional con respecto a la salud y el desarrollo.

De acuerdo con lo anterior, en mayo de 1977 la 30a. Asamblea Mundial de la Salud decidió mediante la Resolución WHA30.43, que la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS en los próximos decenios consistiría en alcanzar para todos los pueblos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, es decir, la meta comunmente denominada "Salud para Todos en el Año 2000".

En septiembre de 1978, se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Rusia, patrocinada conjuntamente por la OMS y la UNICEF, con la activa participación de 134 Estados miembros y representantes de 67 importantes Organismos Intergubernamentales y No Gubernamentales.

"Se reconoció unánimemente que la Atención Primaria de Salud como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo económico y social, era el medio apropiado para alcanzar la Meta de Salud para Todos, para lo cual se hizo pública una Declaración, así como una serie de 22 recomendaciones específicas y un informe sobre Atención Primaria de Salud" (19), mandatos que culminaron en las Américas el 28 de septiembre de 1981 con la aprobación del Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de Salud, por el Consejo Directivo de la OPS.

Las estrategias fueron aprobadas por el Consejo Directivo en 1980 (Resolución XX) y constituyen el fundamento de la política y programación de la OPS.

Este Plan de Acción contiene las metas mínimas y objetivos regionales, acciones que los Gobiernos de las Américas deberán realizar, otorgando prioridad al intercambio y la disseminación de la información.

"La Conferencia declaró que la situación sanitaria de cientos de millones de personas en todo el mundo era inaceptable y exigía la aplicación de un nuevo criterio a la salud y a la atención a la salud a fin de reducir la distancia entre los *poseedores* y los *desposeídos*". (20) Reiteró que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social en todo el mundo, e instó a todos los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con todos los demás sectores interesados. Señaló que para ello sería preciso ejercer la voluntad política, movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

La conferencia exhortó a una urgente y eficaz acción internacional, además de la nacional, con el fin de impulsar y poner en práctica la Atención Primaria de Salud en el mundo entero y particularmente en los países en

desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional.

Asimismo, la Conferencia declaró que los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse a través de la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Al mismo tiempo, el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. La Conferencia estimó que la plena participación de la comunidad es indispensable para el desarrollo de la atención primaria y el mejoramiento de la salud humana.

En ese marco, la conferencia define a la atención primaria de salud como "...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente bien fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y

constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (21)

La Declaración de Alma-Ata definió también los componentes esenciales de la Atención Primaria de Salud en los siguientes términos:

"...la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales". (22)

Componentes que fueron ratificados en la Reunión Interregional celebrada en Riga, Rusia (ex URSS) en marzo de 1988, con la finalidad de examinar la evolución sanitaria suscitada desde Alma-Ata y las perspectivas de alcanzar la Meta de Salud para Todos.

Si bien en dicha Conferencia se reafirmaron los principios fundamentales de la Atención Primaria de Salud proclamados en Alma-Ata, sin embargo se plantearon tres observaciones a las cuales se tendría que poner atención:

21.- *Ibidem*, p. 2

22.- *Ibidem*, p. 3

1.- Los países menos adelantados han hecho progresos muy limitados y se han visto afectados más gravemente por la crisis económica de los años 80's.

2.- Los problemas de salud son cada vez más agudos en las zonas urbanas muy pobres, y

3.- Persisten graves deficiencias en la Organización y gestión de los servicios de salud -en particular en el plano del distrito- que se traducen en un derroche de los escasos recursos disponibles o en su utilización inapropiada.

Para lo cual, se recomendaron 10 puntos para la acción, entre los que destacan los siguientes:

- a) medidas encaminadas a capacitar a la población para actuar;
- b) colaboración intersectorial como fuerza para la salud para todos;
- c) fortalecimiento de los sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria;
- d) intensificación de la acción social y política en favor de la salud, y
- e) elaboración de una iniciativa prioritaria especial de la OMS y de la comunidad internacional en apoyo de los países menos adelantados.

En este sentido, la Atención Primaria de Salud "... es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas, de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en

materia de salud pública...entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.... se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas ". (23)

Es indispensable señalar que el concepto de la Atención Primaria de Salud se manejaba desde los años 60's, e incluso antes, sin embargo, es hasta este momento que se ve completado e institucionalizado. Como ya se indicó, la experiencia acumulada por la Organización llevó a la conclusión de que los servicios tradicionales de salud no permitían atender las necesidades esenciales, situación que incitó a la búsqueda de otros medios.

Toda una serie de nuevos planteamientos sobre algunos de los principios más fundamentales de la salud pública, propiciaron la idea de que la salud es un elemento vital para el crecimiento y el desarrollo de los individuos y las colectividades, y un derecho humano fundamental, y de que para fomentarla no basta ni mucho menos facilitar asistencia médica, considerando que la propia población debe hacer lo necesario para mejorar su salud, sin depender de nadie, constituyó una actividad de vanguardia para aquella época.

De igual manera, cabe subrayar que en 1978 la OMS, en colaboración con el UNICEF y los estados miembros interesados, llevó a cabo en nueve países un estudio sobre la participación de la colectividad en la asistencia primaria de salud y, en particular, sobre el proceso de motivación y participación permanente de la población.

"El estudio contenía ejemplos de la inapreciable intervención de la colectividad en la iniciación de actividades de asistencia primaria de salud, de la forma en que podían aprovecharse ciertas oportunidades para el fomento de la salud y de cómo las actividades sanitarias podían catalizar otras actividades de desarrollo. Guinea Bissau y Sudán ofrecieron dos excelentes ejemplos de la aplicación de este criterio". (24)

Las nuevas propuestas en materia de atención de la salud se formularon principalmente con base en las necesidades de los países en desarrollo y de acuerdo a los resultados obtenidos por ellos mismos. Esta situación responde a un contexto internacional, ya descrito, en el que las exigencias de una mayoría se vieron reflejadas en las políticas y decisiones adoptadas por los diferentes Organismos Especializados, entre ellos la OMS.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y la Declaración respectiva, sirvieron para aglutinar los avances de varios

24.- Informe del Director General acerca de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Doc. A33/7. Ginebra, Suiza. OMS: 1980. p. 17.

decenios, consagrando los principios teóricos y confirmando las relaciones decisivas existentes sobre salud y otros sectores sociales y económicos.

Al hacerlo de esta manera, preparó el camino para que la salud quedara íntimamente incorporada a la calidad de la vida como denominador común de todas las actividades políticas, sociales y económicas. Reviste entonces, tanta importancia para los países prósperos como para los países en desarrollo.

Además, la Conferencia en cuestión constituye el primer paso de un esfuerzo mundial hacia la salud para todos, que permitió por primera vez a los países expresar su compromiso político y su intención de fomentar y apoyar la Atención Primaria de Salud.

En noviembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 34/58 sobre salud como parte integrante del desarrollo. En esta resolución, la Asamblea General hizo suya la Declaración de Alma-Ata, celebró los esfuerzos de la OMS y el UNICEF por alcanzar la salud para todos en el año 2000, e instó a los órganos pertinentes de las Naciones Unidas a que coordinaran y apoyaran los esfuerzos de la OMS mediante acciones apropiadas dentro de sus respectivas esferas de competencia.

En conexión con la preparación de una nueva Estrategia Internacional de Desarrollo, que fue objeto de examen durante el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrado en 1980,

la Asamblea General pidió que se prestara cuidadosa atención a la contribución de la OMS, la cual se vería reflejada en la Estrategia Mundial de Salud para Todos.

En 1979, el Consejo Ejecutivo de la OMS publicó un documento titulado "Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000", el cual contenía los principios fundamentales y las cuestiones esenciales para la formulación de esa clase de estrategias. Por su parte, "la 32a. Asamblea Mundial de la Salud lanzó la Estrategia Mundial de la Salud para Todos, al adoptar su resolución WHA32.30". (25)

En esta Resolución, la Asamblea de la Salud hizo suyos el Informe y la Declaración de Alma-Ata e invitó a los Estados miembros de la OMS a que consideraran la posibilidad de utilizar de inmediato el mencionado documento, tanto individualmente para la formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales, como colectivamente para la formulación de estrategias regionales y mundiales.

Toda esta serie de hechos constituyen los antecedentes a la formulación de una Estrategia Mundial, cuya meta es Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000, misma que será detallada en los siguientes puntos.

2.2 DEFINICION

De acuerdo con los documentos A32/8 y A34/5 de la Organización Mundial de la Salud, que contienen los principios básicos y las cuestiones esenciales tendientes a la formulación de estrategias, así como la propia Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, la "salud para todos" significa la realización del objetivo de la OMS consistente en "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud", y que, como mínimo, todos los habitantes de todos los pueblos deberán gozar por lo menos de un grado de salud que les permita trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en la que viven.

Para alcanzar ese grado de salud, es preciso que todas las personas tengan acceso a la Atención Primaria de Salud y, por conducto de esta, a todos los escalones de un sistema de salud completo, y aunque es de suponer que todos los países tienen un concepto general análogo del significado de salud para todos, tal como se acaba de esbozar, cada país interpretará ese significado en función de sus características sociales y económicas, de la situación sanitaria y la distribución y tipología de la morbilidad de su población, así como del grado de desarrollo del sistema sanitario nacional.

Así pues, la característica principal de esta meta es su dimensión totalizadora que considera la salud como uno de los componentes del nivel de bienestar de cada comunidad trascendiendo los límites de una concepción de

la salud como un fenómeno de "enfermedad - no enfermedad", para considerarla en la resultante social de cada comunidad nacional, que a su vez se expresa concretamente en un determinado nivel o calidad de vida.

La consecución de esta meta reclama transformaciones sociales y económicas de trascendencia y profundo significado, así como la revisión de los conceptos en que se basan la orientación y organización de los sistemas nacionales de salud. Esto obliga a una cuidadosa ponderación de los medios y la secuencia de las acciones, necesarios para lograr dichas transformaciones en un tiempo relativamente corto.

De lo anterior, se desprende, que la Meta de Salud para Todos debe ser considerada, no sólo como un objetivo que se desea alcanzar o como una meta limitada, sino como un factor dinámico esencial para los procesos de cambio. Su potencia principal radica en sus posibilidades inmediatas para orientar la definición de políticas, facilitar el diseño de estrategias adecuadas, formular acciones y guías y propiciar la creación y movilización de los recursos necesarios para desarrollarlas.

La interpretación de la meta como un instrumento conceptual y básico para el despegue de un proceso, le confiere vitalidad y realismo en su propósito social. Como se observará más adelante, el desarrollo mismo de esos procesos en el contexto de cada realidad nacional modificará y enriquecerá las orientaciones y los contenidos iniciales.

2.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.

La Estrategia de Salud para Todos tiene como base los siguientes principios fundamentales, los cuales han sido establecidos por los Estados miembros de la OMS en numerosas resoluciones de sus órganos deliberantes:

1.- La salud es un derecho humano fundamental y una meta social para todo el mundo;

2.- Las marcadas desigualdades que existen actualmente en la situación sanitaria de las poblaciones son causa de preocupación común para todos los países y deben reducirse drásticamente. Es fundamental para la estrategia, una distribución equitativa de los recursos de salud tanto entre los diversos países como en el interior de cada uno de ellos, con miras a hacer accesibles a todos la Atención Primaria de Salud y sus servicios de apoyo;

3.- La población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la prestación de su asistencia sanitaria. En consecuencia, la participación de la comunidad en la construcción de su porvenir sanitario y socioeconómico, incluida la participación en masa de las mujeres, los hombres y los jóvenes, es una nota dominante de la estrategia;

4.- La responsabilidad que incumbe a los Gobiernos en cuanto a la salud de su población hace imperativa la adopción de medidas de salud y otras medidas sociales adecuadas. El compromiso político del Estado en su conjunto y no simplemente del Ministerio de Salud, es indispensable para alcanzar la salud para todos.

5.- Es preciso que los países adquieran la auto responsabilidad en materia de salud para poder alcanzar la salud para toda su población. La auto responsabilidad nacional comprende la iniciativa nacional, pero no forzosamente la autosuficiencia.

En lo relativo a la salud ningún país es autosuficiente; la solidaridad internacional es indispensable para el desarrollo y la ejecución de las estrategias de salud para superar los obstáculos. Esa solidaridad internacional en materia de salud debe respetar la autoresponsabilidad nacional;

6.- De conformidad con el reconocimiento por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la concepción de salud se da como parte integrante del desarrollo, la energía humana generada por una mejor salud debe encauzarse en apoyo del desarrollo económico y social y a su vez, el desarrollo económico y social debe orientar hacia el mejoramiento de la salud de la población, el sector de la salud por sí sólo no puede alcanzar la Meta de la Salud para Todos. Será preciso coordinar los esfuerzos de los demás sectores sociales y económicos interesados en el desarrollo nacional y de la comunidad, en particular los de agricultura, cría de animales, producción de alimentos, industria, educación, vivienda, obras públicas y comunicaciones. Incumbe a los Ministerios de Salud u otras autoridades equivalentes la importante función de estimular y coordinar esas actividades en favor de la salud.

7.- Deben aprovecharse mejor y más plenamente los recursos mundiales para fomentar la salud y el desarrollo, y contribuir así a fomentar la paz mundial. La estrategia se ajustará, pues, a los principios del Nuevo Orden Económico Internacional y contribuirá a su establecimiento y a su mantenimiento una vez que este establecido. La cooperación técnica y económica entre los países es de importancia capital para el logro de la salud para todos, puesto que aportará el apoyo mutuo necesario para el establecimiento y la ejecución de la estrategia. Constituye la mejor expresión de la solidaridad internacional en materia de salud que garantiza la autoresponsabilidad nacional⁽²⁶⁾.

Dichos principios se contemplaron en el documento que el Consejo Ejecutivo de la OMS presentó a los Estados miembros en 1979, intitulado "Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. Principios Básicos y Cuestiones Esenciales". (27)

El citado documento proponía que las estrategias fuesen formuladas ante todo y sobre todo por los países, de conformidad con las políticas según la cual la acción internacional se basaría en las necesidades reales de los propios países. Fundándose en esas estrategias y planes de acción nacionales, y en apoyo de éstos, se establecerían después colectivamente las estrategias regionales y mundiales.

Al mismo tiempo, para que la meta pudiera ser alcanzada por todos los países, colectiva e individualmente, era necesario establecer un marco común en el que pudieran formular sus estrategias y planes de acción.

2.4 ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.

"La Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000" (28), aprobada por la 34a. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1981 mediante la resolución WHA34.36, describe las líneas generales de acción que deben emprenderse en los planos político y operativo, en el ámbito

27.- Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. Principios Básicos y Cuestiones Esenciales. Doc. A328. Ginebra, Suiza, 1979.

28.- Salud para Todos en el Año 2000: Estrategia Mundial. Doc. A345. Ginebra, Suiza, OMS, 1982, p. 4.

Dichos principios se contemplaron en el documento que el Consejo Ejecutivo de la OMS presentó a los Estados miembros en 1979, intitulado "Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. Principios Básicos y Cuestiones Esenciales". (27)

El citado documento proponía que las estrategias fuesen formuladas ante todo y sobre todo por los países, de conformidad con las políticas según la cual la acción internacional se basaría en las necesidades reales de los propios países. Fundándose en esas estrategias y planes de acción nacionales, y en apoyo de éstos, se establecerían después colectivamente las estrategias regionales y mundiales.

Al mismo tiempo, para que la meta pudiera ser alcanzada por todos los países, colectiva e individualmente, era necesario establecer un marco común en el que pudieran formular sus estrategias y planes de acción.

2.4 ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.

"La Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000" (28), aprobada por la 34a. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1981 mediante la resolución WHA34.36, describe las líneas generales de acción que deben emprenderse en los planos político y operativo, en el ámbito

27.- Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. Principios Básicos y Cuestiones Esenciales. Doc. A32/B. Ginebra, Suiza. 1979.

28.- Salud para Todos en el Año 2000: Estrategia Mundial. Doc. A34/E. Ginebra, Suiza. OMS. 1982. p. 4.

nacional e internacional, en los sectores de la salud y en otros sectores económicos y sociales, con el fin de alcanzar "la Salud para Todos en el Año 2000".

Es de resaltar que la mayoría de los planes mundiales de acción derivados de las Conferencias Internacionales han sido formulados en el plano mundial en el curso de esas conferencias. La Estrategia Mundial de Salud para Todos, en cambio, empezó en los países y se elaboró a través de las regiones hasta llegar al plano mundial donde se ha completado el ciclo al centrarse la atención en el apoyo a los países.

La estrategia en cuestión, está basada en el concepto de sistemas de salud nacionales con fundamento en la Atención Primaria de Salud. Se apoya en la acción concertada entre el sector salud y los sectores socioeconómicos afines, de conformidad con los principios del informe de Alma-Ata. Además, fue elaborada de acuerdo con los principios fundamentales de la Meta, previamente descritos y es una síntesis de las ideas derivadas de las estrategias nacionales y regionales.

La estrategia es considerada igualmente válida para todos los países en desarrollo o desarrollados y al mismo tiempo, se hace particular hincapié en las necesidades de los países en desarrollo.

Su principal finalidad es el establecimiento de la infraestructura de los sistemas de salud, empezando por la atención primaria para la ejecución de programas nacionales que alcance a la totalidad de la población.

Esos programas incluyen medidas de fomento de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La estrategia supone la determinación de las medidas que deberán adoptar los individuos y los familiares en el hogar, las comunidades, el servicio de salud, el nivel primario y de apoyo, y los demás sectores. Incluye asimismo, la selección de la tecnología apropiada para el país del que se trate en el sentido de que esa tecnología tenga una base científica sólida, sea adaptable a las diversas circunstancias locales, aceptable para quienes la emplean y para quienes se benefician de ella, y pueda sufragarse con los recursos de que dispone el país.

Es de importancia capital para la estrategia asegurar el control social de la infraestructura y la tecnología sanitaria mediante la activa participación de la comunidad.

También se especifica la acción internacional que deberá desplegarse en apoyo de la acción nacional mencionada, mediante el intercambio de información, el fomento, el desarrollo de las investigaciones, el apoyo técnico, la formación, la coordinación dentro del sector salud y entre éste y los demás sectores, y la promoción y el apoyo de los elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud en los países.

Una vez explicados los principales rasgos de la estrategia consideramos conveniente pasar a una breve descripción de las secciones que componen el documento que nos ocupa.

La primera sección expone los problemas y las tendencias mundiales en el sector de la salud y en los sectores socioeconómicos afines, durante la década 1971-1980. En este sentido, aborda las posibilidades de supervivencia, causas de enfermedad y muerte; factores tales como la situación nutricional, el abastecimiento de agua y el saneamiento, la alfabetización y la situación económica, la organización y gestión de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, los gastos en salud y las tendencias demográficas.

De la problemática descrita, se infiere que tanto la situación sanitaria como la socioeconómica son insatisfactorias y por lo tanto, se requiere la adopción de estrategias adecuadas para abordar los problemas actuales y futuros.

La sección II contempla la definición de salud para todos, los principios fundamentales en los que se basa la estrategia, así como una explicación detallada de la relación existente entre la política sanitaria y la socioeconómica.

En este marco, se denota la contribución del sector de la salud a la nueva estrategia internacional para el Tercer Decenio del Desarrollo, y por su conducto, al establecimiento del Nuevo Orden Económico Internacional.

A continuación se presentan algunas de las medidas más importantes que contempla la estrategia a fin de llevar a efecto lo anterior:

"- La estrategia incorpora las políticas internacionales y nacionales encaminadas a conseguir una distribución equitativa de los recursos de salud y reducir la distancia entre la situación sanitaria de las poblaciones de los países en desarrollo por una parte, y la de los países desarrollados por otra. Así, la estrategia contribuirá a reducir las diferencias de la situación socioeconómica entre los países en desarrollo y los países desarrollados.

- Formarán parte de la estrategia la movilización, coordinación y racionalización de la transferencia de recursos procedentes de fuentes bilaterales y multilaterales para el establecimiento y aplicación de las estrategias nacionales de los países en desarrollo.

- El desarrollo de la infraestructura sanitaria fortalecerá las infraestructuras institucionales y materiales de los países en desarrollo. Las correspondientes políticas de desarrollo de los recursos de personal de salud contribuirán a que en esos países se alcance el volumen necesario de competencias administrativas, técnicas y científicas.

- La estrategia se ajustará a los principios del Nuevo Orden Económico Internacional en lo que respecta a la transferencia de tecnología, facilitando el acceso a todas las formas de tecnología para la salud, fomentando las investigaciones conjuntas en busca de tecnologías apropiadas para las condiciones sociales y económicas de los países interesados, ampliando el apoyo a los países en

desarrollo para que puedan alcanzar la autoresponsabilidad en materia de investigaciones y desarrollo de la salud, y fomentando las investigaciones entre los países desarrollados y en desarrollo en sectores de particular interés para éstos últimos, tales como las enfermedades tropicales, la reproducción humana y las enfermedades diarreicas.

- La estrategia abarcará el establecimiento de industrias en los países en desarrollo para la fabricación del equipo y los suministros necesarios y la promoción de la cooperación económica entre esos países en ese sector.

- Mediante políticas de nutrición bien fundamentadas, se contribuirá a un aprovechamiento eficaz de los alimentos disponibles. La estrategia comprenderá además la conclusión de acuerdos con las industrias nacionales y multinacionales de la alimentación sobre normas y prácticas de publicidad.

- El fomento de la cooperación entre los países en desarrollo en la formulación y aplicación de sus estrategias de salud para todos fortalecerá la cooperación técnica y económica entre los países en desarrollo, constituye un ejemplo de esa cooperación la adquisición conjunta de medicamentos esenciales a granel y de otros suministros por los países en desarrollo, lo que les permitirá conseguir mejores condiciones de compra. Además, el establecimiento de fábricas de productos farmacéuticos en esos países fortalecerá su potencial industrial". (23)

Retomando el seguimiento del contenido de la estrategia, la sección III define una serie de principios que son aplicables a todos los sistemas de salud basados en la atención primaria. Asimismo, se plantean actividades que los países deberán tener en cuenta al establecer sus sistemas de salud. Como ejemplo de dichos planteamientos se encuentran entre otros, los siguientes:

"- Se identificará, planificará y coordinará la acción que debe emprenderse en el sector salud;

- La planificación central tendrá por objeto permitir a las comunidades de diferentes tipos y tamaños desplegar sus propias actividades de Atención Primaria de Salud;

- Se organizará y aplicará un sistema logístico para el conjunto del país;

- Los recursos de personal de salud se planificarán, adiestrarán y desplegarán en función de las necesidades específicas de la población, como parte integrante de la infraestructura sanitaria". (30)

De igual modo, se contemplan líneas de acción en materia de coordinación dentro del sector salud, acción intersectorial, organización de la Atención Primaria de Salud en las comunidades, sistema de envíos de enfermos, sistema logístico, recursos de personal de salud, instalaciones de asistencia sanitaria, tecnología para la salud, investigaciones sobre sistemas de salud, elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud, centro social del conjunto del sistema de salud y establecimiento de metas.

Es pertinente aclarar que para efectos del presente trabajo no se considera necesario profundizar en la explicación de las citadas líneas de acción, tendientes al desarrollo de un sistema de salud, debido al carácter eminentemente técnico de las mismas.

En esta sección también se expone, a modo de ejemplo, el tipo de medidas o metas que los países, teniendo en cuenta sus situaciones socioeconómicas y sanitarias, podrían alcanzar en el plano mundial para el año 2000, las cuales se enuncian a continuación:

1.- Todos los habitantes de todos los países tendrán por lo menos fácil acceso a la atención de salud esencial y a las instalaciones del primer escalón de envío de enfermos;

2.- Todos los individuos participarán activamente en la prestación de asistencia de salud para sí mismos y sus familias, en la medida de sus posibilidades, y en la acción comunitaria orientada hacia la salud;

3.- Las comunidades de todo el mundo compartirán con los gobiernos la responsabilidad de la atención de salud para todos sus miembros;

4.- Todos los gobiernos asumirán la responsabilidad general de la salud de sus poblaciones;

5.- Se facilitará a todas las poblaciones abastecimiento de agua potable y saneamiento;

6.- Se asegurará una nutrición adecuada para todos;

7.- Se inmunizará a todos los niños contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia;

8.- En el año 2000, las enfermedades transmisibles no deberán tener mayor importancia para la salud pública en los países en desarrollo de la que tienen en 1980 en los países desarrollados;

9.- Se aplicarán todos los procedimientos posibles de prevención y lucha contra las enfermedades no transmisibles y de fomento de la salud mental, procurando influir en el estilo de vida y vigilar la calidad del medio físico y psicosocial;

10.- Los medicamentos esenciales deberán ser asequibles a todos". (31)

En este orden de ideas, procede apuntar las metas mínimas establecidas en 1981 por la Región de las Américas:

"1) La expectativa de vida al nacer se fija en 70 años para el año 2000;

2) La mortalidad infantil en todos los países de la región de las Américas se establece en no más de 30 defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos;

3) La mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años en todos los países de la región se establece en no más de 2.4 defunciones por 1000 niños;

4) Para el año 2000 la meta regional consiste en vacunar a todos los menores de un año contra la difteria, el sarampión, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y, en casos necesarios la tuberculosis, vacunar a todas las mujeres embarazadas contra el tétanos y ampliar la cobertura a los grupos que constituyen objetivos prioritarios respecto a otras enfermedades transmisibles según este indicador;

5) Proporcionar agua potable y saneamiento básico al mayor número posible de habitantes para 1990 y ampliar esta protección a todos para el año 2000;

6) Asegurar en el año 2000 el acceso a todos los habitantes de cada país a los niveles apropiados de los servicios de salud". (32)

Tomando en consideración estas metas, la situación actual de México en este aspecto es el siguiente: la esperanza de vida de la población ha alcanzado los 70.3 años lo que significa un incremento de 1.2 años durante los

31.- *ibidem*. pp. 45 y 46.

32.- Salud para Todos en el Año 2000: Estrategia Mundial. Doc. Oficial No. 173. Washington D.C., E. U.A. OPS. 1982. pp. 43 - 45. Anexo II.

últimos cinco años. Los programas de salud reproductiva tienen cada vez mayor aceptación: la tasa global de fecundidad se redujo de 3.6 hijos por mujer a 3.0 en el mismo período.

El perfil de la morbilidad y de la mortalidad se ha modificado a nivel nacional de manera significativa, pero los factores que aún persisten son la desnutrición, las infecciones, la falta de regulación de la fecundidad, la inaccesibilidad a los servicios de salud y la falta de higiene, entre otros. Desde octubre de 1990 no se han reportado casos de poliomielitis, el sarampión y la tos ferina se encuentran en avanzado proceso de eliminación y el 80% de los niños mexicanos menores de 5 años cuentan con esquemas de vacunación completos. En virtud de los resultados obtenidos, México asesora a 24 países en la implantación de programas de inmunización.

El programa de prevención de enfermedades diarreicas logró, entre 1992 y 1994, disminuir a la mitad el número de muertes por enfermedades infecciosas intestinales entre niños menores de 5 años, pasando de 15,490 a 7,900 casos. La mortalidad infantil y preescolar muestra una tendencia descendente al registrarse tasas del 31% y 33% por cada 100,000 nacidos vivos.

Anteriormente, las causas de muerte más frecuentes en México eran enfermedades infecciosas y parasitarias. Ahora, son las enfermedades del

corazón, los tumores malignos, las lesiones y los accidentes, además de las enfermedades de la pobreza como el cólera, entre otras.

Por otro lado, el sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las prácticas sexuales poco seguras son los factores de riesgo que explican la mayor parte de las muertes evitables por enfermedades no infecciosas con excepción del SIDA.

Como se puede observar las metas mínimas regionales para el año 2000 abarcan menos aspectos y en algunos puntos difieren de los planteados como ejemplo a nivel mundial, toda vez que los primeros responden a una situación sanitaria y socioeconómica específica.

En lo que respecta a la Región de las Américas, para dar cumplimiento a las metas citadas se procedió a "realizar una reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia; la promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial; la promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional". (33)

En lo que se refiere a la sección IV relativa a la promoción y apoyo del desarrollo del sistema de salud, se hace mención a una serie de acciones necesarias entre las que se destacan:

33.- Ibidem. p. 50. Parte II.

- El fortalecimiento del ministerio de salud u otra autoridad análoga que representa al conjunto del sector de la salud como punto focal, o bien, autoridad directiva y coordinadora de la estrategia nacional; conseguir el compromiso político en el supremo escalón nacional e internacional, así como el apoyo de los planificadores del desarrollo económico; introducir las reformas necesarias en el sector de salud promulgando disposiciones legislativas adecuadas para definir los derechos y los deberes de las personas en lo relativo a su propia salud, así como los de las diversas categorías de personal e instituciones de salud; obtener el apoyo de los grupos profesionales del sector de la salud y de otros sectores; establecer y aplicar un proceso de gestión apropiado para el desarrollo nacional de la salud; reorientando las investigaciones biomédicas sobre el comportamiento y sobre los sistemas de salud e identificando aquellas que se puedan realizar utilizando los recursos nacionales, las actividades para los cuales necesitan colaboración internacional, y las que es mejor confiar a los países que disponen de mayores recursos para las investigaciones sobre salud; difundir la información general, técnica y popular con miras a conseguir la aceptación de la estrategia y la participación de la misma.

La sección V se aboca a la obtención y movilización de recursos. Entre las medidas propuestas para tal efecto, sobresalen: movilizar todos los recursos humanos y no solamente el personal de salud; crear consejos de salud de la comunidad, compuestos de una muestra representativa de la

población de la comunidad, encargados de establecer la Atención Primaria de Salud y de vigilar su aplicación.

En el plano internacional, se pidió a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que incluya en su Programa Mundial de Alfabetización, información sobre la salud que permita alcanzar una comprensión elemental de las necesidades en materia de nutrición y de salud y adquirir los principios de prevención y lucha contra los problemas de salud más comunes; revisar la distribución de su presupuesto de salud, reasignar los recursos disponibles en la medida de lo necesario, estimar el orden de magnitud del total de las necesidades financieras para la aplicación de la estrategia nacional hasta el año 2000; a nivel internacional se propone intercambiar información sobre diversos modos posibles de financiación de los sistemas de salud; la transferencia de recursos desde los países desarrollados hacia los países en desarrollo que estén dispuestos a dedicar considerables recursos adicionales a la salud, con el fin de alcanzar un nivel de transferencia equivalente al 0.7% de los gastos en salud de los países desarrollados.

La sección VI, comprende las acciones relativas a la cooperación bilateral, característica esencial de la estrategia, en virtud de que es la forma que adoptará la mayor parte del apoyo internacional. Esta cooperación comprende la ayuda técnica entre los países desarrollados, la cooperación entre países desarrollados y en desarrollo, así como la utilización de la

Organización Regional de la OMS para facilitar la cooperación entre ellos. Toda esta cooperación fue dirigida a la aplicación de las estrategias antes descritas.

"La vigilancia de los progresos obtenidos en la aplicación de la estrategia y la evaluación de su eficacia en los países, constituyen los temas que aborda la sección VII, en donde se establece la necesidad de introducir un proceso de vigilancia y evaluación apropiado a las necesidades de cada país, como parte de su proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud".

(34)

En este proceso, los países tomaron en cuenta indicadores de las políticas sanitarias e indicadores socioeconómicos, así como indicadores sobre la situación sanitaria, la calidad de la vida y la prestación de atención primaria.

También en los planos regional y mundial se vigiló y evaluó la estrategia. De esa manera, los países colaboraron en la evaluación de los progresos conseguidos colectivamente en las regiones y en todo el mundo hacia la meta de salud para todos. En estos planos, la vigilancia y evaluación estuvieron basadas en la información recibida de los países.

34.- Al respecto, se puede señalar como antecedente que, en 1976, a petición de los Estados miembros, la OMS preparó unas normas provisionales para la evaluación de programas de salud, que pudieran aplicar los países en sus programas y actividades así como la misma OMS en sus programas en colaboración. Estas normas generales, que fueron aprobadas por la 31a. Asamblea Mundial de la Salud en 1976, fueron adaptadas en un texto publicado en 1981 con objeto de integrar la evaluación en el conjunto del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. "Evaluación de los Programas de Salud: Normas Fundamentales". *Estado Salud para Todos*. No. 6, Ginebra, Suiza. OMS, 1981. p. 9.

Este proceso de cooperación facilitó a todos los países información sobre la situación sanitaria y socioeconómica predominante, y permitió decidir si deben efectuarse modificaciones en la política sanitaria internacional y en la estrategia mundial.

La estrategia contempló que la vigilancia y evaluación mundiales se basarían en los siguientes indicadores. El número de países en que:

"1.- La salud para todos ha sido adoptada como política en el más alto nivel oficial,

2.- Se han constituido o fortalecido mecanismos para asociar a la población en la ejecución de las estrategias, y esos mecanismos funcionan efectivamente,

3.- Se destina a la salud el 5% por lo menos del Producto Nacional Bruto,

4.- Se dedica una proporción razonable de los gastos nacionales en salud a la atención local,

5.- Los recursos están distribuidos equitativamente,

6.- El número de países desarrollados en los cuales por lo menos el 0.7% de los gastos en el sector salud se destinan a apoyar las estrategias de la salud para todos en los países en desarrollo,

7.- La Atención Primaria de Salud está a disposición de toda la población y supone por lo menos los elementos siguientes:

- agua potable en la vivienda o a una distancia que no exceda de 15 minutos a pie, e instalaciones de saneamiento adecuados en la vivienda o en su proximidad inmediata,

- inmunización contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis;

- atención de salud local, incluida la posibilidad de disponer de 20 medicamentos esenciales por lo menos a una distancia que pueda recorrerse con una hora de marcha o de transporte;

- personal adiestrado para la asistencia a la maternidad, a los partos y asistencia a los niños, por lo menos durante el primer año de vida,

8.- El estado nutricional de los niños es satisfactorio por cuanto:

- el 90% por lo menos de los recién nacidos tienen un peso al nacer de 2500 gr. Como mínimo,

- el 90% por lo menos de los niños tienen un peso para la edad que corresponde a las normas establecidas en el documento de la OMS sobre "Medición del efecto nutricional".

9.- La tasa de mortalidad infantil para todos los subgrupos que pueden identificarse es inferior a 50 por 1000 de los nacidos vivos.

10.- La esperanza de vida al nacer es de más de 60 años,

11.- La tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres sobrepasa el 70%,

12.- El Producto Nacional Bruto por habitante sobrepasa los 500 dólares de los E.U.A." (35)

De igual manera, la estrategia indica que los informes sobre los progresos serán objeto de examen cada dos años por los Comités Regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud; y cada 6 años se

35.- Para una mayor explicación sobre la selección de los indicadores en cuestión, consúltese "Preparación de indicadores para Vigilar los Progresos realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000". Serie Salud para Todos, No. 4. Ginebra, Suiza. OMS, 1982.

realizarán evaluaciones nacionales seguidas de evaluaciones mundiales para medir los efectos de la estrategia.

Finalmente, la sección VIII habla de las acciones que la OMS llevó a cabo para el establecimiento y aplicación de la estrategia, las cuales se enuncian a continuación:

- coordinar todos los aspectos de la estrategia y la cooperación con los Estados miembros, así como la tarea de facilitar la cooperación entre estos,
- prestar particular atención a la formulación de los programas generales de trabajo de la Organización en relación con la estrategia, y a la reestructuración de la Organización en relación con sus funciones, en apoyo a la estrategia, de conformidad con la decisión de la 33a. Asamblea Mundial de la Salud.
- promover activamente la estrategia en los escalones políticos supremos de los países, entre las agrupaciones geopolíticas de países, en el Sistema de las Naciones Unidas, en las Organizaciones Internacionales No Gubernamentales y benéficas y en los medios de información de masas,
- emprender acciones encaminadas a conseguir el apoyo de los bancos, los fondos y los Organismos Multilaterales y Bilaterales;
- facilitar la cooperación técnica entre sus Estados miembros, entre los países en desarrollo, entre los desarrollados y entre aquellos y éstos,
- funcionar como centro internacional de selección y difusión de información técnica fidedigna,
- promover y apoyar las investigaciones y el desarrollo,

- actuar como punto focal en apoyo del establecimiento y la aplicación de procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud,
- fomentar el desarrollo de los recursos de personal en particular, mediante la formación de personal docente y el apoyo de las instituciones docentes,
- utilizar su influencia para fortalecer la coordinación internacional en el sector de la salud, y fomentar la acción intersectorial en el plano internacional mediante consejos consultivos de desarrollo de la salud y el establecimiento de arreglos bilaterales y multilaterales con otros Organismos de las Naciones Unidas,
- conseguir la movilización internacional de las personas y los grupos que puedan prestar apoyo a la estrategia, y facilitar la transferencia internacional coordinada de recursos en apoyo de las estrategias de los países en desarrollo,
- intensificar sus programas mundiales sobre los elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud.

Como último punto de la estrategia, se aludió la necesidad de preparar un Plan de Acción que comprenda las medidas que deberán adoptarse en los distintos planos nacional, regional y mundial, no sólo en el sector de la salud sino también en los demás sectores interesados. Consecuentemente, el Consejo Ejecutivo de la OMS preparó un proyecto de Plan de Acción para la Aplicación de la Estrategia, el cual fue objeto de examen por los Comités Regionales en 1981, redactado en su forma definitiva en 1982 y presentado a la 35a. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1982.

2.5 PLAN DE ACCIÓN PARA LA INSTRUMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS.

En la Resolución WHA34.36 adoptada en mayo de 1981, la 34a. Asamblea Mundial de la Salud pidió al Consejo Ejecutivo que preparara un Plan de Acción para la Aplicación, la Vigilancia y la Evaluación de la Estrategia Mundial de la Salud para Todos y que lo presentara, teniendo en cuenta las observaciones de los Comités Regionales, a la 35a. Asamblea Mundial de la Salud. De esta forma, mediante la Resolución WHA35.23, la Asamblea aprobó en mayo de 1982 el "Plan de Acción para la Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000"⁽³⁶⁾.

En el Plan de Acción se invitó a los Estados miembros a que revisen, actualicen y formulen según procede, sus políticas sanitarias nacionales, sus estrategias y sus planes de acción nacionales para la aplicación de las mismas, incluyendo en lo posible metas específicas; a que revisen y reorienten sus sistemas de salud cuando sea necesario; a que adopten medidas para fomentar y apoyar el establecimiento y la aplicación de sus estrategias, incluida la movilización de recursos; y a que introduzcan y establezcan mecanismos necesarios para vigilar y evaluar sus estrategias.

El Plan de Acción invitó a los Comités Regionales a actualizar y adaptar sus estrategias regionales en la medida en que sea necesario; a tener en cuenta la posibilidad de definir metas regionales

36.- Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para Aplicar la Estrategia. Doc. A35/3. Ginebra, Suiza. OMS. 1983.

basándose en las metas nacionales; a preparar planes regionales de acción y a adoptar medidas de promoción y apoyo, entre ellas el fomento de la cooperación entre países y la movilización de recursos. Además, se les pidió que vigilaran y evaluaran las estrategias regionales.

Se señalan de igual manera, las medidas específicas que deberán adoptar el Consejo Ejecutivo, la Asamblea Mundial de la Salud y el Director General en apoyo de la aplicación de las estrategias. Finalmente, el Plan contiene un calendario de las acciones que los Estados miembros y los órganos de la OMS deberán llevar a cabo para la aplicación de la estrategia, con objeto de orientar debidamente el proceso de evaluación en los países y en la OMS.

"En el ámbito regional, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud o Comité Regional para las Américas adoptó el Plan de Acción en su XXVIII Reunión, celebrada en octubre de 1981". (37)

El Plan de Acción Regional constituye una pauta detallada, la etapa intermedia entre la formulación de los objetivos, metas y estrategias regionales, y su traducción en programas concretos.

A nivel de los Gobiernos representa una guía y marco de referencia para el ajuste de los planes nacionales de salud, de modo tal que concorra el esfuerzo regional, a través de la solución de problemas prioritarios que cada país determine en su propio contexto, y facilite la definición de acciones conjuntas y solidarias entre los países de la región.

A nivel de la organización, proporciona la orientación fundamental para los ajustes de sus políticas, de su organización, de sus procedimientos y programas de cooperación.

El Plan de Acción se estructura en tres grandes grupos de acciones: las destinadas al desarrollo de las estrategias nacionales y regionales de atención primaria; las referentes a la instrumentación de los necesarios mecanismos de apoyo a estas estrategias y las que se requieren para la organización de un sistema de evaluación y monitoreo de los objetivos, metas y estrategias regionales, y del mismo Plan de Acción.

Al igual que en otros puntos citados anteriormente, consideramos innecesario hacer una descripción con detalle de las actividades contempladas en este documento, en virtud de su carácter eminentemente especializado en las ciencias médicas y de salud pública.

2.6 EVOLUCION DE LA APLICACION DE LAS ESTRATEGIAS.

2.6.1 1er. INFORME SOBRE LA VIGILANCIA DE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS.

"El Primer Informe sobre Vigilancia de los Progresos"⁽³⁶⁾, fue examinado por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud en 1984. Dicho documento se preparó a partir de los seis informes regionales, que a su vez estuvieron basados en los reportes nacionales, en datos suministrados por la Secretaría de la OMS.

El informe en cuestión permite observar de manera general la pertinencia y las principales orientaciones de las Políticas Nacionales de Salud en relación con la "Meta de Salud para Todos" así como una serie de recomendaciones tendientes a la búsqueda de soluciones a los problemas planteados hasta ese momento.

Uno de los objetivos que se lograron fue un alto nivel de sensibilización política, demostrando en una gran mayoría de los países que existía la voluntad política de alcanzar la meta de salud para todos, para lo cual, se habían formulado o se estaban formulando políticas nacionales de salud con el fin de conseguir la cobertura de toda la población con la atención primaria de salud.

36.- Informe sobre Vigilancia de los Progresos Alcanzados en la Aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Informe del Consejo Ejecutivo, Anexo 3 del doc. WHA37/1984(REC1), Ginebra, Suiza, OMS, 1984.

Los países estaban empezando a examinar sus propios sistemas nacionales de salud con la intención de reorientarlos hacia el criterio de atención primaria, emprendiendo también importantes esfuerzos para adiestrar y reorientar al personal correspondiente hacia este tipo de atención.

El derecho y el deber que incumben a la población de participar en el desarrollo de su propio sistema nacional de salud había sido reconocido oficialmente por una gran mayoría de los países informantes, y en varios de ellos se estaban ensayando diversas medidas para conseguir esa colaboración. En algunos países se habían iniciado además esfuerzos encaminados a estimular a otros sectores afines con objeto de emprender una acción intersectorial en materia de salud.

También se observó cierta tendencia a intensificar la cooperación bilateral, en particular, en cuanto a compartir la información y los conocimientos técnicos y al establecimiento de acuerdos sobre problemas de salud prioritarios.

Por otra parte, fueron muy pocos los países que habían establecido, para aplicar sus estrategias, Planes de Acción bien definidos, que incluyeran metas y objetivos específicos, un calendario y datos sobre la proyección y asignación de recursos. Siendo menos todavía los países que podían evaluar la aportación de recursos de procedencia nacional y exterior en apoyo de sus estrategias. Todo ello hizo suponer que los países no contaban con la

información indispensable para respaldar sus procesos de planificación y gestión o que no habían mejorado la capacidad de gestión de sus sistemas de salud lo suficiente para poder utilizar la información disponible.

Aunque la tasa general de respuesta era satisfactoria, ya que 112 de los 161 Estados que hasta ese entonces formaban parte de la Organización, habían cumplido con tal requisito, se indicó que la información dejaba mucho que desear en lo que se refería a su calidad y por la falta de algunos datos. Un ejemplo de ello fue que algunos de los países no pudieron dar testimonio sobre el indicador más importante de la situación sanitaria de su población, como lo es la tasa de mortalidad infantil. Igualmente, en un corto número de países, los datos suministrados diferían de los que se derivaban de otras fuentes oficiales. Esta situación planteó la cuestión de la validez y la fiabilidad de la información.

Otro punto importante, contemplado en el documento, fue que las deliberaciones y conclusiones de algunos de los Comités Regionales no permitían deducir cuales eran los obstáculos que habían observado en la aplicación de las estrategias regionales.

A pesar de sus limitaciones, se consideró que el proceso de vigilancia había aportado información útil, la cual llevó a las siguientes recomendaciones principalmente:

"- Debería efectuarse un análisis de los problemas que se plantean a nivel nacional en la interpretación de los indicadores y en el acopio y análisis de datos, con miras a mejorar la vigilancia de la aplicación de las estrategias;

- es necesario un examen en profundidad para identificar las limitaciones existentes y las medidas concretas que deberían adoptarse para mejorar la utilización y distribución de los recursos adicionales, en particular de otros sectores, en apoyo de la salud;

- es necesario fortalecer más la capacidad de los países para establecer un proceso de gestión adecuado para el desarrollo de la salud, con inclusión del acopio, el análisis y la utilización de información en apoyo de ese proceso. Este es un sector en el que la OMS debería intensificar su cooperación técnica, en particular con los Estados miembros que estén plenamente resueltos a alcanzar la Meta de Salud para Todos;

- no es menos evidente la necesidad de orientaciones en materia de investigaciones orientadas hacia un tipo de desarrollo de la salud conforme a las estrategias de salud para todos;

- la OMS debería también fortalecer más su función de coordinación de la acción sanitaria internacional con respecto a las Organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas, en apoyo de las estrategias nacionales de salud para todos" (39).

Sobre el particular, consideramos importante señalar que las recomendaciones antes citadas suponen un análisis crítico de los diferentes aspectos del establecimiento y la ejecución de la estrategia, lo cual conlleva a que ésta última no quede únicamente en el nivel de proyecto y que su aplicación se conduzca de una manera eficaz.

2.6.2 EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS

"El Primer Informe sobre Evaluación de la Estrategia"⁽⁴⁰⁾ que también sirvió de base para el Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial, fue examinado por el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud en 1986, abarca el período 1978-1985 y está basado principalmente en las informaciones de 146 países, que representan el 88% de los Estados miembros de la OMS, sobre la evaluación de sus estrategias nacionales establecidas con el fin de alcanzar sus metas. A su vez, cabe señalar que el informe mundial se preparó de modo que constituyera una síntesis de los seis informes regionales.

Esta primera evaluación de la Estrategia de Salud para Todos demostró que "...muchos de los Estados miembros de la OMS habían pasado de una fase de vacilaciones, incertidumbre y escepticismo a una etapa de acción intensa en la que se manifiesta su voluntad, su confianza y su valor ..." ⁽⁴¹⁾. Esta afirmación se deriva de las voluminosas y analíticas contribuciones aportadas por los 146 Estados informantes que hicieron evidente el grado de compromiso y decisión con que se llevó a cabo esta tarea.

Del informe se desprende que, en muchos países, éste había sido el primer esfuerzo coordinado para revisar las estrategias nacionales de salud;

40.- Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Doc. A39/3. Ginebra, Suiza, OMS, 1986.

41.- *Ibidem.* p. 106

de hecho, algunos de ellos aprovecharon la oportunidad para emprender una evaluación general de sus progresos hacia la salud para todos. Otros, en cambio, consideraron que era demasiado pronto para evaluar de manera realista la eficacia de su estrategia.

"Al analizar los resultados generales de la evaluación, se identificaron 3 factores relacionados entre sí que influyeron claramente en dicho proceso". (42) En primer lugar, la mayoría de los países, desarrollados y en desarrollo, no habían ideado todavía métodos y procedimientos apropiados para una evaluación sistemática de la eficacia y los efectos de sus estrategias.

En segundo lugar, dicha mayoría no disponía de un estudio de la situación de partida que les permitiera apreciar los progresos realizados o los efectos conseguidos. En muchos países esta evaluación sirvió para establecer el primer punto de referencia que permitirá evaluar los progresos futuros.

Un tercer factor, considerado como el más importante, fue la falta de apoyo informativo para el proceso de gestión, y en particular de datos sobre los indicadores pertinentes. Además, la información producida por el sistema de salud tradicional no satisfizo las necesidades de la estrategia de salud para todos.

A pesar de dichas insuficiencias, la evaluación aportó, al igual que la primera vigilancia, información útil para valorar los logros, identificar claramente lo que no se había conseguido aún y la enorme tarea que quedaba por hacer. También sirvió para descubrir la necesidad de nuevos indicadores, más apropiados, para la medición de la salud y la atención sanitaria.

Esta aseveración se fundamenta en la información que a continuación se detalla sobre los logros y los obstáculos que han caracterizado la aplicación de la estrategia en el periodo 1978-1985, teniendo como base los doce indicadores mundiales ya aprobados (43).

En lo que respecta al *compromiso político*, la evaluación mostró que casi todos los países habían adoptado la estrategia y que algunos de ellos habían formulado sus estrategias nacionales con fundamento en los mismos principios. También se hizo patente, que aunque la salud ocupaba con frecuencia uno de los primeros puestos en el orden de las prioridades políticas del sector de la salud seguía siendo la parte débil en las políticas socioeconómicas.

43.- Confróntese el punto Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 en donde se señalan los siguientes 12 indicadores mundiales para la medición del estado de salud: 1.- La salud para todos adoptada como política en el más alto nivel; 2.- Constituir o fortalecer mecanismos para asegurar a la población en la ejecución de estrategias; 3.- Destinar a la salud, 5% por lo menos del PIB; 4.- Dirigir una proporción razonable de los gastos nacionales en atención a la salud local; 5.- Distribuir recursos equitativamente; 6.- Que los países desarrollados sigan destinando al menos el 0.7% de los gastos en el sector salud a apoyar las Estrategias de Salud para Todos en los países subdesarrollados; 7.- Que la Atención Primaria de Salud esté a disposición de toda la población; 8.- El estado nutricional de los niños sea satisfactorio; 9.- Que la tasa de mortalidad infantil sea inferior a 50 niños por cada 1000 nacidos vivos; 10.- Que la esperanza de vida al nacer supere los 60 años; 11.- Que la tasa de alfabetismo de adultos para hombres y mujeres sea superior al 70% y 12.- Que el Producto Nacional Bruto por habitante sobrepase los 500 dólares de E.U.A.

Muchos países notificaron tendencias positivas en cuanto a *la movilización de las comunidades en favor de la salud*. Igualmente se observó que en las políticas nacionales sanitarias se había hecho mayor hincapié en los grupos de población insuficientemente atendidos y desventajados, siendo evidentes ciertos progresos en la expansión de la infraestructura sanitaria hacia las zonas rurales de muchos países, y con ello la comprensión cada vez mayor de la necesidad de un cambio en los sistemas de salud.

También se hizo manifiesto el reconocimiento de *la necesidad de la coordinación dentro del sector de la descentralización del poder decisorio y de los recursos*, advirtiendo las limitaciones políticas, burocráticas, financieras y de otra clase que afectaban a la aplicación de dichos procesos.

"La mayoría de los países desarrollados y algunos países en desarrollo, como por ejemplo Cuba, la República Popular de Corea y Mongolia" (44), alcanzaron las metas que se habían fijado en cuanto a recursos de personal de salud. Sin embargo, en conjunto había sido difícil conseguir una distribución equitativa de los mismos o aumentar su productividad y su motivación.

Las limitaciones económicas afectaron gravemente el sector salud de muchos países, especialmente de África y América Latina, imponiendo con frecuencia reducciones drásticas en la disponibilidad de ciertos artículos muy

esenciales tales como medicamentos, equipo y medios de transporte, con lo que se redujo la capacidad de la infraestructura de salud existente para atender las demandas crecientes de la población.

La insuficiencia de fondos pasó a ser un factor de importancia capital que en muchos países en desarrollo impidió la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos. Por otra parte, "esa insuficiencia estimuló la búsqueda de otros posibles procedimientos para financiar los servicios correspondientes". (45)

La evaluación subrayó que las Estrategias Nacionales de Salud no habían prestado atención suficiente a las investigaciones y la tecnología, considerando erróneamente que estas representaban más un gasto que una inversión. Asimismo, se indicó la necesidad de simplificar los grandes progresos realizados en tecnología avanzada durante el decenio pasado, con miras a su aplicación en gran escala, a un costo razonable en los países en desarrollo, para lo cual no se había establecido aún ningún mecanismo.

El acceso a los servicios de salud mejoró, observando cierto aumento en la cobertura de algunos de los elementos de la Atención Primaria de Salud, tales como la inmunización, el abastecimiento de agua y la

45.- *Ibidem*. p. 55. En Malasia se realizó un importante estudio para determinar el modo de aprovechar los recursos más eficiente y equitativamente, así como para examinar otras posibles fuentes de financiación. Papua Nueva Guinea contuvo el crecimiento de los gastos hospitalarios y dedicó la mayor parte del ahorro así logrado a las zonas rurales desatendidas. La República de Corea hizo extensivo el seguro de enfermedad a las zonas rurales, etc.

atención de salud de la madre y el niño, incluida la planificación familiar, sin embargo, "en la gran mayoría de los países en desarrollo persistían las limitaciones y los problemas técnicos de gestión y financieros en la prestación en el plano de la comunidad de los 8 elementos de la Atención Primaria de Salud". (46)

Respecto a la situación sanitaria, tomando como base las modificaciones medidas sobre indicadores clave como la mortalidad infantil y la expectativa de vida, se mostró una tendencia hacia un mejoramiento de la salud en la mayoría de los países pero también se pusieron de manifiesto amplias disparidades regionales, principalmente entre los países de Europa y África.

Algunos de los países en desarrollo de América Latina y Asia hicieron notables progresos en la situación sanitaria de su población, pero la mortalidad infantil siguió siendo de 100 o más por cada 1000 nacidos vivos en 44 de los 156 países acerca de los cuales se contaba con información. Las enfermedades diarreicas, las infecciones agudas de las vías respiratorias, la malnutrición y las enfermedades que son objeto del Programa Ampliado de Inmunización, constituían las principales causas de mortalidad y morbilidad de lactantes y niños de corta edad.

46.- Los 8 elementos de la Atención Primaria de Salud son los siguientes: 1.- Educación sobre los principales problemas de salud y los correspondientes métodos de prevención y lucha; 2.- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; 3.- Abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico; 4.- Atención materno-infantil, incluida la planificación de la familia; 5.- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; 6.- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; 7.- Tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes y servicios de salud mental; y 8.- Suministro de medicamentos esenciales.

En muchos países en desarrollo, las enfermedades infecciosas y transmisibles subsistían al lado de las enfermedades crónicas de reciente aparición y de los nuevos problemas de salud relacionados con el medio ambiente. En los países desarrollados, se registraron tendencias alarmantes en cuanto al hábito de fumar, el consumo de alcohol y el empleo de drogas ilícitas.

Por otra parte, "se hicieron evidentes algunos progresos de índole social en lo que atañe al alfabetismo, la producción de alimentos y la condición de la mujer" (47). Pero en muchos aspectos, la situación social en el mundo empeoró en líneas generales. El desempleo aumentó, en particular entre los jóvenes y la diferencia entre los sexos en cuanto a alfabetismo se acentuó en algunas regiones, a pesar del aumento de la producción de alimentos, su distribución injusta, el rápido crecimiento demográfico y la sequía siguieron contribuyendo a agravar el hambre y la malnutrición en algunas partes del mundo.

En torno a las tendencias demográficas mundiales, "la evaluación indicó variaciones regionales en la tasa de población y una persistencia de las elevadas tasas de crecimiento demográfico en particular en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental". (48)

47.- *Ibidem.* p. 23. La proporción de personas analfabetas de 15 años o más bajó del 48 al 40% entre 1970 y 1980, y en un 29% para 1990. Sin embargo, debido al crecimiento demográfico, el número absoluto de analfabetos pasó de 731 a 800 millones, o sea un aumento de casi el 10%.

48.- *Ibidem.* p. 13. Durante los quinquenios 1975-1980 y 1980-1985, en algunas regiones de la OMS, entre ellas las Américas, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental, las tasas de crecimiento de la población se redujeron entre los dos períodos, sobre todo en el Pacífico Occidental, donde la tasa de crecimiento descendió en casi un 15% del 91,5% anual en 1975-1980, al 1,3 en la primera mitad del decenio de 1980. No hubo cambios en el crecimiento de población de la región de Europa, pero en la Región de África se experimentó durante esa misma mitad del decenio de 1980, un ligero incremento de poco más del 3,0% anual. En la Región del Mediterráneo Oriental, la tasa de crecimiento es solamente un poco menor, 2,9% anual.

En muchos países en desarrollo, las enfermedades infecciosas y transmisibles subsistían al lado de las enfermedades crónicas de reciente aparición y de los nuevos problemas de salud relacionados con el medio ambiente. En los países desarrollados, se registraron tendencias alarmantes en cuanto al hábito de fumar, el consumo de alcohol y el empleo de drogas ilícitas.

Por otra parte, "se hicieron evidentes algunos progresos de índole social en lo que atañe al alfabetismo, la producción de alimentos y la condición de la mujer" (47). Pero en muchos aspectos, la situación social en el mundo empeoró en líneas generales. El desempleo aumentó, en particular entre los jóvenes y la diferencia entre los sexos en cuanto a alfabetismo se acentuó en algunas regiones, a pesar del aumento de la producción de alimentos, su distribución injusta, el rápido crecimiento demográfico y la sequía siguieron contribuyendo a agravar el hambre y la malnutrición en algunas partes del mundo.

En torno a las tendencias demográficas mundiales, "la evaluación indicó variaciones regionales en la tasa de población y una persistencia de las elevadas tasas de crecimiento demográfico en particular en las regiones de África y del Mediterráneo Oriental". (48)

47.- *Ibidem.* p. 23. La proporción de personas analfabetas de 15 años o más bajó del 48 al 40% entre 1970 y 1980, y en un 29% para 1990. Sin embargo, debido al crecimiento demográfico, el número absoluto de analfabetos pasó de 731 a 800 millones, o sea un aumento de casi el 10%.

48.- *Ibidem.* p. 13. Durante los quinquenios 1975-1980 y 1980-1985, en Algunas regiones de la OMS, entre ellas las Américas, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental, las tasas de crecimiento de la población se redujeron entre los dos periodos, sobre todo en el Pacífico Occidental, donde la tasa de crecimiento descendió en casi un 15% del 91.5% anual en 1975-1980, al 1.3 en la primera mitad del decenio de 1980. No hubo cambios en el crecimiento de población de la región de Europa, pero en la Región de África se experimentó durante esa misma mitad del decenio de 1980, un ligero incremento de poco más del 3.0% anual. En la Región del Mediterráneo Oriental, la tasa de crecimiento es solamente un poco menor, 2.8% anual.

"Asimismo, el crecimiento espectacularmente rápido de la población urbana en la mayoría de las regiones es y sigue siendo causa de gran preocupación no sólo por sus graves consecuencias socioeconómicas sino también por la complejidad de las medidas requeridas para atender las necesidades consiguientes". (49)

En lo relativo a la cooperación entre países, se observaron tendencias alentadoras, pues no sólo existía una voluntad política de actuar en cooperación, sino que "en varias regiones y subregiones se habían establecido mecanismos funcionales capaces de adoptar medidas administrativas, jurídicas y financieras apropiadas, subrayando en general la conveniencia de aumentar la autoresponsabilidad nacional". (50)

Ante la situación previamente descrita, la evaluación identificó una serie de retos entre los cuales destacan los siguientes: el mantenimiento en el escalón supremo de la voluntad política en favor de la equidad y de un liderazgo capaz de orientar las decisiones nacionales hacia la reducción de las disparidades existentes en materia de salud, así como la necesidad de obtener

49.- *Ibidem*, p. 18. En total, el 42% de la población del mundo vivía en zonas urbanas en 1965, mientras que en 1975 la proporción era solamente del 36%. Cabe destacar que la Región de las Américas sigue siendo la más urbanizada, con el 71% de la población viviendo en zonas urbanas en 1965. Después se encuentra Europa con el 69%. Se calcula que en el año 2000 las mayores aglomeraciones urbanas sean las ciudades de México D.F. con 35.8 millones de habitantes, Sao Paulo con 28 millones, Calcuta con 18.6 millones y Bombay con 16 millones. Todas ellas del mundo en desarrollo.

50.- *Ibidem*, pp 59 - 61. Un ejemplo sumamente interesante de cooperación subregional en materia de salud lo constituye América Central, donde la acción conjunta de unos 200 funcionarios de salud de seis países habían permitido identificar los sectores prioritarios de interés común y formular proyectos nacionales e interpaíses en el marco del Plan sobre Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá. Los medicamentos esenciales son otro campo importante de cooperación en las Américas. Argentina, Brasil, y México acordaron colaborar en este sector con el Grupo Andino, en especial para la producción de materia prima. Los países Árabes del área del Golfo también estaban colaborando en la compra colectiva de medicamentos y vacunas. Por su parte, el Grupo de los Países No Alineados tomó iniciativas importantes en materia de cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD), adoptando en 1984 un programa, para el período 1984-1988, cuyos principales aspectos fueron las actividades de promoción y desarrollo de la capacidad de los países para aplicar las estrategias de salud para todos, la Organización de Redes Nacionales e Internacionales de instituciones para el desarrollo de la salud y la CTPD, y el fomento de las actividades de formación e investigación.

apoyo de todos. También se señaló la importancia capital de la motivación y el compromiso de los profesionales de salud en favor de la Atención Primaria de Salud.

Entre otros retos se mencionaron el fortalecimiento de los sistemas de salud, con particular atención al escalón intermedio, su función de apoyo a la comunidad y la utilización apropiada de las investigaciones y la tecnología de la atención de la salud.

Al mismo tiempo, se reconoció que las tendencias económicas prevaletentes y persistentes exigían iniciativas audaces para financiar el sector salud, incluidas medidas encaminadas a ampliar las responsabilidades y la participación de la población, de los organismos de beneficencia, de las instituciones de seguridad social y del sector privado.

Finalmente, se señala que en caso de no adoptar las medidas pertinentes, para los países más pobres del mundo, la "Meta de Salud para Todos en el Año 2000" seguirá siendo utópica si no se movilizan los recursos considerables y se encauzan con mayor eficiencia en apoyo de su acción nacional en materia de salud.

"En la Región de las Américas, la evaluación"⁽⁵¹⁾ concluyó que el 85% de los países que habían contestado el cuestionario correspondiente, habían

51.- Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el año 2000. Séptimo Informe Sobre la Situación Sanitaria Mundial, Vol 3. Región de las Américas. Washington D.C., E.U.A. OPS 1996. pp. 40-43.

declarado que la estrategia tuvo ciertas repercusiones y había sido eficaz. Sin embargo, se menciona que no se abordaron directamente los efectos que tenían las mejoras del estado de salud en la calidad de vida y algunos países como Guatemala, Barbados y Haití creían que era demasiado pronto para evaluarlos.

Asimismo, se indicó que existía una gran disparidad entre los países en el nivel de salud logrado y aún no se alcanzaban a distribuir equitativamente los cambios favorables en el estado de salud dentro de un país determinado. Los factores demográficos, la indebida reorientación y reorganización del sistema de salud y la crisis social, política y económica predominante fueron factores que impidieron que la estrategia fuese plenamente eficaz.

Con todo se consideró que el enfoque de Atención Primaria de Salud había contribuido en muchos casos, a mejorar los indicadores generales de salud. Entre los programas que mayores efectos habían tenido y que fueron citados con mayor frecuencia fueron el Programa Ampliado de Inmunización, los de Terapéutica de Rehidratación Oral, Salud Maternoinfantil, Abastecimiento de Agua y Saneamiento y Capacitación del Personal de Salud, así como las actividades emprendidas para lograr una distribución más equitativa de los servicios de salud.

Al abordar las perspectivas a futuro, la evaluación apuntó que la crisis económica seguía creando graves problemas en la región, opacando las esperanzas existentes para la aplicación de las estrategias nacionales y

regionales a fin de lograr la meta de salud para todos al final de este siglo. La deuda externa, la recesión y la inflación ocasionaron un notable deterioro de los indicadores de empleo, distribución de ingresos, acceso a los bienes y servicios básicos. Esos factores, se subrayó, se unieron para reducir aún más el grado de bienestar de vastos sectores de la población de las Américas y ampliar la brecha existente entre las clases sociales de la región. En este contexto, "la multicitada evaluación demostró que la Organización y los países miembros afrontaban cuatro dificultades de importancia crítica en su esfuerzo por mejorar la calidad de la atención de la salud en las Américas". (52)

La primera consistió en implantar una estrategia de administración fomentada por la OPS/OMS y otros mecanismos para garantizar una óptima utilización de los recursos disponibles.

La segunda dificultad consistía en entender mejor la relación que guarda el sector salud y sus prioridades con el proceso general de desarrollo socioeconómico.

La tercera dificultad, que representaba el compromiso de mejorar la salud en las Américas, radicaba en la ampliación de la capacidad del sistema de salud para entender y manejar su propia tecnología, lo que exigía una sustancial transformación en la actitud tradicional de los sistemas de salud.

Al respecto, se menciona que el desarrollo de una nueva tecnología y el control de la misma deben tener el mismo fin, es decir, facilitar el uso de recursos nacionales e internacionales para el logro de las metas nacionales de salud.

La dificultad final consistía en ampliar a un punto máximo la participación directa de los países miembros en las actividades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por lo tanto, era preciso que los países se convencieran de que su activa participación en el establecimiento de las metas, la ejecución de programas y la evaluación de los resultados dentro de la organización, fuesen asuntos directamente pertinentes para la atención de las necesidades de salud básica de sus poblaciones. Se planteaba así la necesidad de una mayor participación en las actividades de planificación, diseño de políticas, y esencialmente de una política de decisión para la OPS.

2.6.3 II INFORME SOBRE LA VIGILANCIA DE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN APLICACION DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS

El Informe Mundial sobre Vigilancia que se examina en este punto corresponde al período que va de 1985 a mediados de 1988 y se basa en "los seis informes regionales derivados de los reportes de 139 Estados miembros". (53)

53.- Segundo Informe sobre la Vigilancia de los Progresos realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos. Doc. EB83/2 Add.1/ Ginebra, Suiza, 1988. Dicho informe fue examinado por la 41a. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1989. Asimismo, su presentación en esta fecha responde a que dicho órgano decidió en 1987, mediante la resolución WHA39/7, modificar el Plan de Acción para aplicar la Estrategia, instituyendo la presentación de informes sobre Vigilancia de la Estrategia cada tres años, en vez de cada dos, a fin de tener más tiempo para reforzar el proceso nacional de vigilancia y evaluación.

El examen global de dichos reportes condujo a una serie de conclusiones, entre las cuales sobresalen las siguientes:

"- En términos generales la aplicación del proceso de vigilancia ha mejorado, sin embargo, en algunos países no ha sido integrado aún plenamente en el proceso nacional de planificación y gestión principalmente en la Región del Mediterráneo Oriental,

- La voluntad política por alcanzar la Meta de Salud para Todos se ha puesto de manifiesto de diversas maneras, ejemplo de ello es la prioridad concedida a las necesidades de los grupos vulnerables en no pocas políticas y estrategias nacionales de salud, la transferencia de recursos hacia la atención primaria y una disminución general de la tendencia a crear grandes instalaciones de atención terciaria basadas en complejas tecnologías". (54)

"- La reorientación de los sistemas de salud en función de los principios de la atención primaria ha progresado lenta pero incesantemente.

- La falta de información y de políticas claras para la producción y el despliegue equilibrados de los recursos humanos figura todavía entre los principales obstáculos a una distribución más equitativa.

- En la mayoría de los países en desarrollo aún no se ha concedido a las investigaciones y a la tecnología la importancia que merecen en las estrategias nacionales de salud para todos.

- Se ha incrementado la labor encaminada a lograr la participación comunitaria en las medidas de salud conexas, pero pocos países han elaborado estrategias claras para lograr dicha participación en una acción duradera de colaboración destinada a mejorar la situación sanitaria" (55).

54.- *Ibidem*. pp. 63-68.

55.- *Ibidem*. p. 23. Países como por ejemplo Irán, Egipto, Guinea, Senegal, Malasia, han demostrado un mayor compromiso en favor de la descentralización, la información y la educación de la población y el establecimiento de otros mecanismos nuevos y adicionales para facilitar la participación de la comunidad.

"- Se ha mejorado el acceso a los elementos esenciales de la atención primaria, sobre todo en lo que respecta a la inmunización, la atención curativa básica que comprende el suministro de medicamentos esenciales a nivel local, la distribución de agua salubre y la atención de la mujer durante el embarazo y el parto. En cambio, son escasos los progresos realizados en materia de saneamiento, sobre todo en las zonas rurales.

- Sobre la situación sanitaria se observan algunos progresos en la mayoría de los países en lo relativo a la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la esperanza de vida. A pesar de ello, la epidemia del SIDA surge como un grave problema de salud pública, en el que no hay en perspectiva ningún progreso para prevenir la enfermedad, a no ser mediante el cambio de comportamientos, o bien trataría. Igualmente, en algunos de los países en desarrollo, la constante crisis económica ha agravado la pobreza y contribuido al empeoramiento de la situación sanitaria y nutricional en general, sobre todo entre los grupos vulnerables". (56)

"- Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, se han hecho pocos progresos en la tarea de reducir las desigualdades sociales. El número de personas que viven en absoluta pobreza ha aumentado, creando una situación de desigualdad extrema.

- A pesar de la desalentadora coyuntura económica mundial, se han observado algunos signos esperanzadores en materia de cooperación internacional y de transferencia internacional de recursos al sector de la salud, en

56.- Los detalles sobre la actual situación socioeconómica, así como su repercusión en la situación sanitaria correspondiente, han sido objeto de estudio dentro del primer Capítulo.

particular, en beneficio de los grupos vulnerables y de los países menos adelantados". (57)

En virtud de lo anterior, el informe que nos ocupa plantea la existencia de 4 desafíos fundamentales.

El primero es el compromiso constante para reducir las desigualdades sociales, por resolver los problemas operativos que entorpecen la prestación de asistencia sanitaria, por aplicar los principios de la atención primaria y por asumir una mayor responsabilidad en lo tocante a la salud.

El segundo y tercer desafíos consisten en conseguir que se adopten las decisiones acertadas acerca de las políticas, y se centre más la atención en las prioridades y las metas sobre la base de una información fiable. Así como la utilización y gestión óptima de los recursos humanos, materiales, técnicos y financieros disponibles para la salud y la movilización de recursos complementarios.

57.- Ibidem. pp. 38 y 39. En el curso de los últimos diez años, la trágica situación de África al Sur del Sahara, y el intenso debate sobre la deuda externa de América Latina suscitado, movilizaron la opinión pública y elevaron el nivel de conciencia social en la comunidad internacional. Prueba de ello fue la aprobación en 1986 de un nuevo Programa de Acción de las Naciones Unidas para la recuperación económica y el desarrollo de África, cuyos recursos totales destinados a las actividades de 1986 ascendían a 1946 millones de dólares. Otra de las iniciativas que se han considerado como una de las más eficaces para movilizar recursos para la salud sobre una base geográfica es la que la OPS/OMS han apoyado en América Central, a saber, "La Salud, Puente para la Paz", la cual ha movilizado más de 325 millones de dólares. "La Alianza en Favor de los Niños" ha suscitado también la aportación de un volumen considerable de recursos. Un ejemplo de aportación extraordinaria es la del Rotary International a la Iniciativa del Programa Ampliado de Inmunización denominada Polio-Plus, que inicialmente se creó para movilizar 120 millones de dólares con qué atender las necesidades de la vacuna antipoliomielítica para el mundo en desarrollo durante un quinquenio y que en 1988 llevaba ya movilizados más de 200 millones de dólares en ofrecimientos de fondos en firme. Otro ejemplo de una acción intensa y eficaz de movilización de recursos en el plano internacional es el Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA. El fondo de depósito establecido para el apoyo global del programa recibió en 1987, 32.7 millones de dólares de la comunidad de donantes, y el nivel de apoyo para 1988 rebasó la suma de 65 millones de dólares.

El último desafío se refiere a la situación de los países menos adelantados, los cuales necesitarán un apoyo sin precedentes para poder realizar algún progreso. Incluso se hace énfasis en que "...los progresos que se realicen en esos países deberían ser la piedra de toque para saber si es válido y se puede alcanzar el objetivo de la salud para todos" (58).

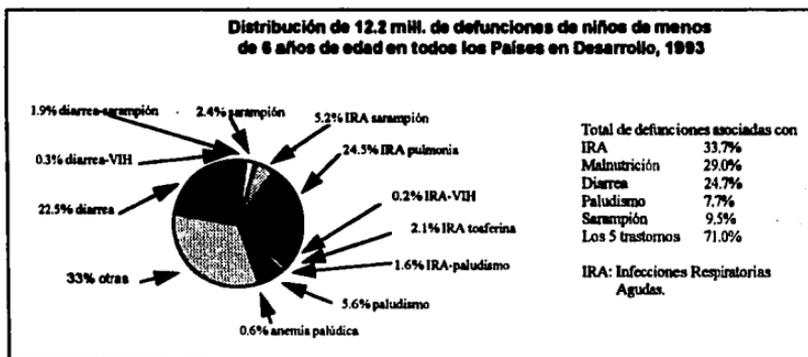
2.7 ACTIVIDADES SOBRESALIENTES

Como se ha observado en los puntos precedentes, en cumplimiento de su función directiva y coordinadora de asuntos de sanidad internacional, la OMS ha permitido a los Estados miembros durante esta última década no sólo identificar colectivamente los problemas de salud prioritarios planteados en todo el mundo, sino que además los ha conducido a la definición de políticas y metas sanitarias para abordar dichos problemas, y establecer en conjunto estrategias, principios y programas que a su vez den efecto a esas políticas encaminadas al logro de las metas, las cuales se encuentran englobadas en el lema de "Salud para Todos en el Año 2000".

Como acción complementaria, la OMS ha realizado una serie de actividades tanto en el orden técnico como en el de coordinación, orientadas hacia el mismo objetivo. Entre ellas destaca la selección de un Comité de Expertos de una lista inicial de 200 medicamentos esenciales, en un esfuerzo por otorgar mayor equidad y racionalidad a este componente de Atención Primaria de Salud.

Dicha lista se actualiza periódicamente a fin de reflejar los avances de la terapéutica moderna, actualmente comprende cerca de "250 medicamentos y vacunas esenciales y más de 100 gobiernos las han adaptado a sus propios requerimientos frecuentemente con el apoyo técnico de la OMS". (59)

En este ámbito, la OMS también ha colaborado en la preparación de pautas para políticas de reglamentación farmacéutica nacionales, en la formulación de criterios de ética aplicables a la promoción de productos farmacéuticos y en la ampliación del sistema de certificación de la calidad de dichas mercancías objeto de comercio internacional.



FUENTE: OMS, 1994.

A fin de abatir el índice de muertes infantiles causadas por las enfermedades diarreicas, la OMS ha promovido la idea de que "la rehidratación oral constituye la terapia más efectiva, simple y accesible aún para las familias más pobres". (60)

59 - *Four Decades of Achievement. Highlights of the work of WHO*, Ginebra, Suiza. OMS. 1988, p. 25.
60 - *ibidem*, pp. 27 y 28.

Al igual que el tratamiento de la tuberculosis, la rehidratación oral es un ejemplo de terapia elaborada y probada en los países subdesarrollados, cuyos beneficios también han alcanzado al mundo industrializado.

Otra de las actividades sobresalientes de la OMS es el desarrollo del "sistema radiológico básico (SBR)"⁽⁶¹⁾, que comprende la elaboración de la máquina de rayos X OMS-SRB y un juego de tres manuales, que permiten a todos los agentes de salud, después de un breve período de formación, efectuar exámenes radiológicos de gran calidad. Esta máquina requiere de un mínimo de mantenimiento aún bajo duras condiciones climatológicas y a un bajo costo.

Finalmente, habría que señalar la acción de la OMS frente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad que si bien hasta 1986 parecía que se concentraba en algunos focos de países que disponían de medios para hacer frente a la situación, en el transcurso de ese año quedó demostrado que "la infección estaba asumiendo proporciones mundiales y se propagaba rápidamente en los países en desarrollo, particularmente en Africa".⁽⁶²⁾

Por medio del Programa Mundial contra el SIDA, la OMS ha asumido su función constitucional de autoridad directiva y coordinadora de la acción internacional emprendida para prevenir y combatir la pandemia, elaborando

61.- Ibidem. p. 31.

62.- Actividades de la OMS 1986-1987. Informe Bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. OMS. 1988. p. XV.

una estrategia mundial al efecto, reconocida y apoyada por la Organización de las Naciones Unidas.

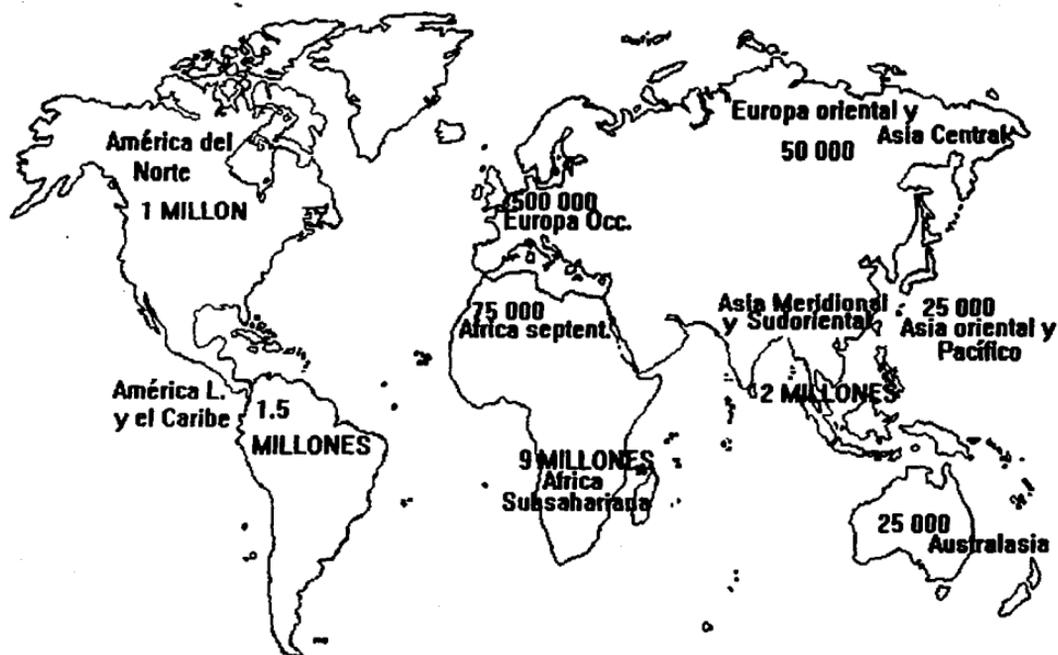
En menos de un año, un pequeño grupo de funcionarios de la Organización logró movilizar a centenares de expertos para la aplicación de la Estrategia Mundial contra el SIDA, a través de la prestación de ayuda a más de 100 países para el establecimiento de planes nacionales de carácter multisectorial y multidisciplinario.

Cabe destacar que casi todas las medidas de la OMS al respecto se financian con fondos extrapresupuestarios, pero estos se pueden movilizar y aprovechar debidamente gracias a que existe una infraestructura adecuada en este Organismo Especializado.

La Estrategia Mundial contra el SIDA comprende también la organización de numerosas reuniones de expertos y la publicación de pautas en los sectores de promoción de la salud, vigilancia y pronóstico epidemiológicos, investigaciones sobre ciencias sociales y del comportamiento e investigación epidemiológica.

"Se abordan aspectos como son los criterios para la práctica de pruebas de diagnóstico, los viajes internacionales y la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA en las cárceles, la lactancia materna

DISTRIBUCION MUNDIAL ESTIMADA DE INFECCIONES POR EL VIH HACIA FINALES DE 1993



Fuente: OMS no. 11. 1993

y la infección por el VIH, la garantía de inocuidad de la sangre, los productos sanguíneos y la inmunización de lactantes y niños portadores del VIH" (63).

El número acumulativo de casos notificados hasta el 30 de junio de 1994 por conducto de las Oficinas Regionales fue de 985,119 correspondiente a 190 países. Sin embargo, estos datos no son exactos debido al carácter incompleto del diagnóstico, a la falta de notificación a las autoridades de salud pública y ante la tardía notificación del mismo, por lo que el número total es de más de 4 millones.

A finales de 1994 se calcularon 17 millones de hombres, mujeres y niños infectados por el VIH. Las 2/3 partes de esas infecciones se han dado en la adolescencia y la juventud por transmisión heterosexual, previéndose que "la proporción aumentará al 75% o el 80% en el año 2000". (64)

Esta pandemia ha ocasionado que uno de cada tres niños nacidos de mujeres infectadas del VIH contraiga la infección y fallezcan a la edad de cinco años, por lo que a mediados de 1994 eran alrededor de 1 millón de niños afectados, mismos que se localizan en el Africa Subsahariana.

Asimismo, la OMS publica constantemente información confirmada sobre todos los aspectos del problema y ha propugnado la adopción de medidas preventivas de la propagación que respeten los derechos humanos y

63.- "Estrategia Mundial para la Prevención y Lucha contra el SIDA". Informe del Director General, Doc. E889/23, Ginebra, Suiza. OMS, Noviembre de 1988.

64.- Aplicación de la Estrategia Mundial contra el SIDA. Informe del Director General, Doc. E895/32, Organización Mundial de la Salud (OMS). Noviembre de 1994, p. 27.

eviten toda discriminación contra las personas portadoras del VIH o afectadas ya por la enfermedad.

Aun cuando a la fecha no se ha encontrado una fórmula para el tratamiento del SIDA que conduzca a su eliminación o bien a su control, la OMS ha demostrado con las acciones brevemente descritas, su capacidad para hacer frente tanto a los complejos problemas sociales, culturales, educativos y de comportamiento relacionados con el VIH, como para la movilización de los trabajos que abarcan los aspectos epidemiológicos y biomédicos correspondientes.

2.8 EVALUACION DE LAS ACCIONES ENCAMINADAS AL LOGRO DE LAS METAS.

A través de los años y específicamente a la luz del trabajo realizado por la OMS, se ha puesto de manifiesto la interdependencia existente entre todos los miembros de la comunidad internacional para poder resolver diversos problemas sanitarios que han afligido a la humanidad.

Partiendo del conocimiento de dicha premisa, el mejoramiento de la salud con todo lo que ello implica -elevación de la calidad de la vida, erradicación y prevención de enfermedades, investigación y desarrollo de tecnologías, adecuada prestación de servicios, entre otros-, constituye una empresa mundial que afecta e interesa a todos por igual independientemente de ideologías y de sistemas económicos y políticos. En esa virtud, la

concertación internacional trasciende como uno de los medios más importantes para encauzar soluciones tendientes al logro de un alto grado de salud en todo el mundo.

Concientes de lo anterior, la Meta de Salud para Todos en el Año 2000 surge como una respuesta de la OMS ante la magnitud de los problemas de salud, conociendo los factores que los generan y condicionan, todo ello con base en largas experiencias llevadas a cabo en países subdesarrollados.

Además, se inscribe en un momento histórico en el que se hace necesario un replanteamiento de las políticas desarrollistas, asumiendo estos últimos un papel protagónico en el marco de los Organismos Internacionales, por lo que el movimiento se inicia con gran fuerza y apego a las necesidades del tercer mundo.

Es de precisar que dicha fuerza también se ve sustentada por el hecho de que existe el reconocimiento de los países industrializados de la inoperatividad de los sistemas convencionales de atención médica por ser caros, sumamente sofisticados y poco efectivos.

El principal aporte de la meta ha sido poner en circulación una nueva doctrina sobre la salud en la que concurren aspectos biológicos, sociales, económicos y políticos, afianzando una cultura sanitaria que conlleva la

aplicación de principios de universalidad, equidad y justicia social, además de despertar una conciencia mundial sobre el valor intrínseco de la salud.

Este proyecto ha permitido a los Estados miembros que conforman la OMS identificar colectivamente los principales problemas de salud mundial, los ha llevado a la definición de una política sanitaria, de metas específicas, al establecimiento de estrategias, a la formulación de acciones y a la búsqueda y movilización de recursos necesarios para lograr dichas metas.

La Atención Primaria de Salud, como fundamento de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, responde en un principio a las exigencias de los países en desarrollo para luego ser también aplicable en los países desarrollados, lo que la hace un concepto universal y flexible, remarca cómo de manera inequívoca influyen en la salud factores socioeconómicos y amplía la definición de la atención a la salud para incorporar tanto las acciones preventivas y curativas como la participación comunitaria en la gestión y vigilancia de la salud. Este último elemento es de trascendental importancia toda vez que la acción directa de la población puede ser un medio para lograr una mejor salud y a la vez un medio de aprendizaje de la responsabilidad política, condición propicia para la democratización de la sociedad en su conjunto.

La estrategia demanda transformaciones económicas, sociales y administrativas, lo que hace necesario el estudio y planteamiento de cambios

en la dinámica y modalidad del desarrollo interno de cada país. En este sentido, la Organización a través de la estrategia ha incitado a los Estados miembros a buscar soluciones para sus propios problemas, fomentando la **autoresponsabilidad nacional en salud y evitando la imitación de medidas o sistemas adoptados por los países desarrollados.**

Vemos así que la OMS no sólo se ha limitado a cuestiones estrictamente técnicas, sino que también ha ejercido una lucha política porque cada uno de sus Estados miembros se comprometían al mas alto nivel en la aplicación de la estrategia. Al adoptar la meta y al realizar los trabajos consiguientes, la Organización se ha convertido en un destacado foro de negociación en el que ha prevalecido un nuevo tipo de diálogo internacional del desarrollo.

Tal afirmación se puede constatar al revisar las Actas de los debates relativos al tema efectuados en la Asamblea Mundial de la Salud y en el Consejo Ejecutivo. En dichas actas se observa una amplia participación de países como Bangladesh, Nigeria, India, Nicaragua, Cuba, la Ex Yugoslavia, Hungría, Checoslovaquia (actualmente República Checa y República Eslovaca), Japón, Países Bajos, Suecia, Francia, Unión Soviética (actualmente Rusia) y los Estados Unidos, entre otros, cuyas discusiones llevaron a la adopción de principios, estrategias y planes de acción aprobados casi en su totalidad por consenso o unanimidad. De lo anterior, podemos deducir que la salud ha sido políticamente menos controvertible que casi todas las demás aspiraciones de orden social.

Cabe señalar que a dicha situación contribuyó en gran medida la conducción de la Organización, tan hábilmente llevada por el Doctor Haflðan T. Malher, Director General de la OMS de 1973 a 1988, período en que se consolidó como uno de los más eficientes Organismos del Sistema de Naciones Unidas y el menos politizado.

De esta forma, la Meta de Salud para Todos proporciona las herramientas conceptuales, técnicas y de gestión necesarias para realizar cambios estructurales que vayan de la sociedad civil a los gobiernos, y de éstos a la Organización Internacional.

Por otra parte, las tres vigilancias y la evaluación que hasta el momento se han efectuado sobre la aplicación de la estrategia, nos permiten resaltar lo siguiente:

- la aplicación de la estrategia ha sido muy lenta, sin embargo, a través de ella, se han identificado con mayor precisión los problemas a los que se enfrenta la mayoría de los países para alcanzar un mejor grado de salud,

- el proyecto otorga definitivamente mayor atención a las necesidades y al estudio de los problemas del mundo en desarrollo,

- el método planteado contempla su elaboración de abajo hacia arriba, de lo interno hacia lo internacional, la práctica demostró que dicha metodología no ha sido aplicada durante todo el proceso, un ejemplo de ello es la actitud de la Región de las Américas, que después de haber elaborado la Estrategia Regional y el Plan de Acción correspondiente, la mayoría de los Estados

membros mostraron una falta de interés y compromiso en la realización de las evaluaciones dejando esta tarea a la Oficina Regional, por lo que los debates fueron casi nulos.

En esa medida, la crítica que resulta de las evaluaciones respectivas es parcial, pues contempla sólo el punto de vista del propio Organismo. Esta situación provoca un deterioro en la efectividad del proyecto, debido a que no existe una total correspondencia entre las necesidades y las soluciones que se van presentando, como fue inicialmente previsto.

- las evaluaciones han puesto de relieve la forma en que la pobreza y el subdesarrollo, así como la crisis económica actual han sido factores determinantes para obstaculizar el logro de mejores niveles de salud e incluso ésta última ha implicado el retroceso en algunos aspectos en los que ya se había ganado terreno mediante la aplicación de la estrategia.

Sin el estudio del efecto real que han tenido dichos trabajos en las políticas nacionales de salud de algún Estado miembro que haya adquirido el compromiso de alcanzar la multicitada meta, así como de su participación en la elaboración de las estrategias y planes de acción referidos, no estaríamos en posibilidades de completar un análisis sobre la factibilidad y correspondencia de la meta.

CAPITULO 3 PROBLEMATICA MUNDIAL DE LA SALUD.

DEFINICION E IMPORTANCIA DE LA SALUD.

3.1 CONCEPTUALIZACION.

El concepto de salud se ha ampliado, abarcando no sólo el término físico sino también el mental, principalmente porque la salud mental tiene marcada influencia en nuestro entorno, en el desarrollo de nuestras relaciones sociales, en las formas que nos sirven para expresarnos y claro, con esto debemos entender nuestro yo interno, nuestra propia psicología.

La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como "...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1). Asimismo, la OMS contempla dentro de sus principios que "...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económico-social" (2).

Esta definición ha sido criticada aludiendo problemas de orden conceptual, debido a que no otorga a la salud la categoría de "fenómeno social e históricamente determinado..."(3), es decir, por faltarle la idea de que la salud,

1.- Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza, OMS. 30a. Edición. 1994. p. 1.

2.-Ibidem. p. 1

3.- Necesidades esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas. Salud, Vol. 4. México COPLAMAR, Presidencia de la República. Edir. Siglo XXI. 3a. Edición, 1985. p. 19.

individual y colectiva depende de las condiciones materiales de vida, de los valores y la ideología que prevalecen en una comunidad, así como del ambiente y los servicios de salud disponibles.

En el hombre, no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico social, biológica y psicológicamente. En ese sentido, se hace necesario considerar la salud-enfermedad como un proceso en el que una y otra condición se influyen de manera recíproca, a través de un sinnúmero de factores vinculados con aspectos ambientales, sociales, económicos y políticos.

Bajo esta perspectiva, se ha llegado a caracterizar a la salud como "la ausencia de enfermedades y ésta a su vez, como desviación de una norma fisiológica, pero además constituye el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural y una experiencia subjetiva e individual, considerando que quizás lo más importante es que sea un proceso dinámico para poder concebirla en un momento dado, en una sociedad y en un tiempo determinados". (4)

Por lo que toca a la concepción dada por la OMS, pese a que ha sido calificada de utópica e incompleta, para algunos autores no parece pertinente dejarla de lado, a fin de seguir aspirando a grados más elevados de salud. En todo caso, se ha considerado que está determinada históricamente.

4.- Soberón Acevedo, Guillermo y Otros. *La Salud en México: Testimonio 1988. Fundamentos del Cambio Estructural*, Tomo I, México, Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE), 1988, pp. 26 y 27.

"La aspiración a una salud como bienestar físico, social y mental, concebida como un derecho y como un objetivo social importante es una consecuencia del surgimiento del estado social de derecho en muchos países". (5)

Abundando sobre la viabilidad del concepto de salud utilizado por la OMS, habría que agregar que el mismo no debe ser apreciado de una manera aislada, por el contrario, debe concebirse como parte integrante de una serie de principios de los cuales se deriva el objetivo fundamental de la organización que consiste en "...alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud..." (6).

En esa medida, consideramos que la OMS plantea un objetivo en la que queda implícita la inexistencia de una salud perfecta.

Por otra parte, no es conveniente que dicha concepción sea analizada únicamente desde el punto de vista teórico o a partir de la definición elaborada en 1946, sino que debe ser complementada con el estudio de la aplicación que la propia Organización ha dado al concepto al llevar a cabo las tareas necesarias para su mejoramiento.

5.- *Ibidem*, p. 27. Se considera que el estado social de derecho es una respuesta a las condiciones sociales y económicas de la sociedad industrial, con sus nuevos y complejos problemas, pero también con sus enormes posibilidades técnicas, económicas y de organización.

6.- Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza, OMS, 30a. Edición, 1994, p. 2.

Como se observará más adelante, la apreciación que la OMS tiene de la salud no ha sido ajena a los cambios que de ella se han realizado como producto de las constantes alteraciones y ajustes en el funcionamiento del ser humano y la sociedad en la que se desenvuelve.

"Las diferentes nociones del proceso salud-enfermedad que a través de la historia del hombre se han presentado, se clasifican en cuatro grupos: 1) mágico-religiosa-empírica; 2) biologicista-positivista; 3) sanitarista, y 4) biológico-social-histórica". (7)

La primera concepción dominó la historia del hombre durante siglos, la segunda reduce el proceso salud-enfermedad a sus aspectos puramente biológicos, parte de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, ofrece una reparación del daño más que prevención, orienta sus acciones a individuos y no a comunidades y basa una buena parte de su enfoque en la modificación de la conducta individual. Floreció como resultado del desarrollo industrial en los países metropolitanos.

Como consecuencia de esta práctica y saber biologicista se ha desarrollado un inmenso complejo medico-industrial, cuyo afán de lucro ha llevado a la atención impersonal intrahospitalaria y a practicar formas aberrantes en el ejercicio médico, como "intervenciones quirúrgicas innecesarias y la construcción y amplio uso de aparatos de apoyo para el

diagnóstico y de terapéutica de empleo restringido, puestos cada vez más en duda tanto por el alto costo económico como por su eficacia". (8)

Desafortunadamente esta visión de la medicina, como actividad primordialmente curativa, es la que se ha transmitido a los países en desarrollo, trayendo como consecuencia una solicitud pasiva hacia la salud y un alto costo para una población que en su mayoría no cuenta con los recursos económicos necesarios para su atención.

Para la concepción sanitarista la salud es el resultado de la interacción de dos factores: del propio individuo y del ambiente en el cual se desarrolla. En este ambiente se incorpora a la sociedad en abstracto, concebida como una formación ahistórica, regida por leyes naturales análogas a las biológicas. El sanitarismo es la expresión de una concepción ecologista de la salud. En este marco, tienen particular importancia la provisión de agua potable y el patrón económico dominante, el drenaje y las relaciones sociales de producción, el control de la fauna nociva y el papel que desempeña el Estado. Es decir, la atención de la salud se concibe como un fenómeno colectivo, tomando en cuenta el mejoramiento del ambiente.

Finalmente, la noción biológico-social-histórica propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permiten concebir el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico-social que se manifiesta en

sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida. Se apoya en los avances aportados anteriormente por médicos y sanitaristas.

En nuestra opinión esta última idea es la más completa, por lo que se infiere que en el estudio de la salud no basta con la intervención de los médicos. Vista su multidisciplinariedad se hace necesaria la participación de otras ciencias, en este caso las ciencias sociales, a fin de tener una perspectiva global de los problemas de salud que acontecen en nuestros días y de esta manera estar en posibilidades de dar una solución adecuada a los mismos.

3.2 CORRELACION DEL DESARROLLO SOCIOECONOMICO Y LA SALUD.

3.2.1 RELACION SALUD - DESARROLLO.

Una vez concebida la salud como resultado de la interacción múltiple y compleja de diferentes factores y procesos que permiten un completo estado de bienestar físico, mental y social, se deduce que existe una relación de causa-efecto recíproca entre el desarrollo y la salud.

Al respecto, es importante señalar que la elevación gradual del nivel de vida, más acusada en los países industrializados, ha difundido la idea de que el crecimiento económico constituye la clave del progreso. "Objetivos sociales

como la salud han sido insuficientemente atendidos debido a que se han alcanzado de manera concomitante". (9)

Asimismo, se ha pensado que en los países en desarrollo el crecimiento económico tendrá como consecuencia un mejoramiento sanitario y social. Esta situación ha llevado a que en muchos de estos países la principal preocupación haya sido el deseo de adoptar modelos, tecnología y modos de vida extranjeros que en lo absoluto han conducido a un avance de las condiciones de vida de la población más desfavorecida.

Sobre el particular, Irene Klinger en un estudio presentado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que "...la pobreza y desigualdad existente en la mayoría de los países de la Región de las Américas se debe a la concepción que éstos han tenido sobre el desarrollo, al considerarlo como sinónimo de crecimiento económico en vez de tener una visión más integral del mismo, entendiéndolo como un proceso dedicado al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población" (10).

En este contexto, la salud y por consiguiente, el cometido de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha hecho cada vez más prominente a medida que se ha comprendido que el crecimiento económico se

9.- "Contribución de la Salud al Desarrollo Socioeconómico. Informe del Comité Internacional de Expertos en Ciencias Médicas y Salud Pública". Doc. A36/13. Ginebra, OMS. 1983, pp. 1-5.

10.- Klinger, Irene. *El Rol de la Salud en la Erradicación de la Pobreza en América Latina*. Washington, D.C.; E.U.A. OPS, 1986. p. 3.

opone a la finalidad que persigue si sus resultados ejercen un efecto negativo sobre la salud física y mental de la población que se pretende favorecer. Una población sana es esencial para disponer de una mano de obra productiva, que a su vez es primordial para el crecimiento económico. De esta manera, también se reconoce que es un medio y, evidentemente un elemento indispensable del desarrollo económico y social.

La propia Asamblea Mundial de la Salud, órgano supremo de la OMS, ha observado que "las medidas sanitarias deben contribuir directamente al desarrollo, indicando a este respecto que las decisiones de las Naciones Unidas en relación con un Nuevo Orden Económico Internacional puede atribuirse a la idea cada vez más extendida de que hay que integrar el enfoque socioeconómico del desarrollo, coordinando las políticas del desarrollo agrícola, producción de alimentos, educación y salud". (11)

En efecto, entre los factores que inciden en el desarrollo y fortalecimiento de la salud se encuentran la alimentación, la vivienda, la educación, el ambiente, la tecnología, el crecimiento demográfico y el trabajo, entre otros, que a su vez están determinados por el grado de desarrollo económico de un país.

11.- "Contribución de la Salud al Desarrollo Socioeconómico. Informe del Comité Internacional de Expertos en Ciencias Médicas y Salud Pública". Doc. A26/13. Ginebra, OMS. 1983, p. 3.

De esta interrelación resulta que "los países pasan en su evolución histórica por tres distintos tipos o conjuntos de problemas de salud"⁽¹²⁾, los cuales se explican a continuación:

El primer conjunto se caracteriza por perfiles de mortalidad con predominio de enfermedades infecciosas, diarreas, infecciones gastrointestinales o respiratorias, malnutrición y bajos niveles de saneamiento ambiental.

Estas enfermedades tienen lugar cuando hay alto riesgo de exposición y baja resistencia a la infección, debido a una combinación de elementos tales como saneamiento ambiental deficiente, mala vivienda, problemas relacionados con la falta de conocimientos, problemas culturales y de higiene personal y dieta. La baja resistencia a la infección es la consecuencia directa de la desnutrición. Esta última relacionada con los bajos ingresos y la pobreza. Las tasas de mortalidad infantil y materna son elevadas, hay gran fecundidad y baja expectativa de vida al nacer.

En el siguiente conjunto, se observa una rápida evolución demográfica y epidemiológica, una disminución de las tasas de mortalidad infantil y un aumento en la expectativa de vida al nacer. En cuanto a la tasa de fecundidad sigue siendo elevada pero va en disminución.

12- Klinger, Irene. *El Rol de la Salud en la Erradicación de la Pobreza en América Latina*. Washington, D.C.; E.U.A. OPS. 1986. pp. 8 y 9. y Octavo Programa General de Trabajo para el Período 1990-1995. Doc. A.40/6. Ginebra, Suiza, OMS. 1987, pp. 18 y 19.

Las principales causas de mortalidad son todavía las enfermedades infecciosas y parasitarias, pero empiezan a hacer acto de presencia las enfermedades crónicas y no transmisibles asociadas al envejecimiento, los estilos de vida y comportamiento.

En el tercer y último conjunto predominan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos mentales y neurológicos, la obesidad, el alcoholismo, la drogadicción y afecciones degenerativas en las que influyen los modos de vida, producto de la urbanización, el desarrollo industrial y el deterioro del medio ambiente. Las tasas de mortalidad infantil y materna son bajas y la expectativa de vida al nacer elevada. La tasa de fecundidad por lo general es baja.

Cabe señalar que de acuerdo con datos proporcionados por la OMS y pese a que el último decenio ha sido testigo de una rápida evolución demográfica y epidemiológica, hay todavía cierto número de países en el primer grupo, sobre todo en África, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental, el segundo grupo incluye actualmente una proporción considerable de los países en desarrollo y el tercero engloba la mayoría de los países industrializados, pero también algunos de los países clasificados como en desarrollo. En la tercera parte se podrá advertir que nuestro país está viviendo una transición del segundo al tercer conjunto.

3.2.2 SITUACION ECONOMICA MUNDIAL Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD.

Para una mejor comprensión de la problemática de la salud se hace preciso describir brevemente la situación económica mundial que se ha registrado en los últimos 15 años, así como sus implicaciones en el área que nos ocupa.

En 1981, tras el segundo aumento brusco de los precios del petróleo, se inició una importante recesión internacional, caracterizada por un lento crecimiento económico, cuando no negativo, con graves desequilibrios financieros, altas tasas de interés, incertidumbre en los tipos de cambio, disminución de los flujos financieros hacia los países en desarrollo, precios deprimidos para las materias primas, grave deterioro de los términos de intercambio, proliferación del proteccionismo y una profunda crisis de deuda que ha traído una significativa transferencia neta de recursos de los países en desarrollo hacia los industrializados.

Los efectos de dicha recesión han sido diferentes. En los países desarrollados con economía de mercado la situación comenzó a deteriorarse alrededor de 1975 y, desde entonces, el desempleo ha venido alcanzando límites que no se habían presentado desde hace medio siglo.

"Las economías de Europa Oriental fueron las más protegidas a las tendencias mundiales, no así las de África, Asia Occidental y América Latina, cuyo ingreso per cápita fue más bajo en 1988 que ocho años antes"⁽¹³⁾.

La recuperación en 1984 del ritmo mundial medio de crecimiento, a más del 4% también escondió grandes variaciones regionales. El desarrollo de los países industrializados se aproximó al 5%, encabezado por los Estados Unidos de América con un crecimiento cercano al 7%. "Mientras tanto los países en desarrollo no llegaban al 4% con un crecimiento de más del 6% en Asia Oriental y en otras regiones tan sólo del 1.5% al 3.1%". ⁽¹⁴⁾

Aunado a lo anterior, se suma el hecho de que más de un 50% de la población mundial tiene un Producto Nacional Bruto (PNB) por habitante inferior a 500 dólares de los Estados Unidos de América, mientras un 15% absorbe un PNB per cápita superior a los 5000 dólares.

En lo que respecta a la Región Latinoamericana, de acuerdo con datos proporcionados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las economías de la región han sufrido una seria disminución en la formación de capital, manifestada por un descenso de una tasa positiva anual promedio de 7.3%, durante la década de los 70's a una tasa negativa anual promedio de 4.5% en el período de 1981 a 1986 ⁽¹⁵⁾, lo cual amenaza las esperanzas de desarrollo futuro.

13. Global Review of the Economic Situation and its Repercussions on Health Status, Health Care Services and Policies. Doc. EBS/INE/DOC/1, Ginebra, Suiza, 1988, p. 3.

14. The World Economic Crises and its Implications for Health for All Strategies. Ginebra, Suiza, OMS, 1988, p. 24.

15. Global Review of the Economic Situation and its Repercussions on Health Status, Health Care Services and Policies. Doc. EBS/INE/DOC/1, Ginebra, Suiza, 1988, p. 4.

Otro de los factores presentes ha sido la constante disminución de empleos, aumento de las tasas de desempleo y subempleo, con un aumento explosivo en los sectores informales de la región y con un deterioro significativo en el valor real de los salarios.

"Una de las causas que más contribuyó al deterioro de los salarios reales fue el índice de inflación que ascendió de 136.8% en 1983 a 175.4% en 1984, alcanzando a 1682.3% en Bolivia". (16)

Por otra parte, la deuda externa sin precedentes de los Gobiernos de América Latina y el Caribe a constituido uno de los mayores obstáculos para su crecimiento, "al aumentar más allá de lo soportable para sus economías en el período 1980-1987, pasando de 242,000 a casi 410 mil millones de dólares"

(17).

Cabe resaltar que este problema no se limita, como generalmente se cree a América Latina, sino que está muy extendido y afecta tanto a países de ingresos medios como a los de bajos ingresos en todas las regiones en desarrollo.

El pago del servicio de la deuda con altas tasas de interés, la reducción de nuevos créditos, el costo de las importaciones de petróleo, así como la menor demanda de las materias primas que exportan muchos de los países en

16.- "Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1988-1991". Doc. Of. 210. Washington D.C.; OPS. p. 350.

17.- "Repercusiones de la Situación Económica Mundial. Informe del Director General." Doc. A39/4. Ginebra, Suiza. OMS. 1986. p. 11.

desarrollo, trajeron muchos problemas en sus balanzas de pagos, situación que obligó a muchos de ellos a devaluar sus monedas, a reducir las importaciones a causa de los controles y las cuotas de divisas y a suscribir acuerdos condicionados con el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, aceptando rígidas políticas de austeridad entre las cuales se incluye la reducción de los gastos públicos.

Con estas políticas se ha conseguido mejorar la balanza comercial, sin embargo, se acrecentaron problemas de orden interno como la inflación, el desempleo global y el descenso del poder adquisitivo de la población, reduciendo así el nivel de vida de grandes sectores de la sociedad, haciendo no sólo que los pobres sean cada vez más pobres, sino que una parte de la clase media se esté empobreciendo.

Para los países subdesarrollados los efectos de dicha crisis económica en el ámbito de la salud han sido desastrosos. "En Africa, la población rural que vive en la pobreza absoluta ha pasado de 85% en 1984 a 94% en 1992" (18). A esta situación habría que agregar la crisis de desarrollo ambiental desencadenada por la sequía sufrida en su máxima intensidad en la década de los 80's, trayendo como principales consecuencias la malnutrición y las infecciones que ésta favorece.

La principal causa contribuyente a la mortalidad infantil en los países afectados por la sequía ha sido la malnutrición proteinoenergética (MPE), la insuficiencia ponderal al nacimiento (IPN), el paludismo, las diarreas, las enfermedades infecciosas de la infancia, las infecciones respiratorias y las infecciones neonatales, sobre todo el tétanos.

"En Ghana, por ejemplo, el índice de mortalidad infantil que había venido disminuyendo hasta alcanzar aproximadamente 100 por cada mil niños, para 1986 había aumentado a 120 - 130 por mil, teniendo índices hasta de 250 por mil en ciertas regiones septentrionales y elevadas del país". (19)

En América Latina, la concentración de la producción en artículos exportables, el elevado desempleo y subempleo y la supresión de los subsidios a los alimentos, entre otros factores, han dañado el estado nutricional de la población, en particular de los niños, causando altas tasas de mortalidad o bien escaso desarrollo mental y físico. "Las comparaciones de la mortalidad infantil hechas en Bolivia entre 1973 y 1983 muestran tal tendencia". (20)

También la asistencia sanitaria se ha visto gravemente afectada. "El gasto total y por habitante en el sector sanitario ha disminuido en un número bastante elevado de los países en desarrollo. Además, la brecha que hay entre estos últimos y los desarrollados en cuanto al gasto público per cápita en salud

19.- Repercusiones de la Situación Económica Mundial. Informe del Director General. Doc. A39/4. Ginebra, Suiza. OMS, 1986. p. 11.

20.- *Ibidem*. p. 12.

sigue siendo abismal, habiendo variaciones desde menos de 2 a más de 600 dólares". (21)

Tras la nueva limitación de sus recursos ya escasos no se ha podido hacer frente a la situación, cuyas repercusiones afectan a toda la infraestructura. Los centros de salud no cuentan con el personal necesario ni con medicamentos, después de las reducciones presupuestarias y por falta de divisas para la importación de drogas, partes y repuestos para equipo médico, petróleo y otros materiales esenciales.

En Chad, la falta de suministros y equipo ha paralizado los servicios. El personal de salud ha perdido poder adquisitivo, con efectos negativos en el cumplimiento de sus obligaciones y la eficiencia. En Etiopía, el aumento de los presupuestos de salud ha sido contrarrestado con creces por el encarecimiento de materiales y productos. En Mozambique la reasignación de recursos financieros ha hecho que quedaran insuficientes divisas para importar materiales de construcción, equipo médico y medios de transporte. "En Ghana ha habido escasez crónica de medicamentos esenciales y el 40% de los sistemas de abastecimiento de agua del país se ha descompuesto por faltarle repuestos y combustible". (22)

21.- Loc. cit.

22.- Global Review of the Economic Situation and its Repercussions on Health Status, Health Care Services and Policies. Doc. EBS/WHF DOC/1. Ginebra, Suiza, 1988, p. 3.

Los efectos citados, tanto en la salud como en servicios de salud representan tan sólo una parte de ellos, debido a que en su mayoría son visibles a largo plazo.

Es pertinente mencionar que en los países industrializados, el alto desempleo también ha ocasionado daños en este rubro: alta incidencia de accidentes, problemas mentales y psicológicos, actos de violencia y otros, lo que ha llevado a un crecimiento en términos absolutos de los gastos dedicados al cuidado de la salud, cuestión que merecería un tratamiento aparte.

En todos los países, la continua carestía de recursos para el sector salud ha afectado la efectividad, eficiencia y equidad de los servicios de salud, siendo más prominente en los países africanos y de América Latina.

Habría que agregar como efecto positivo el hecho de que las restricciones económicas han dado a los países tanto ricos como pobres, la oportunidad de buscar la mejor manera de utilizar sus recursos. Igualmente, han sido desarrollados nuevos caminos para la movilización adicional de recursos para la salud.

Durante el período 1985-1990, el Producto Interno Bruto aumentó más o menos al 3.3% al año en todo el mundo, siendo el aumento per cápita de un 1.6% aproximadamente. Sin embargo, hubo diferencias apreciables entre las

tasas de crecimiento del PIB por regiones geográficas, correspondiendo a Asia Meridional y Oriental una tasa anual del 6.6% en comparación con el 0.3% en Asia Occidental, el 2.7% en África del Norte, el 2.3% en el África Subsahariana y el 1.4% en América Latina y el Caribe. Globalmente, la diferencia del PNB entre los países desarrollados con economía de mercado y los países en desarrollo se acentuó en este período.

Para 1990, el comercio internacional ha aumentado demasiado rápido al 6% anual y la economía del mundo ha experimentado sensibles transformaciones estructurales, como son la mayor influencia de las fuerzas del mercado en la asignación de recursos, la apertura de las economías nacionales al comercio internacional y la aplicación de políticas monetarias y fiscales destinadas a corregir los fuertes desequilibrios macroeconómicos.

A pesar de la Globalización y de la creciente interdependencia, la actividad económica disminuyó en todas las regiones del mundo durante 1990, los inesperados acontecimientos políticos en Europa Central y Oriental durante 1989 y 1990, la crisis en Oriente Medio o Crisis del Golfo y la recesión de algunas economías de mercado desarrolladas produjeron graves trastornos económicos y parecieron alterar muchas de las promesas de desarrollo futuro. El escaso crecimiento mundial del 1% en 1990 quedó inconcluso a la zaga del aumento de la población del mundo y se temió un crecimiento económico cero, resultante en una baja del Producto per cápita en 1991. Con la recuperación

del producto mundial en un modesto 2% prevista para 1992, se puso a la baja el producto mundial por habitante registrada en 1990 y 1991.

En América Latina hubo una baja del producto debida en parte a las políticas de estabilización y en parte, al descenso de la actividad en América del Norte. En cuanto a las corrientes internacionales de recursos financieros, los países en desarrollo han sido proveedores netos de éstos al resto del mundo, en lugar de receptores debido a los tipos de interés que fueron menos favorables. La aceleración del desarrollo será prácticamente imposible si la corriente de recursos externos sigue siendo de los países pobres a los ricos en vez de ser a la inversa en un mundo donde el predominio de las finanzas sobre la industria, junto con la globalización de aquéllas, es una causa subyacente de inestabilidad e imprevisión en la economía mundial.

Las instituciones financieras internacionales ya no aportan recursos netos significativos a los países en desarrollo y por otra parte, los tipos de interés a largo plazo han sido y seguirán siendo más altos que las tasas de crecimiento de la producción y exportación, lo que provocará que el pago del servicio de la deuda sea inevitable, tal y como sucedió en 1982.

Aunado a esto, ha aumentado la pobreza debido al rápido aumento de la población entre las regiones del mundo en desarrollo, entre los países situados en esas regiones y entre los grupos de población y las localidades de cada país, observándose en particular una proliferación de barriadas pobres

en zonas urbanas. En América Latina, los pobres son más numerosos tanto en las zonas pobres como en las urbanas ya que los ingresos en la mayoría son bajos, sin embargo, en África la población sigue viviendo en condiciones de pobreza absoluta.

Este crecimiento débil tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados y un crecimiento insignificante o incluso negativo del ingreso per cápita en muchos de los países más pobres, particularmente en el África Subsahariana ha provocado que se adopten políticas restriccionistas y el porcentaje en el gasto público particularmente en salud, no se ha visto incrementado, a pesar de que se reconoce en mayor medida que " la salud es indispensable para el desarrollo humano y que en toda inversión con ese fin hay que hacer hincapié en el mejoramiento de la misma" (23).

3.3 SITUACION SANITARIA.

Los datos que a continuación se enuncian sobre la situación sanitaria mundial, constituyen un breve resumen que sobre este apartado contiene el segundo informe sobre la vigilancia de los progresos realizados en la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000 presentado en 1988, en el marco de los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

23.- Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, 2a. Evaluación y 8o. Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Doc. EB89/10. Ginebra, Suiza. OMS. 1991. p. 21.

Para las fechas de 1990 se estimó que la población mundial ascendía a 5,112 millones de habitantes. En conjunto, dicha población aumenta a razón de un 1.73% anual promedio, siendo los índices de crecimiento en los países desarrollados y en desarrollo de .53% y 2.10%, respectivamente.

Sobre la tasa bruta de natalidad, cabe señalar que la de los países en desarrollo (30.9%) es aproximadamente doble de la de los países desarrollados. Por el contrario hay muy poca diferencia en las tasas brutas de mortalidad entre ambos grupos de países (9.8 y 9.9 defunciones por cada 1000 habitantes, respectivamente).

Ello debido en parte a las considerables reducciones de la mortalidad de lactantes y niños pequeños conseguidos en muchas partes del mundo en desarrollo, así como al envejecimiento cada vez mayor de la población de los países desarrollados.

Como es bien sabido, esta situación desemboca en mayores problemas para los países con escasos recursos económicos, vista su incapacidad para proporcionar los satisfactores básicos que requieren sus crecientes poblaciones. La urbanización ascendente, sobre todo en los países en desarrollo, constituye una característica importante de la evolución demográfica de gran número de Estados. En general, el 42% de la población mundial vivía en 1988 en zonas urbanas.

A diferencia de lo que se pensó hace muchos años, esta tendencia más que un sinónimo de desarrollo ha representado la concentración de demandas insatisfechas y por tanto la generación de condiciones adversas a la salud del hombre.

En las tasas de alfabetismo de adultos prevalecen marcadas disparidades en todas las regiones, las tasas medias de analfabetismo son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres y varían de tasas inferiores al 30% y 17% respectivamente, a tasas del 70% por lo menos.

A nivel mundial, más de 1000 millones de personas carecen de abastecimiento de agua potable y más de 1500 millones de instalaciones de saneamiento adecuados. En algunos países el 80% de su población dispone de agua potable y en otros sólo 20%.

En cuanto a instalaciones para evacuación de desechos la situación es crítica, pues hay países que notifican coberturas muy bajas, hasta del 1%. Estos indicadores hacen evidente la persistencia de grandes diferencias en las condiciones de vida de los miembros de la comunidad internacional.

Por lo que se refiere a los servicios de inmunización, el 60% de los niños cuenta con la tercera dosis de vacunas antipoliomielítica o trivalente y el 50% con la vacuna antisarampionosa. Sin embargo, más de 43 millones de los

109 millones de niños que nacen todos los años en los países en desarrollo carecen de este tipo de protección.

La falta de medicamentos esenciales en cantidad suficiente y a precios accesibles es un grave problema, al parecer, de una cuarta parte a una mitad de la población mundial no tiene acceso a estos medicamentos.

Por otra parte, en los 10 últimos años han aparecido, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados problemas ambientales que ponen en peligro la vida misma de la población.

Sobre la alimentación de los niños, la malnutrición y el resultante retraso de crecimiento en los niños de edad preescolar sigue siendo a todas luces un fenómeno mundial. En Africa, probablemente se den casos de desnutrición crónica.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil se puede afirmar que ha disminuido en los últimos años en la mayoría de los países, sin embargo, en Africa y Asia Sudoriental se han registrado tasas superiores a 50 por cada 1000 niños e incluso en Africa excede a menudo de 100 por 1000.

El indicador en cuestión es considerado como representativo del grado de desarrollo de un país, en esa medida y, con base en lo señalado en el punto 1.2.2 estamos en posibilidad de afirmar que la crisis económica sufrida

en la última década ha traído más que un estancamiento, una regresión en las condiciones de salud y por tanto en el desarrollo social de los países del tercer mundo.

Según datos disponibles relativos a la mortalidad materna, se ha estimado que al menos 500 mil mujeres mueren cada año de causas relacionadas con el embarazo y el parto. Todas estas defunciones, salvo 6000 aproximadamente, se producen en los países en desarrollo, donde se registran el 86% de los nacimientos del mundo pero también el 99% de la mortalidad materna.

Se calcula que globalmente, el riesgo de morir durante el embarazo o parto es de 50 a 200 veces más elevado para las mujeres de los países en desarrollo que para las de los países desarrollados.

Aún cuando no se dispone de una información completa, se ha estimado que en la mayoría de los países la esperanza de vida al nacer es probablemente de 60 años o más.

En relación con las enfermedades infecciosas y parasitarias, se valora en unos 100 millones el número anual de casos clínicos de paludismo; alrededor de 200 millones de personas infectadas por esquistosomiasis; 90 millones por filarías y más de 1000 millones de personas afectadas por la parasitosis intestinal.

Asimismo, cada año se registran más de 1000 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años, que causan aproximadamente cinco millones de defunciones, mismas que podrían ser fácilmente evitables, mediante un tratamiento sencillo y de bajo costo.

La repentina epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), ha conmocionado a todos los países del mundo, independientemente de su grado de desarrollo socioeconómico.

Al final de julio de 1988 el total acumulativo de casos notificados por 138 países en el mundo sobrepasaba los 100 mil. Habida cuenta de que no todos los casos se comunican, la cifra real fue superior a 200 mil y se estima que más de 40 millones de personas están actualmente infectadas sin presentar síntomas de la enfermedad (asintomáticos). El número de incidencias de este mal se ha duplicado casi cada año.

Entre las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares representan una causa importante de morbilidad o enfermedad, discapacidad y mortalidad. Según estudios realizados, una cuarta parte aproximadamente de las defunciones sobrevenidas cada año en el mundo se deben a las enfermedades cardiovasculares.

Estas son particularmente importantes en los países industrializados donde se les atribuye alrededor de la mitad de todas las defunciones. La

hipertensión, trastorno cardiovascular más frecuente, afecta a una proporción de adultos comprendida entre el 10% y el 20% en el mundo entero.

El cáncer es cada vez más una causa reconocida de preocupación para los servicios de salud pública de los países en desarrollo y de los industrializados. El cáncer más común es el del estómago, sin embargo, ha aumentado la frecuencia del cáncer del pulmón.

Los traumatismos representan uno de los principales problemas de salud pública, con consecuencias individuales, sociales y económicas ampliamente subestimadas tanto por las autoridades como por el público.

Cada año se notifican unos 2.7 millones de defunciones debidas a traumatismos e intoxicaciones, de los cuales 2 millones se presentan en los países en desarrollo. Asimismo, empieza a plantearse en numerosos países el problema de la discapacidad debida a enfermedad mental crónica.

La frecuencia y la gravedad de los problemas de salud relacionados con el alcohol y las drogas siguen aumentando no solamente en los países desarrollados, sino que también en el mundo en desarrollo, sobre todo en Africa, América Latina y el Pacífico Occidental, mientras que la heroínomanía aumenta sin cesar y el consumo de cocaína crece vertiginosamente en América del Norte, drogas que comienzan a penetrar en algunos países del Pacífico Occidental y Africa.

El tabaquismo provoca gran número de casos de morbilidad y mortalidad. Se ha estimado que de 2 a 2.5 millones de muertes prematuras pueden atribuirse cada año en el mundo al hábito de fumar y que 600 mil casos nuevos de cáncer de pulmón al año se deben principalmente al uso de cigarrillo.

La concientización de los daños que produce al organismo ha ocasionado que en gran parte de los países industrializados se observe una disminución del uso del tabaco, mientras que en casi todos los países en desarrollo se ha acrecentado su consumo.

Los sistemas de salud en la mayoría de los países todavía no se encuentran bien organizados. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, la proporción de recursos otorgada es abrumadora a la prestación de asistencia sanitaria concentrada en las grandes ciudades.

Las deficiencias en la planificación y la gestión, incluida la cooperación insuficiente con los demás sectores sociales y económicos, son otro de los problemas que afectan a los sistemas de prestación de atención a la salud en muchos países, así como el mal aprovechamiento de los recursos disponibles. Igualmente, en casi todos los países no se ha conseguido establecer el debido equilibrio cuantitativo y cualitativo en los recursos de personal de salud.

Finalmente, en el frente de las investigaciones se pueden marcar como principales obstáculos para los países en desarrollo, la falta de personal calificado y de estructuras profesionales, la limitación de la capacidad técnica de las instituciones, la insuficiencia de recursos financieros y la falta de interés o de motivación por parte de las autoridades y los administradores del sector de la salud a este respecto.

Tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, se importan tecnologías, la mayoría de las cuales no han sido debidamente evaluadas, teniendo consecuencias mucho más serias para éstos últimos donde los recursos son tan escasos.

En diversas ocasiones existe la tecnología apropiada para resolver los grandes problemas de salud y de hecho, gran parte de esta tecnología ha sido desarrollada y perfeccionada en los países en desarrollo, aspecto al que con frecuencia no se le da la importancia que merece.

De acuerdo con estimaciones de la OMS, los países industrializados gastan cada año un 2.3% aproximadamente del PNB, o sea más de 200 mil millones de dólares en investigaciones. Alrededor del 10% de esta suma, es decir, 20 dólares por habitante, se invierten en investigaciones relacionadas con la salud.

En cambio, los países en desarrollo gastan colectivamente unos 4000 millones de dólares al año en este rubro, de los que aproximadamente, 10 dólares por habitante se gastan en investigaciones relacionadas con la salud.

Así pues, los países industrializados gastan unas 200 veces más por habitante que los países en desarrollo en investigaciones sobre salud.

Además, la diferencia entre el Norte y el Sur en cuanto a recursos financieros va en aumento y sin embargo, los problemas de salud de los países en desarrollo son enormes y constituyen el mayor reto para los investigadores de todo el mundo.

Esta situación hace resaltar la importancia que tiene la investigación de la problemática mundial de la salud, en particular de los países subdesarrollados.

Como se mencionó previamente, existe un gran déficit de recursos y por tanto de estudios encaminados a la solución de un elevado número de problemas sanitarios pertenecientes a países como el nuestro.

De ahí la necesidad de otorgar mayor interés y profundidad a dichos estudios, teniendo como sustento un enfoque multidisciplinario.

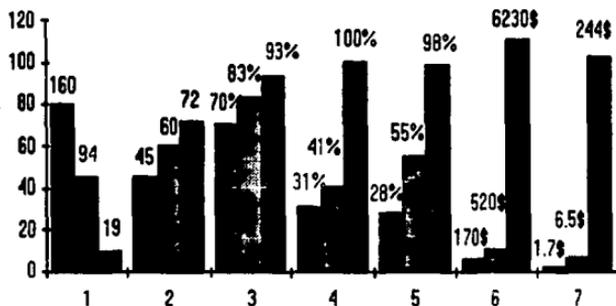
A continuación, se presenta una gráfica que contiene datos comparativos de la situación sanitaria y socioeconómica mundial correspondiente a 1980.

Consideramos que la misma pone claramente de manifiesto, en primer lugar, la estrecha relación que existe entre el grado de salud y el desarrollo socioeconómico de una sociedad.

En segundo lugar, las grandes disparidades presentes entre los diferentes tipos de países, circunstancia que no se ha modificado, y

En tercer lugar, con base en la descripción de la situación sanitaria actual, se observa en general un mejoramiento de los niveles de salud de la población mundial que bajo los efectos de la crisis económica se ha visto sumamente limitado, especialmente para los países de África y América Latina.

INDICADORES DE SALUD E INDICADORES SOCIOECONOMICOS



A ■

B ■

C ■

A) PAISES MENOS DESARROLLADOS

B) PAISES EN DESARROLLO

C) PAISES DESARROLLADOS

1.- MORTALIDAD INFANTIL
(POR 1000 NACIDOS VIVOS)

2.- ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)

3.- % DE PESO AL NACER
2500 g. O MÁS

4.- COBERTURA DE ABASTECIMIENTO
DE AGUA POTABLE

5.- TASA DE ALFABETISMO
DE ADULTOS

6.- PNB POR HABITANTE

7.- GASTOS PUBLICOS EN SALUD
POR HABITANTE

CAPITULO 4 POLITICA NACIONAL DE SALUD

AMBITO INTERNO

4.1 EVOLUCION HISTORICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO*

Partiendo de la premisa de que cada organización de los servicios de salud responde a las particularidades de cada momento histórico de la sociedad, consideramos necesario hacer una breve remembranza sobre la forma en que México ha enfrentado la problemática derivada del proceso salud-enfermedad, destacando las acciones de mayor relevancia desde la época prehispánica hasta nuestros días. De esta manera se podrán visualizar los cambios de enfoque que ha sufrido el modelo de atención a la salud.

"Durante el período precolonial, la población indígena sufrió enfermedades y hambrunas que fueron tratadas por servicios médico-asistenciales prestados a título personal por curanderos y comadronas, con base en conocimientos terapéuticos empíricos, sustentados en la herbolaria o botánica médica y en prácticas mágico-religiosas. Cabe señalar que no existía establecimiento alguno similar a las instituciones hospitalarias europeas".(1)

* Es importante advertir que uno de los inconvenientes surgidos en la elaboración de este punto, fue la falta de uniformidad en algunos de los datos históricos presentados en las fuentes consultadas. Ejemplo de ello, es la fecha de creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), señalada por algunos autores en 1942 y por otros en 1943, la creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en la Salud Pública y Seguridad Social en 1964 y por otros en 1965, el Programa Quinquenal del Sector de Salud y Seguridad Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) situado en 1977 o en 1978, entre otros. El criterio seguido fue optar por las obras que contemplaban las fuentes más directas.

1.- Citado en COPLAMAR, Op. Cit. p. 113 y en Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México. Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México, Edil. Fondo de Cultura Económica. 1988. pp. 13 y 14.

En la época de la conquista, se produjeron grandes cambios en la salud de la población nativa debido a que los españoles introdujeron agentes infecciosos desconocidos como la viruela, el sarampión, el tifo, el cólera, la peste y probablemente la tuberculosis. Asimismo, introdujeron animales domésticos con las enfermedades asociadas, tales como la rabia (con los perros), la toxoplasmosis (con los gatos), la cisticercosis (con los cerdos) y la brucelosis (con las cabras), entre otras.

Ante la necesidad de otorgar asistencia sanitaria a aquellos seres humanos afectados de enfermedades, en 1524 se inicia la construcción de hospitales administrados por las iglesias para la atención de la salud de los pobladores españoles y de los mestizos. También se crearon nosocomios para la atención de la población nativa, cuya función más que de beneficencia y práctica médica sirvió para la conversión de los indígenas a la fe cristiana y congregar en localidades a la población dispersa, situación que a su vez facilitó a los conquistadores la disponibilidad de mano de obra y la recolección de tributos.

Las gestiones en dichos servicios médicos fueron poco eficaces y nada efectivos, por lo que las mortalidades materna e infantil eran muy elevadas, la esperanza de vida al nacer era menor a 30 años y la crónica de las grandes epidemias constituye la sucesión de brotes importantes de viruela, cólera o tifo. Esta situación se prolongó por más de tres siglos.

Después de la independencia, las organizaciones eclesiásticas, las instituciones de beneficencia privada, y las particulares, asumieron, de manera desarticulada las responsabilidades en materia de asistencia social. "En lo que respecta a la salud pública, en 1820 se otorgaron facultades al Ayuntamiento

de la Ciudad de México para combatir la insalubridad y realizar diversas acciones en torno al saneamiento básico". (2)

En 1833, se dio un nuevo enfoque pedagógico a la medicina, a raíz de que el Gobierno de Gómez Farías suprime la antigua Universidad Pontificia, creando posteriormente un establecimiento de Ciencias Médicas, donde se reformó la enseñanza con la implantación de un programa docente avanzado para la época.

"En 1841, se creó el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Sin embargo, no es sino hasta 1879 que este Consejo impulsa los estudios sobre el tifo e inicia la redacción de un Código Sanitario, el cual es promulgado hasta 1891, siendo el primero del continente". (3)

Al año siguiente, se realizó en la Ciudad de México el Congreso Interamericano de Salubridad cuyo resultado fue la Fundación de la Unión Sanitaria Panamericana o lo que actualmente conocemos como Organización Panamericana de la Salud (OPS), "... propuesta por México" (4).

Se puede decir que éstos dos últimos hechos constituyen las primeras acciones, que a la vez merecen calificarse de vanguardia, en materia de salud interamericana y mundial por parte de nuestro país.

2.- Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo I. México. Edr. Fondo de Cultura Económica. 1988. p. 227.

3.- Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas. Salud. Vol. 4. México. COPLAMAR. Presidencia de la República, Edr. Siglo XXI. 3a. Edición, 1985. pp. 114 y 115.

4.- Loc. Cit.

En la época de la Reforma, la desamortización de los bienes del clero motivó en 1861 la creación por parte de Benito Juárez, de la Dirección General de Beneficencia, con objeto de "...centralizar los servicios hospitalarios para organizar, coordinar y sostener con distintos medios (impuestos, loterías, fondos dotales y legados) la beneficencia pública, a fin de convertirla en un servicio público dependiente del estado" (5). Este es el primer intento por centralizar los servicios de salud bajo la dirección de la Federación.

Con posterioridad, en 1908 se reformó la Constitución para ampliar la competencia federal y encomendar a los poderes de la Unión "... la salubridad general de la República, incluyéndolo por primera vez en la Carta Magna una disposición en materia sanitaria"(6).

No obstante lo anterior, cabe precisar que de la época de la Reforma hasta la Revolución es mayor la presencia de los niveles estatales y municipales, así como del sector privado, en la prestación de los servicios de salud, con objeto de "brindar a cada mexicano, mejores y amplias condiciones de existencia destacándose el esfuerzo por elevar los niveles de salud del pueblo. Los Gobiernos... se han ocupado de ensanchar la cobertura de los distintos sistemas, instituciones y programas de salud"(7).

Por otra parte, "las acciones de salubridad realizadas durante el porfiriato, tuvieron como propósito imitar el modelo europeo para la prestación de servicios médicos, lo cual se ve concretado en la inauguración en 1905 del

5.- Loc. cit.

6.- Programa Nacional de Salud 1984-1990, Poder Ejecutivo Federal, México, 1984, p. 12.

7.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Comisión Federal Electoral, Edil. Talleres Gráficos de la Nación, México, D.F. 1965.

Hospital General de México, construido a imagen y semejanza del Hospital Virchow de Berlín, el manicomio de la Castañeda parecido al de París y el Instituto Patológico Nacional similar a los Institutos Pasteur o Kaiser Guillermo". (8)

Con la Constitución de 1917, se establecen las bases para el sistema jurídico mexicano de salud, el cual otorga al Estado un papel destacado en la materia, confiando mediante su artículo 73 a los poderes nacionales, la salubridad general de la República y previniendo la creación de las dos dependencias básicas de la Salud: el Departamento de Salubridad, ahora Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, dependencias que se caracterizan por ser ejecutivas y de carácter nacional.

El Consejo de Salubridad es concebido como un órgano de la Presidencia que puede dictar disposiciones de observancia general revisables para el Congreso de la Unión.

Esta Constitución plasma dos corrientes del pensamiento sanitario, "la concepción de la autoridad ejecutiva en la salud pública, surgida con la revolución de 1910 y el consejalismo heredado del siglo XIX". (9) Cabe destacar que ésta última corriente sustentaba una visión similar a la contemplada en la Atención Primaria de Salud de hoy en día, respecto a la participación estrecha entre las autoridades locales y la población, así como a la prevención.

8.- Soberón Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1968, Problemas y Programas de Salud, Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica. 1968. p. 15.

9.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. Salud para Todos: Utopía o Realidad? México. Edit. El Colegio Nacional. 1969, p. 18

El artículo 123 de nuestra Constitución contiene las bases fundamentales de uno de los ámbitos más relevantes de un Sistema Nacional de Salud: la seguridad social de los trabajadores.

En 1925, es reformado ese precepto para que sea el Congreso de la Unión quien expida la Reglamentación laboral. En ese mismo año se creó la Dirección de Pensiones Civiles estructurándose un incipiente sistema de protección para los servidores del Estado.

En 1929, se establece la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. Asimismo, se reforma el artículo 123 para considerar de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social. En 1931, se expide la Primera Ley del Trabajo la cual rige los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Durante el período de 1928 a 1934, los Estados establecieron sus propios Consejos y Departamentos de Salubridad, lo que ocasionó constantes conflictos de jurisdicción entre autoridades sanitarias federales y locales. Para solucionar este problema y ante la depresión económica mundial de 1929, "se celebraron los primeros convenios de coordinación de los servicios sanitarios federales y locales entre la Federación y los Estados más poblados de la República". (10)

De esta manera, ante la crisis fiscal del Gobierno Federal, 50% de los recursos financieros eran proporcionados por los Estados y se evitaron duplicaciones funcionales y conflictos jurisdiccionales.

10.- *Ibidem*. pp. 11- Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Oaxaca, Jalisco y Sonora. Citado también en el Programa Nacional de Salud (1984-1988). p. 13.

Esta experiencia constituye un antecedente a las prácticas de descentralización de la actual política nacional de salud.

Cabe señalar que dicho modelo de organización de los servicios de salud pasó a segundo plano al final de la depresión con el auge de las políticas de justicia social establecidas por el Presidente Lázaro Cárdenas, cediendo espacio al modelo de organización económica que "...estaba fundamentada en el aprovisionamiento de servicios personales de salud de los trabajadores de mayor importancia económica" (11).

Otros hechos importantes durante el período del Gobierno de Cárdenas, fue la implantación en 1936, del servicio médico social de los pasantes de medicina en las zonas rurales, la creación en 1937, de la Secretaría de Asistencia y en 1939, del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales.

En la década de los 40's se ve cristalizada una política estatal en materia de salud con una nueva orientación en la que como ya se mencionó, recobran importancia las acciones diversificadoras y los servicios se ofrecen mayoritariamente a ciertos grupos sociales, los que están directamente vinculados al proceso industrial, siguiendo las pautas de la experiencia norteamericana, con el propósito principal de la formación de especialistas cuyo destino fue el hospital sofisticado.

En este contexto, se crean instituciones como el Hospital Infantil de la Ciudad de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946), el Centro Materno-infantil Maximiliano Avila Camacho y el Sanatorio Manuel Gea González.

En diciembre de 1942, se aprueba la Ley del Seguro Social y en 1944 entra en funciones un organismo público descentralizado al que se confía el sistema de seguros sociales que protege a los trabajadores subordinados, sobre todo el del medio urbano. "En 1959, la Dirección General de Pensiones Civiles se transforma en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)". (12)

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), se convierte en el instrumento más importante de asistencia social del Gobierno. Se establece un mecanismo de coordinación de las distintas dependencias y entidades que prestan servicios de salud, además de ser creada en 1965 la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social, cuya actuación, a pesar de haber sido muy deficiente constituye el primer intento de ordenación en el ámbito de la planeación, uso de recursos y distribución de los servicios de salud en nuestro país.

Es de resaltar que la Carta de Punta del Este de 1961, concretada en el Plan Decenal de Salud (1971-1980) de la Organización Panamericana de la Salud o Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo la nueva metodología de la planeación, la cual advertía la elaboración de un diagnóstico, la identificación de prioridades y la aplicación de medidas con la coordinación de todos los servicios de salud.

Este proceso se vio culminado en 1981 con la adopción del Plan de Acción para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el año 2000.

12.- Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas. Salud. Vol. 4, México. COPLAMAR. Presidencia de la República, Edif. Siglo XXI. 3a. Edición, 1985. pp. 118 y 119.

Al respecto, estudios sobre la planeación de los servicios de salud en nuestro país afirman que esta corriente planificadora ejerció una gran influencia durante la década de los 70's y "...en rigor, constituyó el marco implícito para la formación en México en 1973, del Plan Nacional de Salud.." (13).

El Plan Nacional de Salud, propuesto por la Administración de Luis Echeverría Álvarez, define políticas y objetivos, "estableció metas para el período 1974-1976 y proyectó otras para 1983". (14) Aún cuando tales metas no fueron muy bien sustentadas y sus propósitos no se hayan llevado a la práctica, constituye el primer documento que aporta una visión y una estrategia general para resolver los problemas de salud de la población. De esta manera, su diseño marcó un hito en el proceso de modernización de la intervención del estado en el ámbito en cuestión e introdujo un enfoque técnico orientado principalmente a las metodologías de la planeación.

Asimismo, el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) de 1977, aporta una primera aproximación sobre el derecho a la salud en México.

"A principios de los años setenta, se llevaron a cabo nuevas políticas para cubrir a los 35 millones de mexicanos que para entonces carecían de cualquier servicio moderno de salud". (15)

13.- Soberón Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud, Tomo I. México, Edit. Fondo de Cultura Económica. 1988. pp. 14 y 15.

14.- Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas, Salud, Vol. 4, México, COPLAMAR. Presidencia de la República, Ed. Siglo XXI, 3a. Edición, 1985. pp. 120 y 121.

15.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. Salud para Todos: Utopía o Realidad?, México, Edit. El Colegio Nacional. 1989, pp. 15 y 16.

Con este fin, se creó el primer Programa de Solidaridad Social del IMSS, por medio del cual se llevaría la atención de salud al campo. A pesar del avance sustancial que significó este programa sólo se consiguió una cobertura aproximada de 1.9 millones de campesinos y de aplicación deficiente debido a su poca accesibilidad y a que no brindó atención integral, pues la promoción de la salud, las obras de saneamiento y los hospitales de tercer nivel no fueron incluidos.

Otro de los esfuerzos por extender los servicios de salud a la población rural lo constituyó el " Programa de Salud Rural " (16), fundado con el financiamiento internacional y coordinado por la SSA. Este proyecto realizó importantes innovaciones en el modelo de atención para conseguir su adecuación a las necesidades culturales de la población a la vez que una alta cobertura. Sin embargo, el principio de extensión de servicios fue eminentemente selectivo, dado su fuerte énfasis en la planificación familiar.

Dichas innovaciones consistieron en utilizar personal auxiliar con rudimentos de educación formal y entrenamiento elemental en promoción y cuidado de la salud. Como se recordará, estas medidas fueron retomadas de las propuestas efectuadas en el marco de los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 1976, se establece por decreto el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). En 1977, se reorganiza el aparato administrativo de la asistencia social al fusionarse el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), para dar lugar al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Asimismo, se establece el sector salud con base en la nueva Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad.

En 1976, se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, así como el Gabinete del Sector Salud como instancia presidencial de coordinación y acuerdo de las políticas y programas de los servicios de salud pública, cuya responsabilidad compete al sector público, integrado por los titulares de SSA, IMSS, ISSSTE, DIF y el Departamento del Distrito Federal (DDF). El Gabinete se instaló en 1979 con el objeto de lograr congruencia, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

En ese mismo año, se crea el Instituto Nacional de la Senectud y el Instituto Nacional de Psiquiatría. "Simultáneamente, y en parte gracias a los recursos provenientes del funcionamiento externo y de los ingresos por las ventas de petróleo, se hizo una considerable ampliación de la cobertura de los servicios de salud (10.3 millones de mexicanos)" (17), sobre todo los del primer nivel para poblaciones marginadas rurales y urbanas. Surgió entonces el Programa Conjunto del IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) y el de extensión de cobertura en áreas urbanas marginadas.

Cabe destacar que el programa IMSS-COPLAMAR planteó una innovación en el modelo de atención hasta entonces utilizado para la población abierta, ya que combinó al promotor local de salud y al médico pasante con la comunidad para la realización de obras de bienestar social.

Todo ello contribuyó a configurar una experiencia fundamental en la extensión de cobertura con servicios de buena calidad. No obstante, el abasto de medicamentos y el traslado del personal eran muy caros, debido a que se utilizaban los recursos administrativos ofrecidos por el IMSS ubicados en zonas urbanas, situación que con la crisis económica no pudo sostenerse.

Por otra parte, el programa destinado a las áreas urbanas se basó en una estructura administrativa fragmentada, lo que imposibilitó que las innovaciones beneficiaran con equidad a toda la población.

Después de realizado un recuento de las principales acciones del Gobierno mexicano en el ámbito del estudio que nos ocupa, nos parece oportuno enunciar a continuación las características esenciales de la Política Nacional de Salud de la década de los 40's hasta los 70's:

a.- Insistencia en copiar modelos europeos y luego norteamericanos de atención a la salud, dando como resultado la extensión de una red hospitalaria como base de los servicios, con la consiguiente medicalización, la complicación tecnológica y el aumento en los costos de operación,

b.- Crecimiento acelerado de los servicios médicos de las instituciones de seguridad social,

c.- Ausencia de recursos preventivos, salvo las campañas de inmunización, debido al predominio de tal modo curativo,

d.- Énfasis individual y escasa atención comunitaria a excepción de la campaña contra el paludismo, de las erradicaciones de la viruela (1952), del vector de la fiebre amarilla urbana (1962), y de la yodación de la sal (1963),

e.- Persistencia de introducir servicios médicos al campo a través de diversos programas sin considerar otros elementos relacionados con la atención a la salud,

f.- Exclusión de los modelos alternativos de la atención médica o medicinas paralelas, tales como la herbolaria, la quiropráctica, la acupuntura y la homeopatía,

g.- Aislamiento del sector salud respecto de los otros determinantes del proceso de salud-enfermedad debido al enfoque de unicausalidad en la fisiopatología,

h.- Política diferenciadora al dar prioridad a la atención de ciertas fracciones de la población como la otorgada a los trabajadores del IMSS o del ISSSTE,

i.- Centralización de los servicios de salud y baja prioridad a los gastos destinados al sector,

j.- Ausencia de la programación integral de los servicios de salud como técnica de ordenación pública y de racionalización y estímulo a la actividad de la sociedad,

k.- Carencia de un sector salud formal e integralmente constituido que permitiese la formación de un sistema de salud de carácter nacional,

l.- Legislación que no contiene en forma explícita el derecho a la salud, en la que la mayoría de las disposiciones reglamentarias son obsoletas y con frecuencia no se exige su cumplimiento.

En suma y coincidiendo con el diagnóstico realizado por la Administración del entonces Presidente de la República, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado al inicio de su gestión, podemos afirmar que este período se distinguió por la abundancia de acciones de salud aplicadas de manera desarticulada y por lo tanto exentas de una concepción coherente en torno a un sistema nacional de salud cuyos servicios, no únicamente médicos, sean accesibles geográfica y económicamente aceptables, suficientes y que atiendan realmente a las necesidades que en esta materia tiene el pueblo mexicano.

No obstante lo anterior, como ya se mencionó, a finales de los 60's se llevaron a cabo también algunas innovaciones en la forma de proporcionar atención a la salud, así como la creación de instancias de coordinación de políticas y programas sobre el particular, dando la pauta para que la década de los ochentas iniciara una nueva fase en el proceso de modernización de las responsabilidades estatales, con la creación en 1981 de la Coordinación de los Servicios de Salud, misma que con la colaboración de 20 Estados de la República, elaboró un estudio tendiente a "...determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de la salud en un sistema nacional, que dé cobertura a toda la población". (18)

Dicho trabajo, así como los planteamientos recogidos mediante la consulta popular sobre la salud y seguridad social se integran con el objeto de "definir las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud, consignando los elementos básicos que dan fundamento a la política de salud del Régimen de Miguel de la Madrid". (19)

Así, en este período se hace presente la necesidad de reconocer el derecho a la protección de la salud, modernizar la legislación vigente para crear la figura del Sistema Nacional de Salud, integrar los servicios en las modalidades orgánica y funcional, descentralizar la programación y la administración de la salud, vincular las políticas de formación de recursos humanos como un modelo de atención congruente con las necesidades del país, ampliar la acción estatal en materia de salubridad general, fomentar la

18.- Soberón, Guillermo; Kumbe, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1989. Problemas y Programas de Salud. Tomo I. México. Edil. Fondo de Cultura Económica. 1989. p. 15.

19.- Para mayor información sobre este tema, consúltese Soberón Acevedo Guillermo, L. Ruiz y Otros. Hacia un Sistema Nacional de Salud México, UNAM. 1983.

movilización de la comunidad y desarrollar otras fuentes de financiamiento para ampliar y fortalecer la cobertura de los servicios.

Sin embargo, la centralización persistente de los servicios de salud, al reducirse la injerencia y participación de los Estados y Municipios en este campo, provocó la aprobación de una serie de enmiendas a la Constitución que consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social y señalan que una ley establecería las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuiría la concurrencia en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. Se reforma la fracción 1 del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal para completar la técnica de la sectorización agregando la modalidad de la sectorización programática y funcional.

Comienza una etapa de desarrollo de los servicios interinstitucionales de salud, que se caracteriza por el propósito de establecer el Sistema Nacional de Salud apoyado en una cabal sectorización conducida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, etapa que se identifica por el uso intensivo de la programación sectorial como un ejercicio participativo, democrático y ordenador que permita el uso eficiente de los recursos y la adopción de las medidas necesarias para el goce gradual pero acelerado, del derecho a la protección de la salud.

En esta etapa, se llevaron a cabo esfuerzos de modernización administrativa y legislativa de la salud, a través de la simplificación y racionalización de las estructuras, procedimientos y sistemas de gestión, así como por la puesta en vigor de nuevos ordenamientos.

Además, se inicia la articulación de esfuerzos dispersos, la racionalización en la asignación y uso de los recursos y el propósito rector de avanzar en la implantación de una sociedad más igualitaria en el ámbito de la salud.

Con base en la reseña histórica previamente efectuada, es posible comprobar que dichas medidas, a detallarse en los puntos subsiguientes, conforman un esquema que "...recoge y armoniza elementos puestos en práctica en el pasado e introduce nuevas formas para deslindar funciones y asignar responsabilidades a distintas instituciones comprometidas todas con instrumentos programáticos elaborados de consenso...". (20)

De lo anterior se puede deducir que en México, al igual que en otros países de la comunidad internacional, la concepción de la salud se ha ido transformando gradualmente y, del mismo modo, se ha modificado la forma como se enfrentan los problemas de la salud de la población.

Por consiguiente, consideramos que el cambio de enfoque sobre la forma de atender la salud de la población mexicana, de cuya aplicación se hablará más adelante, es el resultado de la evolución de una serie de acciones basadas en experiencias nacionales, así como del gran impulso que sobre el particular han otorgado la OMS y la OPS. Habría que agregar como determinantes sobresalientes del cambio en cuestión las circunstancias políticas, económicas y sociales por las que transitó el país durante la última década.

20.- Kumata, Jesús; Sobarón, Guillermo. *Salud para Todos: Utopía o Realidad?*. México. Edil. El Colegio Nacional. 1989, p. 20.

4.2 CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION MEXICANA.

Antes de abordar este tema, es importante advertir que para conocer las condiciones de salud en nuestro país se hace indispensable recurrir a las estadísticas convencionales proporcionadas por el sector público, las cuales carecen de información precisa, uniforme, detallada e incluso difiere de los datos contemplados por los Organismos Internacionales, situación que representa uno de los obstáculos fundamentales para poder captar la problemática real de la salud de los mexicanos. A lo anterior, se suma el hecho de que las estadísticas en cuestión sólo miden promedios, en un país donde las disparidades alcanzan niveles extremos.

En virtud de que no es objetivo de este trabajo el profundizar sobre los instrumentos metodológicos para el estudio referido, sólo cabe mencionar la necesidad de que se realicen investigaciones actualizadas respecto a la construcción de indicadores de salud que además de ser confiables y veraces, evalúen la calidad de vida de la población mexicana. Por lo tanto, a continuación se examina la influencia que ejercen sobre el proceso salud-enfermedad, los factores de índole geográfica, demográfica, social y ambiental.

En el área de los fenómenos geográficos, México se encuentra en la zona Subtropical, con más de 10,000 kms. de litorales y con una orografía muy accidentada y mesetas a más de 1,000 m. sobre el nivel del mar, en donde habita más de la mitad de la población.

Esta ubicación determina, por ejemplo, que existan las condiciones ambientales para las enfermedades transmisibles, tales como el paludismo, la

oncocercosis, la leishmaniasis, la enfermedad de chagas y el tifo. Igualmente, la altura del altiplano central ocasiona que haya una mayor incidencia de conducto arterioso persistente en los recién nacidos. En Yucatán, la composición química del agua de beber es responsable de la mayor frecuencia de litiasis en las vías urinarias, además, el desempleo y la pobreza presentan un cuadro de desnutrición superior al 52%. Así como estos, existen innumerables casos en los que algunas enfermedades o bien problemas relativos a los servicios de salud son causados por las condiciones geográficas.

Por lo que toca a los determinantes demográficos, ha sido notable el crecimiento de la población toda vez que las tasas correspondientes pasaron de 1.4% en la década de 1920 a 3.5% en la de 1970, constituyendo ésta una de las más altas tasas del mundo. "Como consecuencia, en sólo 20 años (1950-1970) se duplicó la población nacional"⁽²¹⁾. "De 1970, que se contaba con 48.2 millones de habitantes a 1990, es de 88 846 millones de habitantes, lo que representan un incremento del 45.7%".⁽²²⁾

Frente a tan alarmante crecimiento, por la serie de demandas y requerimientos de orden económico y social que ello implica, se adoptó a partir de 1973 una política demográfica con la consecuente aplicación de un programa de planificación familiar que ha llevado a un incremento regulado de la población. De ahí que la tasa en cuestión haya descendido para 1982 al 2.6%.

21.- Salud y Seguridad Social, México. Secretaría de Salud. Edt. Fondo de Cultura Económica. Cuadernos de Renovación Nacional, 1966. pp. 18 y 19.

22.- En la zona metropolitana, la población es de 18 millones aproximadamente, para el año 2000 se estima en 27.3 millones de los cuales, 12.7 se concentrarán en la Ciudad de México y 14.6 en el área conurbada.

De acuerdo con estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "México contó con una tasa anual de crecimiento para los años 1985-1990 de 2.42%, con una población total en 1988 de 84,971,000 habitantes (hab.), cifra que constituye la tercera en América Latina, antecedida por los Estados Unidos con 244,252,000 habitantes y Brasil con 144,427,000 habitantes". (23)

Ahora bien, la distribución de la población, de acuerdo con el censo de 1980, se agrupa en una pirámide de base muy amplia, con 42.8% menores de 15 años y sólo 3.8% mayores de 65 años, con una tasa bruta de natalidad de 34.9 nacimientos por cada mil habitantes en 1983, lo cual significa una gran demanda asistencial en consultas prenatales, atención del parto, puericultura, inmunización y consultas por padecimientos infecciosos de la primera infancia. Asimismo, la OPS calculó que la edad mediana de la población en 1988 fue de 18.4 años.

Sin embargo, el censo de 1990 demostró la existencia del 53.1% de menores de 15 años y sólo el 3.8% mayores de 65 años, con una tasa de natalidad de 40.0 nacimientos por cada mil habitantes, y una tasa de población que superó en más del 60%, la demanda de servicios públicos, empleo, servicios sanitarios y por ende, el deterioro todavía mayor del nivel de vida.

Otra problemática predominante de la situación, es la que representa proveer de servicios de salud a una importante fracción de mexicanos con un alto grado de dispersión demográfica, ocasionada por el rápido crecimiento de las grandes ciudades que contribuye en gran medida a descuidar a los grupos

23.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000", Documento CD-33/22, Rev. 1.1 (Esp.), Washington, D.C., OPS, 1988, p. 4. Anexo. Al respecto, es importante señalar que de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, en 1967 nuestro país llegó a una tasa anual de crecimiento de cerca del 2.0%. Dato citado en Salud y Seguridad Social... p. 77.

más vulnerables, en virtud de que los asentamientos varían desde más de 100 mil comunidades con menos de 1000 habitantes hasta los tres grandes centros metropolitanos del país, tales como la Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara, que en conjunto, albergan un 35% de la población total. "Vemos así un amplio proceso de urbanización en el que, en 1980, la población rural fue de 33.7% y la urbana de 66.3%" (24), para 1990, la rural fue de 27.4% y la urbana de 72.6%.

Por su parte, la mortalidad en los adultos ha mostrado un comportamiento descendente con un 33.6 defunciones por cada 1000 habitantes en 1970, la cual bajo a 5.0 por 1000 en 1987 y se redujo aún más en un 1.0% por 1000 habitantes en 1994, en contraste con el índice de la mortalidad infantil, que constituye uno de los indicadores mayormente relacionados con el grado de desarrollo socioeconómico.

En efecto, la mortalidad infantil se ha incrementado marcadamente, toda vez que de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, en 1970 ocurrían 18.5 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, en 1987 fue de 23.3 y en 1994 se registraron 34.82 casos de defunciones. Habría que resaltar que esta cifra tiene una gran variación por entidades federativas, pues "para 1983 hubo valores extremos de 11.3 y 55.6 muertes por cada 1000 nacidos vivos" (25), en comparación con 1994 que tuvo 7215 defunciones en todo el país.

Sobre el particular, se puede afirmar que el descenso de los indicadores en cuestión refleja definitivamente la evolución que han tenido los servicios de atención a la salud, así como el desarrollo general del país.

24.- Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud, Tomo II. México, Edt. Fondo de Cultura Económica, 1988. pp. 16 - 26.
25.- *Ibidem*. pp. 23 y 29. Además, Salud y Seguridad Social... p. 78.

Sin embargo, no hay que olvidar que dicho desarrollo ha sido desigual, favoreciendo sólo a ciertos grupos de la población o bien a ciertas regiones.

A esto, hay que agregar que dichos indicadores generales aún no muestran los efectos de la crisis económica por la que ha atravesado nuestro país durante esta última década, y cuyos alcances se ven claramente reflejados en una tasa de crecimiento promedio anual negativa del Producto Interno Bruto (PIB) de -0.9 en el período 1982-1986 (26) y que para 1994 fue de 2.9% del PIB, con un creciente desempleo que representó 14.4% de la población económicamente activa a fines de 1986 (27), en comparación con 1994 que tuvo un porcentaje del 23.7% de desempleados y con una inflación que alcanzó en 1987 una tasa anual de 159.2% (28), en relación a 1994 que se dio en 139.1% cifra sin precedente en la época posrevolucionaria que trajo como resultado un detrimento sustancial del poder adquisitivo de la población, el cual tuvo un crecimiento de 92.6%(29) y por lo tanto, un agudo deterioro en el nivel de vida. Aún más serios han sido los efectos para los mexicanos que no satisfacen las necesidades esenciales, que se calcula ascienden actualmente a 90 millones de habitantes, de los cuales alrededor de 65 millones de ellos viven en condiciones de extrema pobreza (30).

Cabe destacar que la situación precedente se vio agravada por la evolución de la economía mundial, en especial por los bajos precios de exportación del petróleo, el aumento de precios de las importaciones de los alimentos y las altas tasa de interés, mismas que convirtieron a países como el nuestro con una enorme deuda externa, en exportadores netos de capital.

26.- Hernández y Puente, Francisco. "El bienestar social" *Tiempo*. Revista mensual. No. 2656. México. Noviembre, 1994, pp. 50-53.

27.- Dávila Flores, Alejandro. "La Naturaleza de la Inflación Mexicana". *El Colidiano*, Revista de la Realidad Mexicana Actual. No. 19, México, Universidad Autónoma de México (UAM), p. 330.

28.- Drástica Reducción del Crecimiento Económico en Latinoamérica: CEESP. *La Jornada*, 19.II.89. p. 2

29.- Incrementos de los precios y salarios en los últimos cuatro sexenios. *El Universal*, 1995. p. 26.

30.- Tello, Carlos. "La Pobreza en México: Tendencias y Políticas". *La Jornada*. 50. Aniversario. 20.IX.89. p. 2

"Entre 1982 y 1988 México pago cerca de 70 mil millones de dólares sólo por concepto de intereses de su deuda, lo que equivale a tres cuartas partes del monto total adeudado y entre 1990-1994 siguió pagando cerca de 90 mil millones de dólares por intereses y alrededor de 161 mil millones de dólares por la deuda, más el monto acumulado por el efecto de la devaluación del 20 de diciembre de 1994" (31). Esta cantidad a su vez ha representado desde 1983 "una transferencia neta de recursos al exterior de más del 100% anual de la producción nacional" (32). Como se observará más adelante, este déficit de recursos ha perjudicado seriamente al sector salud.

A nivel regional contemplamos que, de acuerdo con información de la OPS para el quinquenio 1985-1990, "México se encontró entre los primeros diez países con las tasas más altas de mortalidad infantil al contar con 47 defunciones por cada mil nacidos vivos, al igual que Haití con 117" (33).

Comparando estas cantidades con las estimadas en el quinquenio correspondiente a 1980-1985, que ascendieron en los mismos países a 53 y 128 respectivamente, podemos inferir que ha existido una mejora relativa debido a que aún existe una gran brecha entre las condiciones básicas de salud de los países avanzados y los subdesarrollados.

"Otro indicador demográfico es la esperanza de vida al nacer del mexicano, la cual en 1970 fue de 60.0 años, en 1983 de 66.6, en 1987 de 69.0

31.- Para 1995, ante la crítica situación económica debido a la falta de activos (falta de solvencia e incapacidad de pago de una enorme cantidad de instrumentos públicos que vencieron, tales como tesobonos, bonos brady, etc.) y la devaluación del peso en más del 50%, el Gobierno de México contrajo una serie de préstamos no sólo con Instituciones Financieras Internacionales, sino con Organismos Internacionales Financieros, con países europeos, asiáticos e incluso con las partes integrantes del TLC, como son los Estados Unidos y Canadá, además de recibir un préstamo menor por parte de los países de América Latina, que en total, la cantidad prestada hasta el 6 de febrero de 1995 fué de 63,442 mil millones de dólares. El monto actual asciende a más de 180 mil millones de dólares.

32.- Carrasco Lloeta, Rosalba y Hernández y Punte, Francisco. "Renegociaciones: la Larga Marcha". *La Jornada*, 19.IV.89, p. 33.

33.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000". Documento CD 33/22. Rev. 1. (Esp.). Washington, D.C., OPS, 1988, p. 1 Anexo.

años" (34) y en 1992 se estimó en 69.4 años para los hombres y 73.6 para las mujeres. Países como Canadá, registraron en 1985 una esperanza de vida de 72.2 años para el hombre y de 75.8 para la mujer.

ESPERANZA DE VIDA

AÑO	MUJERES	HOMBRES
1992	73.6	69.4

Respecto a la composición cualitativa de la mortalidad general, resulta interesante observar la tendencia de las causas de defunción a través del siguiente cuadro:

TRÉCE PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MÉXICO (1970-1994)

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	TASA 1970	TASA 1983	TASA 1994
Influenza y neumonía	170.6* (1)	36.5 (5)	40 (6)
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	141.7 (2)	45.8 (3)	15 (12)
Accidentes, envenenamientos y violencias	71.0 (3)	61.8 (3)	58 (3)
Enfermedades del corazón	68.3 (4)	68.2 (1)	68.0 (2)
Causas de morbilidad y mortalidad perinatales	51.5 (5)	32.0 (6)	27.0 (8)
Tumores malignos	37.6 (6)	41.0 (4)	45 (4)
Enfermedades cerebrovasculares	24.7 (7)	21.9 (9)	19.8 (11)
Sarampión	24.3 (8)	-----	0.01 (13)
Cirrosis hepática	22.8 (9)	22.2 (8)	23.9 (9)
Tuberculosis, en todas sus formas	19.9 (10)	-----	20.2
(10)Diabetes	----	25.3 (7)	35.0 (7)
Homicidios	----	17.3 (10)	40.0 (5)
SIDA	----	-----	82.0 (1)

* Muertes por 100 mil habitantes.

Fuente: Estadísticas vitales, Dirección General de Epidemiología SSA.

(#) Lugar que ocupan.

Lo anterior demuestra que las enfermedades del aparato respiratorio, infecciosas y parasitarias se mantienen en tercero y quinto lugares en frecuencia. En contraste, las enfermedades vinculadas al desarrollo, para ser precisos al mal desarrollo, como las del corazón y accidentes, han ido en constante aumento al ocupar los dos primeros lugares. Asimismo, se presentan la diabetes mellitus y los homicidios como dos nuevas causas de muerte dentro de esta última clasificación.

En cuanto a la morbilidad, "las principales enfermedades registradas corresponden a infecciones del aparato respiratorio, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades del aparato digestivo, infecciones intestinales tales como la amibiasis, salmonelosis, intoxicaciones, disenteria bacilar y hepatitis viral, en enfermedades de transmisión sexual, paludismo y dengue" (35).

De conformidad con datos basados en la consulta externa proporcionada por el IMSS en 1985, "las diez principales causas de morbilidad fueron las siguientes: infecciones respiratorias agudas, 519.3 por cada 1000 usuarios; infecciones intestinales 130.4, hipertensión arterial 90.4, helmintiasis, 83.7; diabetes mellitus 78.9, ciertos trastornos del dorso, 49.3; trastornos urinarios 42.7; trastornos de la conjuntiva 42.6; gastritis y duodenitis, 38.9 y amibiasis 35.8" (36).

Como puede advertirse, coexisten las enfermedades infectocontagiosas o también llamadas del subdesarrollo con padecimientos estrechamente ligados a prácticas negativas en el estilo de vida.

35- Ibidem, p. 62.

36- Soberón Guillermo, Kumata, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México. Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud, Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 36.

Para precisar un poco más sobre las principales afecciones sufridas en nuestro país, cabe citar a las enfermedades diarreicas, la teniasis, la cisticercosis y la lepra en las cuales participan factores del subdesarrollo como la nutrición e infección, ligadas a la calidad del ambiente, la vivienda, la educación, el empleo y la pobreza, entre otros aspectos.

"Para 1984, México tuvo un registro en la OPS de 15% de recién nacidos con un peso inferior a 2 500 gr., situación sumamente preocupante toda vez que representó un porcentaje similar al de la República Dominicana y Haití" (37), países considerados de los más atrasados en el continente e incluso en el mundo.

Asimismo, se estima que actualmente más de la mitad de la población en México está subalimentada (38), más del 50% de la población rural padece desnutrición en primero, segundo y tercer grado (39), del 20 al 25% de la población, fundamentalmente urbana, está sobrealimentada y únicamente el 18% ingiere dietas adecuadas (40). Tales condiciones de nutrición favorecen la alta frecuencia de enfermedades transmisibles, agudas y crónicas, de fácil agravamiento y alta mortalidad.

Las deficiencias de la vivienda también facilitan la transmisión de varias infecciones como la tuberculosis, la fiebre reumática y la sarna, así como las mediadas por vectores, como el paludismo, el dengue, la oncocercosis, la leishmaniasis, la enfermedad del chagas y el tifo. Entre este último grupo de

37.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000". Documento CD.33/22, Rev.1. (Esp.), Washington, D.C., OPS, 1988. p. 1 Anexo.

38.- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la Salud en México. Edit. Trillas. 1988. México. p. 44.

39.- "Cerca del 50% del sector rural sufre desnutrición, dice Soberón Acevedo". La Jornada, 26.X.88. p. 25.

40.- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la Salud en México. Edit. Trillas. 1988. México. p. 44 y 45.

padecimientos, el paludismo destaca como el de mayor importancia, pues aunque puede decirse que en México no existe mortalidad por esta causa, la tasa de morbilidad es bastante inquietante, toda vez que ha ido en aumento, al igual que los problemas relativos a su control (socioeconómicos, políticos, técnicos, administrativos y financieros).

En lo que se refiere a las enfermedades prevenibles por vacunación, "la poliomielitis que se encontraba en descenso, con una tasa de 0.08 casos por 100 mil habitantes en 1986, actualmente ha sido erradicada en nuestro país, por lo que se hizo merecedor del Premio Sir George Alleyne, 1995" (41). El sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la tuberculosis también presentan una tendencia descendente. "Todo ello gracias a las fases intensivas de vacunación, acompañadas de los programas permanentes". (42)

Como ya se mencionó, las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de morbilidad y una de las principales de mortalidad, para cuyo control se cuenta, en términos generales con los conocimientos y recursos necesarios. No obstante, es indispensable la participación de la comunidad tanto en las actividades de promoción de la salud, como en la generación de una demanda oportuna de atención.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, la gonorrea o blenorragia es la más frecuente, la cual junto con la sífilis se ubica entre las 10 enfermedades transmisibles de mayor notificación. Al respecto, es de resaltar que no se dispone de un sistema operativo bien organizado

41.- Garduño, Roberto. Reconocen la labor de Médico en la erradicación de la Poliomielitis. *El Universal*, 2 de mayo de 1995.

42.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). *La Salud en Médico: Testimonios 1986. Problemas y Programas de Salud*, Tomo II. Médico. Edit. Fondo de Cultura Económica, 1986, pp. 94-106.

responsable de la atención, el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades adquiridas por contagio sexual.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), si bien aún no se encuentra dentro de las 20 principales causas de morbilidad, es objeto de gran interés porque su letalidad es prácticamente de 100% y el número de casos se incrementa en forma exponencial, pues "en 1981, año en que se detectó el primer caso hasta abril de 1994 se han registrado más de 100 000 personas infectadas y de 30 000 personas que la padecían, el 40% sigue viva" (43) presentando de no actuar, un período de duplicación de siete meses. Para estas mismas fechas, "México ocupa el 5o. Lugar en América por el número de casos en cuestión" (44).

Como es bien sabido, los mecanismos de transmisión son los relacionados con las actividades sexuales, la transfusión de sangre, prácticas ligadas a la drogadicción, infección de la madre al hijo durante la gestación, en el momento del parto o el amamantamiento principalmente. Considerado como un problema de trascendencia social y económica en vista de las defunciones que causa en la población económicamente activa y la necesidad de recursos extraordinarios para el tratamiento sintomático de los pacientes, se creó en 1986 el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), a fin de contar con los medios adecuados para su detección y control.

43.- Torres, Alejandro. "No hay voluntad de autoridades para atender problemas de SIDA". El Universal. 1a. sección. 12 de mayo de 1995.

44.- *Ibidem*. pp. 118-127. De acuerdo con la información estadística contenida en la publicación "Boletín Epidemiológico Semanal", No. 25. Ginebra, Suiza. OMS. 1995, se habían registrado en México, hasta el 1 de junio de 1995, 122,350 casos de SIDA.

Sobre los determinantes ambientales, el país enfrenta problemas muy antiguos tales como la insalubridad local y el de saneamiento básico en diversas partes del territorio nacional, entre los que destacan el fecalismo, la carencia de drenaje, de servicios sanitarios básicos y de agua potable. La contaminación de alimentos y la fauna nociva, hasta los derivados del desarrollo urbano e industrial, vinculados a la contaminación ambiental como humos, sustancias tóxicas, plásticos no degradables, emanaciones de los escapes de fuentes fijas, automóviles y autobuses. Estas últimas se identifican fundamentalmente en el Distrito Federal y su zona conurbada, en Monterrey, Guadalajara y ciertas ciudades fronterizas con los Estados Unidos de América.

"Para 1985, el 82% de la población mexicana contaba con los servicios de agua potable, teniendo valores para el medio urbano del 95% y para el rural del 50%. Igualmente, el 57% de los mexicanos gozaba de instalaciones sanitarias, correspondiendo al medio urbano el 77% y al rural el 15%, porcentajes que en 1993 han disminuido en un 15.2% ante el incremento de la población". (45)

"Uno de los efectos que se han evidenciado últimamente como resultado de la alta contaminación tanto del ambiente como de los alimentos, son los valores de plomo en la sangre de la población abierta de la Ciudad de México que, de acuerdo con un estudio realizado por la OMS, acusan las cifras más altas con 22.5 microgramos por decilitro (mg./dl) en comparación con 10.0 mg./dl en Baltimore, Jerusalen, Lima y Estocolmo; de 10 a 20.0 mg./dl en Bruselas e India y 5mg./dl en Pekín y Tokio". (46)

45.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000". Documento CD.33/22. Rev. 1. (Esp.). Washington, D.C., OPS, 1988. p. 5 Anexo.

46.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud, Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica, 1988. p. 130.

A problemas como los previamente descritos se suman los de "la contaminación del agua para uso doméstico y consumo humano de la que se calcula que existe una potabilidad final del 50%, la contaminación de los suelos por plaguicidas, metales pesados, detergentes, desechos domésticos e industriales, fecalismos al aire libre, irrigación de tierras de cultivo con aguas negras inadecuadamente tratadas y la contaminación del aire". (47)

Respecto a la contaminación atmosférica, hace algunos años se estableció un programa de coordinación entre la entonces Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) ahora Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), y la de Salud (SSA), destinado a su vigilancia y al estudio de las repercusiones que tiene sobre la salud.

Actualmente, "se ha detectado que la contaminación es un factor que predispone a desarrollar asma bronquial, la cual es caracterizada por ser una enfermedad crónica que predomina principalmente en la población infantil, ya que el 60% de los afectados son niños. Esta enfermedad se ha incrementado en un 10% en consulta externa". (48)

La hipertensión arterial, la arteriosclerosis, la diabetes y el cáncer cervicouterino y mamario forman parte de los principales padecimientos en México, asociados estrechamente al estilo de vida, condiciones de trabajo, factores de tensión, competitividad y presiones del consumismo, los cuales van

47.- Para ilustrar esta situación cabe citar que en nuestro país se producen anualmente más de 20 millones de toneladas de desechos domésticos, de los cuales 80% se acumulan a cielo abierto. En cuanto a los desechos industriales, cada año se generan 80 millones de toneladas de los que sólo se recuperan 50%. Para manejar todo este volumen, el país cuenta únicamente con cuatro plantas de tratamiento tipo reciclposte con una capacidad de siete mil toneladas por día.

48.- Provoca asma bronquial la contaminación. El Universal, 23 de abril de 1995, p. 5.

en aumento. No obstante, su control depende en gran medida de la educación de la sociedad entre otras acciones pertenecientes al nivel de atención primaria.

El alcoholismo constituye en nuestro país un problema importante vistas las repercusiones en los cuadros de mortalidad por cirrosis hepática y por accidentes. La disponibilidad de bebidas alcohólicas, así como la forma y la cantidad en que se consumen atienden a intereses económicos y a patrones de comportamiento social que hasta el momento han pesado más que los criterios de salud pública necesarios para su control.

El abuso de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia no es en México un asunto delicado de salud pública, a excepción de los disolventes-inhalantes. Sin embargo, nuestro país está en alto riesgo tanto por ser productor de marihuana y heroína, como por constituir un país de tránsito para la producción internacional hacia los Estados Unidos. Además, es bien sabido que cuando su uso alcanza dimensiones epidémicas éste es incontrolable. De ahí que sea prioritario tomar medidas preventivas.

Actualmente, el tabaquismo es un problema que se ha extendido desde los países desarrollados a los países subdesarrollados. "De 1975 a 1983 redujeron su consumo en 10.47% los primeros países, en cambio, los segundos aumentaron su consumo en un 37.67% con alzas de 80.43% en Argentina y 61.76% en México". (49) Sin embargo, hasta 1994, en base al Programa sobre Tabaco o Salud adoptado por la OMS, la lucha antitabaquica ha implicado cambios en las estructuras sanitarias, sociales, económicas y

49.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1980. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México, Edit. Fondo de Cultura Económica. 1980. p. 177.

jurídicas a nivel mundial y nuestro país no es la excepción. Sin embargo, esto no ha contribuido a disminuir el deseo de fumar por lo que el consumo de cigarrillos en la región europea es de 2290 cigarrillos por adulto y por año, y en el pacífico occidental es de 2000. El consumo más bajo se dio en África con 540. "En el conjunto de los países desarrollados, el consumo por habitante de los adultos se sitúa anualmente en torno a los 2 400 cigarrillos, mientras que en los países en desarrollo es de 1370" (50), lo cual ha provocado un aumento en las tasas de mortalidad por enfermedad pulmonar destructiva crónica, cáncer pulmonar y enfermedades isquémicas cardiovasculares.

ESTIMACIONES Y TENDENCIAS MUNDIALES Y REGIONALES DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS, 1970-1972 A 1990-1992

Regiones de la OMS	Cigarrillos por adulto		Variación anual (%)			
	1970-1972	1980-1982	1990-1992	1970-1972 a 1980-1982	1980-1982 a 1990-1992	1970-1972 a 1990-92
	AFRICA	460	560	540	2.0	-0.4
AMERICA	2 600	2490	1870	-0.4	-2.9	-1.6
ASIA SUD-ORIENTAL	640	960	1150	4.1	1.8	2.9
EUROPA	2 280	2470	2290	0.8	-0.8	0.0
MEDITE-RRANEO	730	930	910	2.4	-0.2	1.1
PACIFICO OCCID.	1 140	1600	2000	3.4	2.2	2.8
PAISES DESARROLLADOS	2 670	2770	2400	0.4	-1.4	-0.5
PAISES EN DESARROLLO	620	1160	1370	3.5	1.7	2.8
MUNDO	1 450	1650	1640	1.3	-0.1	0.6

50.- Tabaco o Salud. Doc. A48/9. 20 de febrero de 1995. Ginebra, Suiza. OMS, 1995.

Paralelamente al alcoholismo, el consumo de tabaco está estrechamente ligado a la economía del país ya que, por ejemplo, "para 1988 la producción fue de 77 mil toneladas, en comparación a 1994 cuya producción aumentó a 95 mil, de las cuales 80% estarían destinadas al consumo local (nacional) y un 20% a la exportación". (51)

De esta descripción de los principales padecimientos que afectan la salud de los mexicanos, se infiere el valor que tienen elementos como la educación, reforzando los efectos de las acciones sanitarias e imponiendo un límite cuando su nivel de información y alfabetismo son insuficientes.

"Aún cuando el porcentaje de población alfabetizada en México ascendía en 1985 al 90%, correspondiendo 92% a los hombres y 88% a las mujeres, y en 1994 es de 88%, siendo 93% en hombres y 90% en mujeres, existe una gran variación regional en el grado de escolaridad, siendo de 9 años en la frontera norte en comparación con tres o menos en el sureste". (52) Este, al igual que otros factores previamente delineados, han determinado la existencia de una sociedad mal informada, poco participativa, con los consiguientes bajos niveles de higiene y salubridad, tanto individual como colectiva.

A la luz de lo anterior, y desde el punto de vista técnico, se puede sostener que los principales problemas sanitarios en nuestro país, algunos derivados del subdesarrollo y otros resultantes de lo que se ha dado en llamar "la patología del desarrollo", tienen posibilidades reales de solución mediante

51.- Loc. CR.

52.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México. Edil. Fondo de Cultura Económica. 1988. p. 17. "Informe sobre Vigilancia..." Doc. Cd.33/22 Rev. 1 (esp.), p. 2 Anexo.

diversas acciones, entre las que destacan las de carácter preventivo e intersectorial, así como las de carácter curativo que no requieren de una tecnología altamente sofisticada.

Por otra parte, la faceta complementaria de este enigma se encuentra representada por los recursos con los que contamos actualmente en el área de la salud y la problemática que de ellos se deriva.

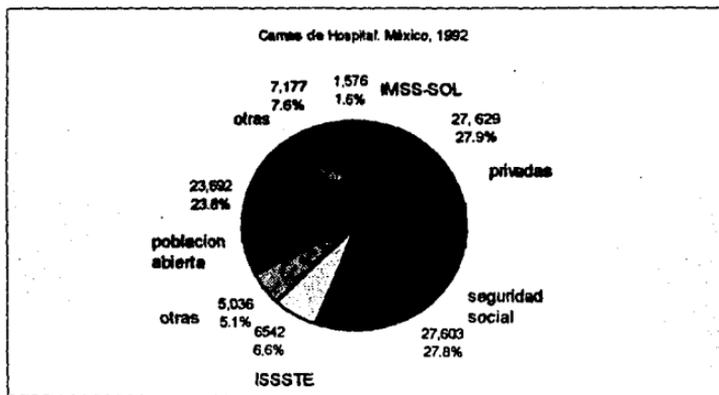
En este contexto, cabe destacar que para 1987 la población mexicana se encontraba atendida en un 53.6% por instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, y servicios asistenciales proporcionados por organismos paraestatales, un ejemplo de estos es Petróleos Mexicanos (PEMEX), en un 33% por entidades dedicadas a la atención de la población abierta como la SSA, el DIF, los Institutos Nacionales de Salud, los Centros de Integración Juvenil y el programa IMSS-COPLAMAR. "En un 4.4% por la medicina privada, lo que conlleva a una cobertura de servicios de salud de 91% del total de los habitantes del país, de acuerdo con fuentes oficiales". (53)

Sobre el particular, nos permitimos subrayar que resulta sumamente cuestionable el manejo de esta cifra, frente a los datos utilizados por partidos de oposición, en el sentido de que "...más de 30 millones de mexicanos no tienen acceso a servicios permanentes de salud..." (54), debido que en 1994, la cifra era de 10 millones de habitantes, así como el reconocimiento de que la mitad de la población no satisface sus necesidades esenciales por su condición de pobreza.

53.- Salud y Seguridad Social, México. Secretaría de Salud. Edir. Fondo de Cultura Económica. Cuadernos de Renovación Nacional, 1988, p. 83.

54.- "Sin acceso a servicios de salud 10 millones. El Universal. 31 de enero de 1995. p. 24.

"En la capacidad del sector salud, un indicador muy utilizado es el número de camas por cada 1000 habitantes que en 1983 fué de 0.78, y para 1994 es de 1.0. Como se recordará, la infraestructura hospitalaria de segundo y tercer nivel de la capital de la República Mexicana fue significativamente dañada por los terremotos de 1985, teniendo una pérdida definitiva de 3,458 camas" (55), mismas que han sido repuestas en su totalidad, mediante las acciones de reconstrucción y ordenación. "Actualmente es de 99,192: 39,181 (39.5), de seguridad social; 32,181 (32.6%) de instituciones públicas para población abierta y 27,692 de hospitales privados (27.9%)"(56).



Fuente: Boletín de información estadística No. 12.
Sistema Nacional de Salud, 1992.
Secretaría de Salud.

Respecto a los recursos humanos es pertinente citar que "para 1986 se calculaba la existencia de un médico por cada 1,058 habitantes" (57) y "ocho

55.- *Salud y Seguridad Social*, México. Secretaría de Salud. Edt. Fondo de Cultura Económica. Cuadernos de Renovación Nacional, 1988. p. 99.

56.- Kumate, Jesús. *Sistemas Nacionales de Salud en las Américas*. Secretaría de Salud. Edt. Cromocolor. México, 1993. p. 194.

57.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. *Salud para Todos: Utopía o Realidad?*, México. Edt. El Colegio Nacional. 1989. p. 160. Cálculo basado en los datos proporcionados: 94.5 médicos por 100,000 habitantes.

años más tarde se cuenta con 166,304, lo que arroja un índice de un médico por 448 habitantes y 0.8 por cada 1000⁽⁵⁸⁾. El personal de enfermería y paramédico ha presentado una tendencia a aumentar, en oposición a la situación prevaleciente hasta hace pocos años en que los médicos predominaban sobre las enfermeras. "En 1986, en el sector había 1.7 enfermeras por médico, en la seguridad social esta relación era de 1.8 y en las instituciones de población abierta fue de 1.5"⁽⁵⁹⁾. Sin embargo, en 1992, éstas han aumentado a 148,957 por 86,485 médicos.

Cabe señalar que dichos indicadores pierden su significado al observar su inequitativa distribución geográfica por grupos humanos o por instituciones, "prevalciendo el mayor número de médicos en las concentraciones urbanas y principalmente en los estados del centro del país, absorbiendo más del 60% del personal la seguridad social".⁽⁶⁰⁾

Además de estas desigualdades, habría que añadir que la educación médica también se ha basado en modelos ajenos, centrándose en la enfermedad más que en la salud, y de espaldas a la problemática sanitaria real que sufre nuestro país. Por su parte, la existencia de una débil coordinación entre las instituciones de salud y educativas a llevado a que la formación del personal no responda plenamente a las necesidades de los servicios.

58.- Kumate, Jesús. Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. Secretaría de Salud. Edil. Cromocolor. México. 1993. p. 161.

59.- Loc. Cit.

60.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. Salud para Todos: Utopía o Realidad?, México. Edil. El Colegio Nacional. 1989, p. 162.

Subsiste también una gran dependencia científica y tecnológica del exterior. Una muestra de ello, es que actualmente alrededor del 90% del instrumental y equipo médico es importado (61), y la gran mayoría de las industrias existentes en nuestro país se dedican únicamente a ensamblar partes provenientes de los países desarrollados.

De la investigación que en el área de la salud fue realizada en nuestro país durante 1994, "el 4.8% corresponde a la investigación tecnológica, misma que tuvo un incremento en los últimos 11 años del 2.7%, la cual incluyó más de un centenar de proyectos de los que se comprobó que menos de la mitad podría llegar a generar un producto innovador o capaz de sustituir importaciones" (62), hecho que demuestra la falta de coincidencia entre las prioridades de investigación vigentes y las necesidades del país en la materia.

No obstante dicha situación, las dificultades económicas del país han obligado a impulsar el desarrollo tecnológico en el área que nos ocupa. A manera de ejemplo, se encuentra "la elaboración de electrocardiógrafos, prótesis valvulares, sistemas digitalizadores de imágenes, marcapasos, técnicas para el diagnóstico de neurocisticercosis, producción de alimentos de alto valor nutricional y cunas térmicas, entre otros" (63).

La importación de materias primas para la producción de fármacos y la elaboración de la mayoría de los medicamentos por laboratorios transnacionales evidencian otro de los grandes problemas de dependencia del exterior.

61.- Martuscelli-Quintana J., Fabra-Besumoni, G. El Desarrollo Tecnológico en el Marco del Programa Nacional de Salud Pública de México. Vol. 30, No. 6. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre-Diciembre de 1988. p. 655.
62.- Loc. Cit.
63.- Salud y Seguridad Social. México. Secretaría de Salud. Edt. Fondo de Cultura Económica. Cuadernos de Renovación Nacional, 1988. p. 90.

La investigación en salud realizada en México en 1982 contaba con la siguiente distribución "investigación biomédica 36%, investigación clínica 37%, investigación socioeconómica 15%, correspondiendo a los servicios de salud el 3% de ésta última investigación en el área ambiental, 2% en biotecnología, 1%"⁽⁶⁴⁾. El hecho de que haya un mínimo de investigación en salud pública se traduce en una visión fragmentada e insuficiente de los problemas nacionales de salud y una aproximación casi nula al estudio de las formas en que son enfrentadas.

Al respecto, es de subrayar que el Instituto Nacional de Salud Pública, creado en 1987, unificando en una sola institución a la Escuela de Salud Pública de México y al Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas, permite contar con un alto nivel para formar a las nuevas generaciones de directivos, maestros e investigadores para la identificación de necesidades de salud y del mejoramiento de sistemas de servicio en este campo.

Otro aspecto por demás importante es el gasto para la salud en relación con el total del gasto público federal, el cual paso de 10.1% en 1978 a 6.3% en 1983, a 8.65% en 1986 y a 4.4% del PIB en 1994. El gasto en cuestión ascendió de 52.301 nuevos pesos en 1978, a cerca de 1.1 millones de nuevos pesos en 1986. En cambio, a precios constantes descendió de 52.301 a 28.429 nuevos pesos para los mismos años ⁽⁶⁵⁾. Este panorama contrasta con el de Cuba y Costa Rica, países que de acuerdo con declaraciones del

64.- Soberón Guillermo, Kumata, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica. 1988. p. 318.

65.- Soberón Acevedo, Guillermo. El Cambio Estructural en la Salud. Vol IV. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 1987. p. 150.

Director de la OPS, "cuentan con los mejores niveles de salud en América Latina y destinan más del 20% de su presupuesto total en atención médica para sus poblaciones". (66)

Si se analiza la participación del gasto en salud en el Producto Interno Bruto (PIB), se observa que "en 1978 representaba el 2.1%, en 1982 el 2.2%, en 1985 el 1.7%, en 1987 el 1.83%, el 2.8% en 1992 y el 4.4% en 1994". (67)

Cabe hacer mención que indicadores estadísticos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), contemplados en su informe de 1988 revelaron que "la política del gasto público del Gobierno de México se redujo a tal grado que las asignaciones presupuestales al rubro de la salud, representaron el 0.3% del PIB, ocupando nuestro país en ésta área el último lugar de las 25 naciones latinoamericanas que reporta el BID" (68).

Al margen de que dichas cifras no son coincidentes, ambas muestran la misma tendencia de rezago del sector salud como prioridad en la composición del gasto público total, colocando a nuestro país incluso por debajo de varias naciones subdesarrolladas.

66.- El Financiamiento de la Salud para Consolidar el Cambio. Salud Pública de México. Vol 29. No. 2. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Marzo-abril de 1987. p. 170.

67.- La Monitoria en Brasil permitió canalizar recursos a la Salud. La Jornada. 24.III.87. p. 11.

68.- Sobarón Acevedo, Guillermo. El Cambio Estructural en la Salud. Vol IV. México, Instituto Nacional de Salud Pública. 1987. p. 150, y Valdés-Clemede, Cuzhuilimoc. Apuntes sobre el Financiamiento de la Salud en México. Salud Pública de México. Vol 30. No. 6, México, Instituto Nacional de Salud Pública. Noviembre-diciembre, 1988. p. 619.

Es importante resaltar que en estas cantidades no se contabilizan ni los montos en salud que de manera directa aportan los Gobiernos de los Estados y de los Municipios, ni los que las Universidades destinan a la formación de recursos humanos y al desarrollo de la investigación, tampoco entran en la contabilidad los gastos de infraestructura sanitaria como saneamiento básico, agua potable y drenaje, que son parte de los gastos municipales, ni los gastos que se aplican como subsidio al consumo alimentario.

La gravedad de esta reducción se puede valorar en su justa dimensión, al considerar que la mayoría de los recursos materiales y humanos que proporcionan atención a la salud de la población mexicana pertenece a las instituciones públicas, por lo que una baja en los medios financieros presumiblemente impide una ampliación de los servicios prestados además de ocasionar un deterioro en la calidad de los mismos debido a la menor disponibilidad de insumos.

Por consiguiente, el gasto correspondiente constituye un factor relevante en la mejora de los niveles de salud de la población, el cual ha sido seriamente dañado por la crisis económica que sufre el país, especialmente desde 1982, poniendo de manifiesto la falta de congruencia con una política social que busque en los hechos combatir la pobreza absoluta en la que vive un alto número de mexicanos.

A lo largo del período 1978-1986, la mayor parte de los recursos se ha destinado al programa de atención curativa el cual absorbe, en promedio, 70% del presupuesto sectorial. Esto contrasta con los porcentajes destinados a la atención preventiva y a la capacitación de la población que asciende al 6% y 1% respectivamente. "A la formación de recursos humanos se ha dedicado 6% y a la investigación científica y tecnológica tan sólo 1%" (69). Pero ahora, los recursos destinados a la misma se han reducido de manera notable al dedicar a la atención curativa el 60.5% y sólo una mínima proporción a la preventiva de 4.7%.

De estos porcentajes se puede concluir que un modelo de atención caduco como lo es el curativo, en cuanto que no obedece a las necesidades del país y frena el desarrollo sanitario independiente, paradójicamente está vigente en la práctica, aún cuando ya se han adoptado políticas al más alto nivel con un enfoque totalmente diferente, como se observará en puntos subsiguientes.

La desigualdad de la distribución de los recursos financieros también se ve expresada en la mayor asignación otorgada a las instituciones de seguridad social, en perjuicio de la población abierta, toda vez que las primeras absorben el 83.5% y las segundas el 16.5% del total de dichos recursos. Esta situación implica una calidad en los servicios de salud diferenciada de acuerdo con determinados grupos de población.

A la baja magnitud del gasto en salud habría que agregar su mal uso. Un ejemplo ilustrativo es la práctica de tecnología y sistemas administrativos insuficientes y el costo creciente derivado de la fuerte dependencia del exterior en relación con la producción de diversos insumos para la salud, tal es el caso de los medicamentos con un alto precio, cuya eficiencia terapéutica y diagnóstica no siempre es demostrada.

Con base en este breve análisis podemos concluir que México cuenta con una población mayoritariamente joven, desnutrida, con un bajo nivel de escolaridad, concentrada en el medio urbano y dispersa en el ámbito rural, con grandes zonas de miseria resultantes de un modelo de desarrollo desigual, agravado por una crisis económica aún vigente, y con un alto grado de hacinamiento, promiscuidad e insalubridad en la vivienda derivado de importantes carencias en los servicios sanitarios.

Asimismo, las condiciones ambientales en que vivimos se encuentran cada vez más deterioradas debido a una alta contaminación del aire, suelo, agua y alimentos.

El cuadro patológico correspondiente presenta enfermedades producto del subdesarrollo, así como las derivadas de un crecimiento económico y estilo de vida mal orientados.

Indicadores globales, como las tasas de mortalidad general e infantil muestran avances significativos al bajar sus niveles de incidencia. Sin embargo, estos progresos se ven claramente mediatizados al estar por debajo de los logros de países con el mismo grado de desarrollo e incluso inferior a éste. Aunque la esperanza de vida del mexicano es mayor, no es posible afirmar que viva sustancialmente mejor. Por el contrario, sus condiciones representan un franco deterioro.

En lo que se refiere a la infraestructura de los servicios de salud, además de no ser suficiente, está sujeta a muchos vicios, entre los que destacan su mala distribución e ineficiencia.

Es de resaltar la poca importancia otorgada a los aspectos de prevención, de fomento a la salud y de saneamiento, que a largo plazo serían más productivos. Igualmente, la falta de identificación entre las políticas de salud en el área de la investigación y las necesidades del país impiden alcanzar un desarrollo científico y técnico independiente.

Como se puede apreciar, el panorama actual no es muy positivo, sin embargo podría revertirse tal situación mediante la aplicación de un nuevo modelo de atención a la salud que implicaría la revaloración de prioridades al más alto nivel político, otorgando un verdadero impulso al crecimiento de los recursos y a la modificación de la política sanitaria, con la premisa del reconocimiento de los problemas que afectan a nuestro país en este ámbito.

En contraste, se hace necesaria la presencia de una población participativa que exprese sus necesidades y colabore activamente en la satisfacción de las mismas.

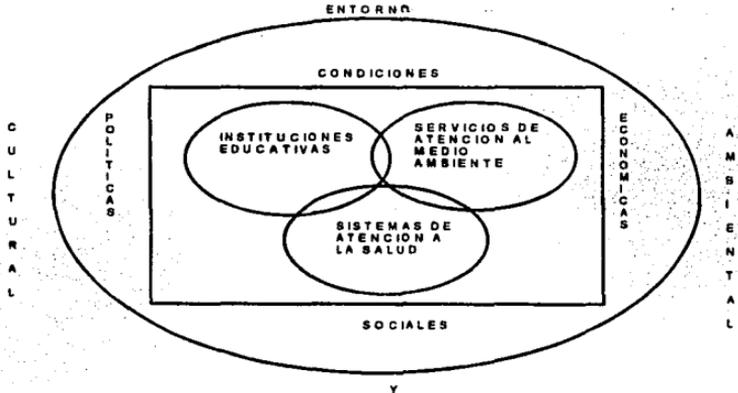
Esta colaboración, indispensable para la erradicación o bien para el control y/o disminución de problemas previsibles como el sarampión, la cisticercosis, el cáncer de cuello uterino, del pulmón, de mama y de próstata, la caries dental, enfermedades respiratorias, la cardiopatía isquémica, la cirrosis, el paludismo, la diabetes, entre otros males que afectan a los mexicanos, permitiría alcanzar mejores niveles de salud mediante un aprovechamiento óptimo de recursos frecuentemente escasos, especialmente en las condiciones actuales del país.

Considerando que el éxito o fracaso de gran número de programas depende de la aceptación e intervención comunitaria, las autoridades competentes deben estar concientes de que es prioritario proporcionar a la población una educación que les permita ser parte activa en el cuidado de la salud. Entre las medidas que pueden aplicarse se destaca la descentralización de los servicios, que permitiría contar con canales de transmisión de necesidades más directos y por lo tanto, de mayor efectividad. Las campañas de información y propaganda permanentes, podrían ser los factores

determinantes para lograr el interés de los individuos y de la población en la solución de problemas colectivos de salud.

4.3 ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE LA SALUD EN MÉXICO

En México, el Sistema de Atención a la Salud es sólo la parte central y conductora de un complejo sistema de salud con elementos básicos de tipo ambiental o ecológico, cultural, social, político y económico. Asimismo, esta relacionado con diversas estructuras sociales, como son las instituciones educativas y los servicios de atención al medio ambiente, ésta última busca el saneamiento básico como lo es el abastecimiento de agua, eliminación de excretas y basura, control de fauna transmisora e higiene de los alimentos, saneamiento ambiental y cuidado ecológico.



En virtud de que los servicios de salud en nuestro país son tan antiguos, fue necesario que todos ellos estuvieran coordinados a través de una entidad

rectora, por lo que en 1984 se aprobó la Ley General de Salud donde se establece el Sistema Nacional de Salud, pero para que no sólo este sustentada en el marco legal, se decidió otorgarle ciertas funciones que avalen su integración al sistema, a través de tres divisiones como son:

- Dirección y Coordinación del Sistema, el cual, planea y formula políticas sanitarias, realiza legislaciones sanitarias, mantiene una vigilancia epidemiológica, y evalúa los programas.
- Provisión de recursos: financieros, físicos, humanos y de conocimiento, y
- Servicios; que se dividen en: Salud Pública destinada a la promoción, prevención y saneamiento; de atención médica, orientada a lo preventivo, curativo y rehabilitación y por último, de Asistencia Social que se otorga a los grupos vulnerables y de alto riesgo.

El gasto en salud está compuesto por el Gasto Público y el Gasto Privado, el primero tiene dos fuentes: el gasto federal y el estatal, a su vez, ésta es la suma de las aportaciones gubernamentales y de las cuotas de recuperación.

El gasto total en la década pasada descendió de 2.03% del Producto Interno Bruto (PIB) en 1980 a 1.68% en 1987. Este descenso fué menor que el observado en el gasto público, lo que refleja cierta protección o concentración de los escasos recursos en el gasto social en general y en el de salud en particular.

A partir de 1988 se registra un incremento constante, de tal forma que en 1992 fue de 2.8%. En ese mismo año el gasto privado representó el 1.6% lo que sumado al anterior da el 4.4% del PIB (ver cuadro 1). Cabe destacar que

no se cuenta con cifras exactas en relación al monto de las aportaciones estatales y de las cuotas de recuperación, lo que aunado a la subestimación del gasto privado, conocida la evasión fiscal en este punto, se estima que el gasto en salud es de menos del 5.0% del PIB, monto mínimo recomendado por la OMS. Sin embargo, cuando se traduce en gasto anual per cápita, se tiene que se destinan 572.1 nuevos pesos, equivalentes a 93.7 dólares, el cual ha sido incrementado pero no lo suficiente.

**SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESUPUESTO EN RELACION AL PIB***
cuadro 1

Sector	%	Gasto Per Cápita
- Gasto Público		
Federal	2.8	Nuevos pesos 572.1
Estatal y Cuotas de Recuperación	N.D.	Dólares 178.8
- Gasto Privado	1.6	
TOTAL	4.4	

*Producto Interno Bruto

FUENTE: Boletín de Información Estadística No. 12 del Sistema Nacional de Salud. 1992.

Consideraciones sobre tendencias recientes de la salud. Recursos Humanos y Materiales y Gasto Público en el Sector.

El gasto público federal per cápita promedio en 1992 fue de 360.4 nuevos pesos, pero las diferencias del gasto entre las instituciones del sector público son enormes, lo que refleja la inequidad existente en el otorgamiento de servicios. Otro problema relativo al gasto en salud es la forma en que se aplican los recursos, significando que la mayor parte es destinada a la atención curativa (60.5%) y sólo una mínima proporción a la preventiva (4.7%).

Cabe destacar que los ingresos proceden de tres fuentes: los patrones, los trabajadores y el Gobierno, con una contribución equivalente a casi una cuarta parte del salario cotizante. En 1992, se agregó el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que se financia con un 2% adicional, se suma el 26.6%

del salario y un 5% que corresponde al Infonavit, lo que da un total de 31.5% de la nómina.

"Las aportaciones realizadas por los patrones son deducibles del Impuesto Sobre la Renta (ISR) y de la participación de utilidades, por eso, los empresarios transmiten más de la tercera parte de sus contribuciones (35%) al Estado y un 10% a los trabajadores" (70)

DISTRIBUCION DE CUOTAS			
	Patrón	Trabajador	Estado
Contribución Bruta	70%	25%	5%
Contribución Neta	38.5%	32%	29.5%

Fuente: IMSS. Diagnóstico, 1995.

En torno a los programas, se contemplaron los siguientes: Programa Nacional de Vacunación Universal, cuyo objetivo fue erradicar o controlar las enfermedades prevenibles por vacunación protegiendo a la población susceptible mediante esquemas completos, realizada en 1989-1990, la cual reveló coberturas en menores de cinco años por abajo de los niveles de protección necesarios: 74% para la vacuna antipoliomielítica, 67% para la DPT (difteria-tétanos-tos ferina), 89% para la antisarampionosa y 69% para la BCG.

La meta establecida para 1992, fue la de vacunar al 100% de los niños menores de cinco años con esquemas completos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, cubriendo alrededor del 95% de la población.

El Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas iniciado en 1984, ha tenido como base la promoción de la hidratación oral, considerada como el avance terapéutico más importante del siglo XX, al reducir en 1994 en un 50% la mortalidad en menores de cinco años, en relación a la registrada en 1990, lo que significa que el número de defunciones anuales presentadas en 1984 fue de 22,615; para 1990 se dieron 14,011 (33.8%) y en 1992 fue de 7,215 (48.5%).

"El Programa de Prevención y Control del Paludismo se inició varias décadas anteriores, pero ante el resurgimiento de esta enfermedad en los años 80's, se intensifica la estrategia al comprender rociamientos, búsqueda y tratamiento de casos, eliminación de larvas, etc. lo que produjo una reducción en el número de casos en más del 90% y por último, el Programa de Planificación familiar, el cual comprendió una intensa campaña para el uso de métodos anticonceptivos, además de concientizar para prevenir las enfermedades de transmisión sexual". (71)

4.4 MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO DE MEXICO EN MATERIA DE SALUD DURANTE EL PERIODO 1982-1988.

4.4.1 EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

Durante el período 1982-1988, la Coordinación de los Servicios de Salud, realizó estudios sobre el derecho a la protección de la salud en México, los cuales fueron complementados con los planteamientos de la consulta popular efectuada en 1982, dando pauta para llevar a la práctica iniciativas de ley, cuya función fue la de reorientar las políticas de salud efectuadas durante ese período.

Para ese entonces, el marco jurídico de la salud estaba integrado por el artículo 73, fracción XVI de nuestra Constitución, que señala:

" Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, 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 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.

4.- Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneren 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".
(72)

Asimismo, se contaba con el Código Sanitario y un conjunto de disposiciones reglamentarias derivadas de éste, cuya actualización data de 1973. El principal punto de partida de la reforma sanitaria fue la enmienda al artículo 4 de nuestra Constitución, adicionando el siguiente párrafo:

"Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas,

conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución" (73).

La adopción de esta garantía social promulgada el 3 de febrero de 1983, responsabiliza al Estado mexicano de realizar las acciones necesarias para dar una efectividad creciente a tal prerrogativa.

"Inmediatamente después se aprobaron las leyes reglamentarias correspondientes, entre las que destacan la Ley General de Salud, publicada por el Diario Oficial el 7 de febrero de 1984 y la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social del 9 de enero de 1986, así como diversos ordenamientos instrumentales de éstas". (74)

Paralelamente, se promulgaron a nivel estatal las Leyes de Salud y de Asistencia Social correspondientes. "Hasta marzo de 1987, casi todas las entidades federativas, a excepción de Michoacán, Nuevo León y Veracruz, habían promulgado sus leyes estatales de salud. Asimismo, 30 estados habían emitido sus leyes estatales de asistencia social". (75)

Por su parte, la Ley Organica de la Administración Pública Federal, también sufrió diferentes modificaciones, entre las cuales trasciende aquella que define de manera precisa al "sector salud".

73.- Soberón Acevedo, Guillermo. El Cambio Estructural en la Salud. Vol IV. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1987. p. 172 y Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comisión Federal Electoral, Edit. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1994. p. 34.

74.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, Edit. Trillas. 6a. Edición, 1994. p. 12.

75.- Algunos de los principales ordenamientos jurídicos para la salud y la seguridad social, aprobados durante el período 1982-1988 son: la Ley del ISSSTE (27 de diciembre de 1983), Reglamento de Sanidad Internacional (18/feb/1985), Reglamento de Control Sanitario de Organos, Tejidos y Cadáveres Humanos (20/feb/85), Reglamento de Servicios de Atención Médica (14/may/86); Reglamento de Control Sanitario de la Publicidad (26/sep/86); Reglamento de Investigación en Salud (8/ene/87); Ley del Hospital Infantil de México (3/dic/87); Ley del Instituto Nacional de Cancerología (3/dic/87); Ley del Instituto Nacional de Nutrición (3/dic/87); Ley del Instituto Nacional de Cardiología (3/dic/87), etc. Salud y Seguridad Social, México. Secretaría de Salud, Edit. Fondo de Cultura Económica, Cuadernos de Renovación Nacional, 1988. p. 33.

La Ley General de Salud tiene como objetivos: definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud; establecer las bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho; definir la participación y responsabilidad de los sectores público, social y privado; establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud, reglamentar la prestación de servicios, actualizar y complementar la normatividad en materia de salubridad general y clarificar la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias.

Cabe resaltar que por primera ocasión, en un ordenamiento sanitario como el que nos ocupa, se precisan los servicios básicos de salud. Dichos servicios son los de educación para la salud y promoción del saneamiento básico, la prevención y control de las enfermedades, la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la prevención y control de enfermedades bucodentales, la disponibilidad de medicamentos, la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables.

Como se puede observar, aquí se encuentran integrados los elementos mínimos que debe contemplar la Atención Primaria de Salud de acuerdo con la declaración OMS/UNICEF de Alma-Ata, además de agregar la prevención y control de enfermedades bucodentales y la asistencia social a los grupos vulnerables.

Igualmente, por primera vez esta ley define jurídicamente la asistencia social como un servicio de salud, señala las modalidades de participación de la comunidad en el ámbito de estos servicios y sienta las bases para regular los recursos humanos, la investigación y la información para la salud.

La exposición anterior, revela la forma en que jurídicamente el Gobierno de México ha adoptado el modelo de atención a la salud propugnado por la OMS, a través de la estrategia de salud para todos en el año 2000.

4.4.2 FORMULACION Y EJECUCION DE PLANES Y PROGRAMAS

Los costos y desequilibrios significativos que genera el patrón de crecimiento del país, la aguda desigualdad de la distribución del ingreso, la concentración y dispersión territorial de las actividades productivas y de la población, el crecimiento demográfico, la dependencia científica y tecnológica y la falta de coordinación de las acciones públicas, constituyeron para la Administración de Miguel de la Madrid, los problemas estructurales de mayor importancia que obstaculizaron la distribución más igualitaria de los beneficios del desarrollo.

En el ámbito de la salud, dicha situación trajo como resultado la insuficiente cobertura de servicios, la calidad desigual, la centralización, la reducida participación comunitaria y la ausencia de una entidad rectora que coordinara y condujera las actividades en esta materia.

Es en este marco de la crisis económica que se formula y ejecuta el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, cuyos propósitos fundamentales son conservar y fortalecer las instituciones democráticas, vencer la crisis, recuperar la capacidad de crecimiento e iniciar los cambios cualitativos.

La reordenación económica y el cambio estructural son las estrategias definidas para alcanzar dichos objetivos. En el caso de la salud, el cambio estructural consiste en la adecuación de la estructura y la función, a fin de promover bienestar integral a nivel individual y colectivo.

Con el objeto de materializar la garantía constitucional del derecho social a la protección de la salud, el plan fijó los siguientes propósitos:

" Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país,

Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, dando una atención especial a los grupos vulnerables,

Contribuir con el respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico acorde con el desarrollo económico y social del país,

Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente los niños, ancianos y minusválidos" (76).

Respecto a los lineamientos de estrategia, se establece que el desarrollo del sector se centrará en cinco grandes áreas de política: acciones preventivas, reorganización y modernización de servicios, consolidación del sistema nacional de salud, reorganización de la asistencia social y formación, capacitación e investigación.

El Programa Nacional de Salud 1984-1988 incorpora propósitos que en la materia establece el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, orientados al cumplimiento de las finalidades que contempla el derecho a la protección de la salud.

Los componentes de dicho programa, de interés para nuestro estudio, están incluidos en el cuadro que se presenta en el anexo 4.

De las directrices establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial correspondiente, se observa un cambio en el enfoque tradicional de la atención a la salud, que se sustenta en la adopción de principios y políticas, tales como el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, asumiendo el Estado la responsabilidad de la salud de su población a nivel constitucional, la distribución equitativa de los recursos, a través de una ampliación en la cobertura de los servicios, la participación comunitaria, la acción preventiva e intersectorial, la coordinación y descentralización del sector, su reestructuración y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud para mejorar la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios prestados.

Líneas de acción que coinciden plenamente con los principios fundamentales y elementos que integran la "Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000".

4.5 MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO DE MEXICO EN MATERIA DE SALUD DURANTE EL PERIODO 1988-1994.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, tiene como objetivos principales:

- la defensa de la soberanía y la promoción de los intereses de México en el mundo,
- la ampliación de la vida democrática,
- la recuperación económica con estabilidad de precios,
- el mejoramiento productivo del nivel de vida de la población.

Los componentes de dicho programa, de interés para nuestro estudio, están incluidos en el cuadro que se presenta en el anexo 4.

De las directrices establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial correspondiente, se observa un cambio en el enfoque tradicional de la atención a la salud, que se sustenta en la adopción de principios y políticas, tales como el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, asumiendo el Estado la responsabilidad de la salud de su población a nivel constitucional, la distribución equitativa de los recursos, a través de una ampliación en la cobertura de los servicios, la participación comunitaria, la acción preventiva e intersectorial, la coordinación y descentralización del sector, su reestructuración y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud para mejorar la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios prestados.

Líneas de acción que coinciden plenamente con los principios fundamentales y elementos que integran la "Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000".

4.5 MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO DE MEXICO EN MATERIA DE SALUD DURANTE EL PERIODO 1988-1994.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, tiene como objetivos principales:

- la defensa de la soberanía y la promoción de los intereses de México en el mundo,**
- la ampliación de la vida democrática,**
- la recuperación económica con estabilidad de precios,**
- el mejoramiento productivo del nivel de vida de la población.**

Dentro del último apartado, se busco en lo que se refiere a salud, asistencia y seguridad social "...impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de Gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios" (7).

Por tal motivo, el Gobierno del Lic. Carlos Salinas de Gortari aprobó el Plan Nacional de Salud donde estableció las siguientes estrategias:

- Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud.
- Coordinación intersectorial.
- Participación de la comunidad.
- Modernización y simplificación administrativa.
- Descentralización de los servicios de salud, y
- Fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Las acciones que nomaron estas estrategias generales, se proporcionaron a fin de mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, y consolidar la coordinación de los servicios de salud. Esto último, como ya se conoce, es que anteriormente no había coordinación y era evidente el antagonismo.

Un cambio radical en la actitud de los directivos, un reconocido liderazgo y la ejecución concreta de programas compartidos, el primero de ellos el de vacunación universal, han establecido las bases de una sólida y real coordinación.

En relación a la coordinación intersectorial, se puede decir que hubo un avance al trabajar conjuntamente con la Secretaría de Educación y la Comisión Nacional de Aguas, entre otras, al participar en el mismo Programa de Vacunación Universal, los de Prevención y Control del Cólera y de Enfermedades diarreicas, así como de las Semanas Nacionales de Salud.

La participación de la comunidad se orientó hacia programas específicos, utilizando para ello los medios de comunicación social. La modernización y simplificación administrativa, se tradujeron en cambios sustanciales de la regulación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la información estadística.

Entre dichas estrategias encontramos los siguientes elementos: ampliación de la cobertura de los servicios con especial énfasis en la atención primaria a la salud, acciones de prevención y control de enfermedades, así como el mejoramiento de las acciones curativas, rehabilitación y aprovechamiento de la capacidad instalada más que la construcción de nuevas unidades.

La política de descentralización de los servicios, modernización sanitaria y simplificación administrativa de todos los programas de salud, en especial los de regulación sanitaria, fue un proceso que anteriormente se dió de la cúpula central (Gobierno Federal) hacia la periferia (Gobiernos Estatales).

Durante este período la estrategia cambio y se optó por una en sentido contrario, complementaria a la anterior: el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, mediante el desarrollo de las jurisdicciones sanitarias,

organismos técnico-administrativos sanitarios periféricos, en los que está dividido el país, 218 en la actualidad, responsables de la atención de primer nivel y de las tareas básicas de salud pública en general.

Pero su capacidad técnica y administrativa era muy limitada y en la mayoría de los casos eran organismos inoperantes. Por lo tanto, se estableció el Programa denominado Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), cuyos objetivos fueron: mejorar la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones sanitarias; avanzar en la descentralización de los servicios de salud; mejorar la coordinación sectorial e intersectorial a nivel local, extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Para lo cual, se dio una apertura de plazas, se adquirió equipo de cómputo y vehículos, se capacitó y formó al personal, y se realizaron evaluaciones de los programas aplicados en este rubro.

Como se puede observar, las líneas dictadas por la Administración del Lic. Carlos Salinas de Gortari no difieren mucho de la Política Nacional de Salud aplicada por su predecesor. Las estrategias de salud buscaron favorecer, en nuestra opinión, la efectividad de políticas que requieren largos procesos de consolidación para así poder obtener logros significativos.

Los objetivos trazados en el Plan Nacional de Desarrollo no se cumplieron en la práctica, dado que las acciones para alcanzarlos se vieron muy limitadas e incluso incongruentes, tal es el caso de la drástica reducción del gasto en salud así como su distribución.

Los grandes problemas que enfrenta nuestro país ante la actual coyuntura económica, expresados a través del pago del servicio de la deuda,

el saneamiento de las finanzas públicas, el control de la inflación, entre otros, han dejado de lado una política sanitaria que si bien contempla ya una serie de estrategias aprobadas a nivel nacional e internacional para solucionar gran parte de los problemas de salud que aquejan a nuestro país, no han contado con la voluntad política necesaria para llevarlas a la práctica con la rapidez y eficiencia requeridas.

La conformación de los mecanismos jurídicos y programáticos encaminados a la organización, ampliación, mejora en la calidad y efectividad de los servicios de salud, han sido prácticamente cubiertas en los seis años anteriores, toca a este régimen utilizar tales mecanismos y concretar objetivos.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, a diferencia del anterior contempla una política social explícita, lo que parece un mayor compromiso político de la pasada administración por buscar en forma simultánea los objetivos sociales y económicos, falta confirmar en los hechos tal asignación de prioridades, que sería objeto de otro estudio.

"Por lo pronto, dentro del proyecto de presupuesto de egresos de la federación 1990, se propuso un incremento del 31.1% al gasto en salud, a diferencia de los cinco años anteriores en los que hubo un constante decremento". (78)

Es de suponer que esta política nacional se complementa y es apoyada por una política exterior que facilitó el logro de los objetivos antes precisados, la cual será objeto de análisis en el Capítulo siguiente.

78.- Datos basados en el Programa Nacional de Salud 1990-1994. Poder Ejecutivo Federal. México, 1984 y en Salud y Seguridad Social, pp. 57-75 y 103-105.

CAPITULO 5.- AMBIENTE INTERNACIONAL

5.1 PARTICIPACION DE MEXICO EN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

El Gobierno de México firmó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud el 22 de julio de 1946, depositando su instrumento de ratificación el 7 de abril de 1948, fecha en que dicha Constitución entró en vigor para todos los Estados Miembros (1).

La participación de México en la OMS ha sido activa en todos los foros y órganos desde su creación (2). Asimismo, la OPS es considerada la agencia especializada con la cual nuestro país mantiene un contacto mucho más estrecho y dinámico.

A este respecto, cabe mencionar que durante las últimas dos décadas "México ha sido electo Miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS para los periodos 1978-1981, 1986-1989, 1989-1991 y 1993-1995" (3), ocupando una de las Vicepresidencias en los años 1980, 1981, 1987 y 1995, así como la Presidencia del citado órgano en 1988, 1989, 1993, 1994 y 1995.

1.- Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. p. 157.

2.- Soberón Acevedo, Guillermo y otros. La Salud en México: testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural, Tomo I, México. Edil. Fondo de Cultura Económica. 1988. pp. 260-264.

3.- Manual de Resoluciones y Disposiciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol 3. (1984-1988), Ginebra, Suiza. OMS. 1990. pp. 229 y 230.

La participación no sólo se presenta en los órganos citados, se da también dentro de la estructura de la Organización, al grado de estar representado con los siguientes 13 funcionarios: (4)

NOMBRE	CARGO	GRADO
Dr. Armando Bañuelos Romero,	Medico	grado P.04
Dr. Fernando A. Beitrán,	Medico	grado P.05
María Teresa Cerqueira,	Orientación	grado P.04
Luz María C. Esparza,	Administradora	grado P.02
Dra. Claudia García Moreno Esteva,	Medico	grado P.05
Dr. Eutimio González Luarca,	Analista	grado P.04
Dr. Humberto Jaime Alarid,	Medico	grado P.04
Dr. Rafael Mazin Reynoso,	Analista	grado P.04
Dr. Gustavo Silva,	Traductor	grado P.04
Homero Silva Serrano,	Ingeniero Sanitario	grado P.04
Dr. José Antonio Solís,	Medico	grado P.05
Juan Roberto Unda,	Analista	grado P.02
Dr. Fernando Zacarias,	Medico	grado P.05

Es importante resaltar que el Doctor Guillermo Soberón Acevedo presidió la 37a. Asamblea Mundial de la Salud (AMS) realizada en Ginebra, Suiza, en mayo de 1984, el Doctor Jesús Kumate presidió la 46a. AMS (1993) y el Doctor Chávez Peón la 47a. y 48a. AMS (1994 y 1995). Por lo tanto, representantes de nuestro país han presidido el citado órgano en cinco ocasiones.

Asimismo, México ha ocupado la Vicepresidencia en algunos Programas como el Foro Intergubernamental sobre Seguridad Química, el Programa Mundial de Lucha contra el SIDA y la Junta Coordinadora del Programa

4.- Doc. A/95, Confidential Report by de Director General on the Composition of the Secretariat World Health Organization (WHO) Ginebra, Suiza. 1 mayo 1995, p 100.

Especial para la Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales, en el cual nuestro país ha manifestado su interés por compartir con otros Estados su experiencia en el tratamiento de este tipo de padecimientos que afectan a un gran número de países en desarrollo.

En el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en la Práctica de la Reproducción Humana, nuestro país participa desde 1984 en la Categoría C y desde 1990 hasta 1995 en la categoría A, con la representación del Doctor Arturo Zarate Treviño, Director General de Planificación Familiar. A dicho Programa, contribuimos con US\$3,000 dólares anuales por concepto de cuota.

En las tres últimas décadas, algunos mexicanos han desempeñado altos puestos como son los casos del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OPS de 1974 a 1982, del Dr. Ramón Álvarez Gutiérrez como Subdirector en 1984 y el Dr. Jesús Kumate Rodríguez en 1994, quien concluyó su mandato en mayo de 1995.

"A nivel regional, nuestro país fungió como miembro del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante los periodos 1972-1975, 1979-1982, 1985-1988 y 1990-1993"⁽⁵⁾. En 1987, el Dr. Soberón fue electo Presidente de la XXXII Reunión del Consejo Directivo.

5.- "Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Argentina, Bahamas y México". Doc. CD33/7(ESP). Washington, D.C., OPS, 1988. El primer mexicano que presidió la AMS fue el Dr. I. Morones Prieto, en 1955.

Durante el lapso en que surge y se desarrolla el proyecto "Meta de Salud para Todos en el Año 2000", tanto a nivel mundial como regional se cuenta con la presencia de representantes de nuestro país en Foros fundamentales de deliberación y decisión tales como el Consejo y el Comité Ejecutivos, al igual que con una mayor presencia y capacidad de dirección en debates a través de las Presidencias.

Esta situación representa un mayor compromiso del país con los asuntos de la OMS, además de resultar una especie de mandato para ejercer el liderazgo en el campo de la salud.

Con base en el conocimiento que tenemos del desarrollo alcanzado en nuestro país en materia sanitaria, económica y cultural para fines de la década de los 70's y la década de los 80's, es posible afirmar que se contaba con los elementos necesarios para llevar a la práctica dicho liderazgo, orientando las actividades y beneficios consecuentes a la satisfacción de los intereses nacionales, que en un momento dado coincidirían con las políticas de la gran mayoría de los países en desarrollo.

Es pertinente saber cuales han sido los criterios generales que han normado la participación de México en los Organismos Internacionales, para que en forma subsecuente se pueda analizar en los hechos y en un proyecto específico el proceder de nuestro país y con ello la contribución efectiva que éste ha realizado en tan importante empresa mundial.

En ese sentido el Plan Global de Desarrollo 1980-1982, señala como objetivos de la Política Exterior de México "...practicar la solidaridad internacional, apoyar los esfuerzos internos de desarrollo y participación en la conformación de un orden mundial que... permita el desenvolvimiento de todos los pueblos en la misma soberanía, igualdad, seguridad y justicia internacionales..." (6).

Entre los propósitos cabe destacar el "...acrecentar la contribución de los factores externos al logro de los objetivos nacionales de desarrollo" y "perfeccionar la coordinación de las instituciones y agencias nacionales que participan en el área de las relaciones exteriores, para fortalecer la capacidad de negociación y asegurar la congruencia en sus objetivos de apoyo a nuestros programas de desarrollo" (7).

Este Plan cuenta con un apartado relativo a las cuestiones multilaterales, en el que fija como prioridades: incrementar la participación de México en los diversos Foros Internacionales, asegurar que las instituciones de las Naciones Unidas canalicen recursos reales a los países en desarrollo, preservando el derecho de cada Estado a utilizarlos conforme a sus propias determinaciones, actuar en todos los Foros para inducir el avance hacia un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI), continuar las tareas en todos los proyectos sobre el desarme, incrementar la participación del país en la UNCTAD por su particular importancia en el establecimiento del NOEI, y

6.- Plan Global de Desarrollo 1980-1982. Poder Ejecutivo Federal, México, 1980, p. 120.

7.- Ibidem. pp. 127-129.

mantener como gobierno, una activa participación en la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para garantizar y fortalecer el derecho del trabajo en condiciones de justicia social.

Los puntos anteriores permiten advertir un interés expreso en los Foros Multilaterales, aunque con un enfoque limitado, al destacar por ejemplo, la necesidad de una mayor participación en solo dos Organizaciones, cuando existe un cúmulo de Instituciones Internacionales dedicadas a cada uno de los aspectos del desarrollo del país.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se señala el apoyar los esfuerzos internos de desarrollo, a través de una vinculación eficiente con la comunidad de naciones, practicar la solidaridad entre los países y coadyuvar a la conformación de un orden internacional que promueva la convivencia de todos los pueblos en la libertad, al igual que en la justicia y la igualdad, elementos que constituyen algunos de los objetivos principales de la política exterior mexicana.

Bajo los efectos de una profunda crisis internacional expresada en los más diversos aspectos de la vida social, económica, política y cultural, se plantea la necesidad de crear nuevas modalidades de participación en el ámbito mundial, estableciendo como una de las estrategias el fortalecimiento de la presencia de México en los Organismos Internacionales y la revitalización de los mismos a fin de que cumplan en la forma más amplia, los

objetivos para los que fueron creados, promoviendo la consolidación de la unidad y el poder de negociación de los países en desarrollo.

Asimismo, se busca que México, a través de su interrelación con el exterior, eleve al máximo posible su contribución al logro de las metas de la política nacional, promoviendo el establecimiento, en el ámbito internacional, de condiciones que favorezcan el desarrollo interno. Al igual que en el Plan Global, se dispone la necesidad de fortalecer o bien crear, según sea el caso, los mecanismos que promuevan, propicien y aseguren la coordinación de las acciones en el exterior de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

Cabe señalar que el Plan en cuestión aborda de una manera más amplia el apartado referido a las relaciones multilaterales, en el cual se especifica la importancia que para México representa el fortalecimiento de las Naciones Unidas para lograr la paz y promover el desarrollo económico y social de los pueblos.

Además, reconoce que el diálogo ofrecido por los diversos Organismos Especializados, constituye un instrumento indispensable de las Relaciones Internacionales contemporáneas y representa por ello un marco idóneo para plantear los diferentes problemas y formular soluciones a través del intercambio de experiencias y de la cooperación. Para tal efecto, "nuestro país participará activamente en estos Organismos buscando avanzar en la

definición de los principios que rigen las relaciones entre los Estados y en la comprensión y desarrollo de conceptos que interesan al conjunto de la comunidad internacional, particularmente a los países en desarrollo. Se mantendrá a la participación de México en estos foros, teniendo presente la necesidad de la racionalización de sus recursos, así como su optimización" (6).

Nuevamente, se destaca la atención que el Gobierno ha otorgado a los Organismos Internacionales durante las dos últimas décadas, presentando elementos de continuidad en los propósitos y estrategias fundamentales de acción internacional, con una mejora en la especificación de las mismas y consciente de los serios obstáculos que ha encontrado la cooperación multilateral para su desarrollo.

Tenemos así las bases teóricas que expresan una voluntad política orientada a una participación dinámica y emprendedora en los Foros Multilaterales y en particular en los Organismos Especializados del Sistema de las Naciones Unidas, entre ellos la OMS.

4.1.1 EXAMEN Y EVALUACION DE PROGRAMAS ESPECIFICOS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con 63 Programas, de los cuales 59 de ellos se orientan a la investigación sanitaria a nivel mundial (ver anexo 5). Entre los más importantes se encuentran:

6.- Plan Nacional de Desarrollo 1963-1968. Poder Ejecutivo Federal, México, 1963, p. 81.

PROGRAMA ESPECIAL DE FORMACION, DESARROLLO E INVESTIGACION EN LA PRACTICA DE LA REPRODUCCION HUMANA.

Este Programa fue creado en 1972, como principal instrumento de la OMS y el Sistema de las Naciones Unidas para el fomento, la coordinación y el apoyo a la investigación y desarrollo internacionales, basado en la tecnología relacionada con la reproducción humana y la planificación familiar, así como para el fortalecimiento de la capacidad de investigación en los países en vías de desarrollo.

Es financiado por los países tanto desarrollados como subdesarrollados, otorgando un presupuesto de 43.4 millones de dólares, además de contar de manera adicional con la ayuda de 26 Instituciones de Investigación de los países subdesarrollados y 54 de los países desarrollados; así como por científicos mundiales.

Está conformado por un Comité de Política y Coordinación (PCC), compuesto por 32 miembros electos entre los mayores contribuyentes, representantes regionales y agencias interesadas; 558 científicos, de los cuales 293 son de 25 países desarrollados y 265 de 39 países en desarrollo. Un Comité Permanente (SC), que se reúne dos veces al año y está conformado por los 4 copatrocinadores. El Grupo Consultivo Científico y Técnico (STAG), está compuesto por especialistas en la materia, electos para un período de 4 años, y por los Grupos de Trabajo comúnmente denominados

"Fuerzas de Trabajo", los cuales están orientados a la investigación. Actualmente se cuenta con 8 Grupos.

Entre las funciones del Programa se encuentran el reflexionar confidencialmente en el Programa como un instrumento importante para investigar la reproducción humana, pero también reflexiona sobre el incremento de esa reproducción humana teniendo un amplio impacto sobre la salud del niño, la mujer, la población, el desarrollo socioeconómico y el estatus de la mujer, además del desarrollo global.

Con objeto de cumplir los mandatos como son: promover, coordinar, apoyar, conducir y evaluar la investigación sobre la reproducción humana, con particular referencia en las necesidades de los países desarrollados, el Programa realiza dos tipos de operación: 1) Movilización y coordinación del esfuerzo mundial para apropiar tecnologías y generar información en áreas seleccionadas de salud reproductiva de alta prioridad para los países desarrollados; 2) Reforzamiento de recursos humanos y materiales para la investigación con el objeto de capacitar a los países desarrollados para dirigir la investigación a sus necesidades y participen en el esfuerzo global.

Desde su creación México ha participado como observador. Sin embargo, desde 1990 participa en la Categoría A ⁽⁹⁾ al ser uno de los mayores

9.- Está integrado por cuatro categorías. La A: conformada por miembros que aportan mayores contribuciones al Programa (11); la B: miembros electos por los Comités Regionales tomando en consideración sus aportaciones técnicas y/o financieras así como el interés nacional en temas de política reproductiva, se eligen a 14 miembros por 1 período de 3 años y una rotación anual de 1/3 de los integrantes; la C: conformada por 2 miembros electos por un año, Gobiernos, Empresas, Agencias, Fundaciones, etc.; y la D: en donde están representados el Banco Mundial, el FNUAP, el PNUD, la OMS y la Federación Internacional de la Planificación Familiar (IPPF).

contribuyentes al otorgar una cuota de US\$ 3,000 dólares.

Las actividades emprendidas hasta la fecha han sido excelentes, al haberse ideado o perfeccionado varios métodos nuevos de regulación de la fecundidad; realizado estudios sobre la inocuidad y la eficacia de los métodos en uso o en preparación; ultimado y ampliado proyectos de investigación en países en desarrollo.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Es establecido en 1982, con el objetivo primordial de reducir la gravedad de las infecciones respiratorias agudas y la mortalidad que se producen en los niños, prestando especial atención a la neumonía, que es una de las causas de mortalidad infantil en la mayoría de los países subdesarrollados. Esta enfermedad causa entre el 25% y el 39% (4 millones) de los 13 millones en que se calcula el total anual de defunciones de niños menores de 5 años.

Los otros objetivos del Programa son reducir la gravedad y prevenir las complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, reducir la incidencia de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores y reducir el uso inapropiado de antibióticos y otros medicamentos para tratar las infecciones respiratorias agudas en los niños.

Estas enfermedades, al igual que otras como la tos ferina y el sarampión pueden prevenirse mediante la inmunización al introducir vacunas eficaces, inocuas y baratas contra los agentes más comunes, eliminando gradualmente los factores de riesgo de estas enfermedades.

Para cumplir sus objetivos, el Programa consta de 2 componentes; un componente en Servicios de Salud (o actividades de lucha), que se ocupa de la planificación, ejecución y evaluación de programas nacionales, incluida la transferencia de conocimientos sobre estrategias de lucha mediante la difusión de información y el adiestramiento de personal nacional en materia técnica y gerencial; y un componente de Investigación, que se ocupa del fomento, apoyo y evaluación de investigaciones, para poner a punto instrumentos y criterios nuevos o perfeccionados para su aplicación en los países.

El Programa es dirigido por un Grupo Asesor Técnico integrado por científicos destacados y expertos en salud pública, que se reúne para examinar y evaluar el Programa desde los puntos de vista científico y técnico. Este programa se auxilia con la contribución de recursos financieros de 18 contribuyentes por un total de 16.3 millones de dólares.

En virtud de que la mayoría de estas enfermedades son causadas por las bacterias *Streptococcus Pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, éstas son tratadas con antibióticos orales baratos e inocuos, además de que se aplica la

estrategia mediante inmunización para prevenir infecciones respiratorias agudas causadas por sarampión, tos ferina y difteria.

En 1985, se formularon pautas técnicas para el tratamiento de las enfermedades en los países en desarrollo y se basó para ello en datos científicos. Para 1990, se prepararon planes operativos para programas de lucha en 54 países de 6 regiones de la OMS, con la meta principal de que para 1995, se establezcan estos programas en todos los países que tienen una tasa anual de mortalidad en lactantes superior a 40 por cada 1000 nacidos vivos, y que hasta la fecha, sólo se han aplicado en 89 países del mundo.

PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZAS SOBRE ENFERMEDADES TROPICALES.

Pese a los logros notables de las ciencias médicas en los últimos decenios, las enfermedades parasitarias aún afectan o amenazan a más de mil millones de personas en los países tropicales, causando gran número de muertos y entorpeciendo seriamente el desarrollo económico. Además, al no ser controladas, algunas de éstas enfermedades se están incrementando en cuanto a frecuencia y gravedad en muchas regiones, pero principalmente en los países subdesarrollados, quienes tienen menos condiciones de controlar la enfermedad.

En este contexto, la OMS, con la asistencia y el patrocinio conjunto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco

Mundial, planificó e inició en 1976 el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

Los objetivos de este Programa son investigar y desarrollar mejores medios para controlar las enfermedades tropicales además de adiestrar y fortalecer las instituciones nacionales sanitarias a fin de ampliar la capacidad de investigación.

Entre las enfermedades catalogadas como tropicales están la malaria, la esquistosomiasis, la filariasis, la tripanosomiasis, incluyendo la enfermedad del sueño, la leishmaniasis y la lepra.

El Programa Especial incluye componentes sobre epidemiología, investigación operativa, control de vectores e investigaciones socioeconómicas y biomédicas. Además, con objeto de controlar estas epidemias, se han establecido centros o puntos focales para el fortalecimiento de la capacidad de investigación de los países afectados y lugares donde se realizan las actividades de formación.

Está conformado por una Junta Mixta de Coordinación, la cual sesiona anualmente y se encarga del establecimiento de políticas, examen y aprobación de planes de presupuesto y financiación del mismo. Se conforma de 30 miembros entre los cuales se encuentra México, quien por su reconocimiento a nivel internacional por las acciones emprendidas en este

tema y contribuir con una cuota anual de US\$ 10,000 dólares, forma parte desde 1981. Cabe destacar que se recibe anualmente apoyo financiero por un monto de US\$ 150,000 dólares.

PROGRAMA PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS.

Las enfermedades diarreicas agudas, inclusive cólera, siguen constituyendo un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, donde son una causa importante de mortalidad y morbilidad de lactantes y niños de corta edad, debido a la poca información fidedigna sobre la incidencia de esas enfermedades y la mortalidad correspondiente en los países donde el problema es más grave. En 1994, se produjeron en el mundo en desarrollo (excluida China), más de 1000 millones de episodios de diarrea en niños de menos de 5 años, y unos cinco millones de esos casos tuvieron secuelas mortales. Las enfermedades diarreicas, son un factor importante en la patogénesis de la malnutrición, revisten también más gravedad para los mal nutridos, por lo que se establece y perpetúa un círculo vicioso.

El problema es particularmente complejo porque esas enfermedades están asociadas con la higiene personal; la falta o el uso inadecuado de agua salubre e instalaciones de saneamiento; la mala higiene de los alimentos, el bajo nivel socioeconómico y la escasa apreciación por parte de las poblaciones afectadas de la importancia de esos trastornos.

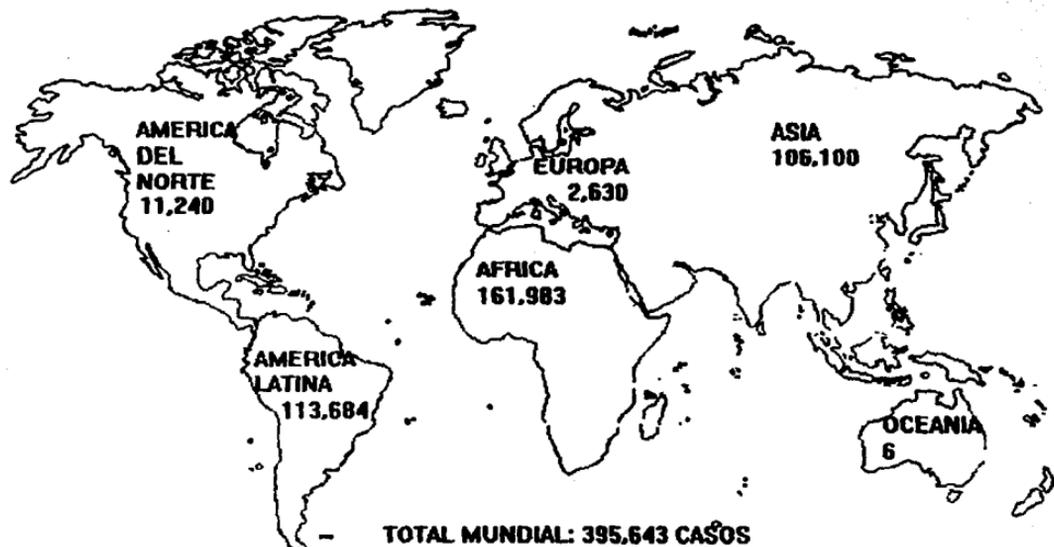
Un ejemplo de ello es el cólera, enfermedad del subdesarrollo que surge en aquellos lugares donde predominan la pobreza, bajos niveles de vida y falta de higiene.

Además, es un indicador de serias deficiencias en el suministro de agua, sanidad, seguridad alimenticia e higiene pública, elementos que en bajas condiciones provocan diarrea, disenteria, y por último, la muerte. "En Africa, lugar donde predomina de manera aguda esta enfermedad, la OMS envió recursos financieros por un monto de entre 17 y 20 millones de dólares de los EE.UU.". (10)

Para hacer frente a esta situación, la OMS estableció en 1978 un Programa conformado por dos componentes principales: el primero es un componente de servicios de salud o de "lucha", que se ocupa de la colaboración con los países en la planificación, ejecución y evaluación de programas nacionales como parte de los sistemas de salud completos, basados en la Atención Primaria de Salud que incluye además, la transferencia de los conocimientos existentes al personal nacional mediante su formación en los aspectos técnicos y de gestión.

El segundo componente es el de las investigaciones, y tiene por objeto fomentar, apoyar y evaluar las investigaciones básicas y operativas, orientadas a objetivos determinados.

CASOS REGISTRADOS DE COLERA (1994)



FUENTE: WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, No.28, 14 JULIO, 1995.

Aún cuando el Gobierno de México no otorga ninguna aportación financiera a este programa, participa en las reuniones de las Partes Interesadas.

PROGRAMA ESPECIAL DE LA OMS SOBRE EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se identificó por primera vez en 1981 y es provocado por el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida. Este virus debilita el sistema inmunitario y la persona infectada puede padecer una serie de enfermedades de gravedad cada vez mayor. Alrededor de la mitad de las personas infectadas por el VIH tiene probabilidades de presentar el SIDA en los 10 años que siguen a la infección.

Las 3 principales vías de infección del VIH son el contacto sexual sin protección, el uso compartido de agujas y jeringuillas con una persona infectada, de la madre infectada a su hijo y a través de transfusiones sanguíneas. Actualmente no hay vacuna contra el VIH ni tratamiento curativo para el SIDA.

El principal foco de infección es la vía heterosexual en la mayoría de los países, ocasionado principalmente entre mujeres en edad fecunda, lo que trae consigo un aumento proporcional del número de lactantes a los que su madre transmite el VIH antes, durante y poco después del parto.

La mayor parte de los casos se padecen entre adultos jóvenes o de edad madura, registrándose en 1992 446,681 casos notificados por 164 países. Sin embargo, como ya se dijo anteriormente, esa cifra no es absoluta en virtud de los errores de diagnóstico y la falta de notificación a las autoridades de salud pública, así como a las demoras en la notificación. En América del Norte y Europa Occidental, la proporción de varones infectados es mayor en comparación con las mujeres.

Con objeto de controlar y erradicar la propagación de esta enfermedad en 1987, la OMS establece el Programa Mundial sobre el SIDA (PMS), desde entonces, éste ha crecido rápidamente hasta convertirse en el más amplio de la Organización desde el punto de vista financiero ya que desde 1988, el presupuesto otorgado fue de 55.3 millones de dólares, cifra que ha sido rebasada actualmente debido a los donativos realizados por Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, que superan los 90 millones de dólares. Asimismo, en mayo de ese mismo año se estableció la Estrategia Mundial contra el SIDA que incluyó 5 objetivos principales.

Está conformado por el Comité de Política y Planificación, la Oficina de Desarrollo y Apoyo de Intervenciones que comprende un servicio de estudios sociales y conductuales. Tiene dos grandes cometidos: apoyar y fortalecer los programas nacionales contra el SIDA en todo el mundo, desplegar una acción directa de ámbito mundial y propiciar la colaboración internacional que lleve acciones de utilidad para todo el mundo.

La pandemia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representan un reto excepcional y urgente para la sanidad pública internacional. Desde 1986, se estudió la manera de aumentar la cooperación de la OMS con los Estados miembros en la lucha contra el SIDA, que procurase allegar recursos extrapresupuestarios y que se informaran los avances presentados para controlar dicha enfermedad.

Este Programa coordina a escala mundial la vigilancia sobre el SIDA y la infección del VIH. Los países notifican sus casos de SIDA por conducto de las Oficinas Regionales y los centros colaboradores.

Cabe destacar que la Estrategia Mundial sobre el SIDA, sirve como marco normativo mundial para las actividades de prevención y atención del SIDA, misma que es sometida a revisión para actualizarla cada cinco años, de conformidad con el carácter cambiante de la pandemia y de los conocimientos adquiridos de manera conjunta con otros Organismos de las Naciones Unidas, además de contar con ayuda de la Comisión Mundial sobre el SIDA, en base a las 6 prioridades establecidas como son: fortalecer los programas nacionales contra el SIDA, suscitar en los países una respuesta multisectorial integrada a las consecuencias económicas y sociales de la pandemia, reforzar las intervenciones encaminadas a mejorar la eficacia de las estrategias en los programas nacionales contra el SIDA, insistir en las investigaciones biomédicas y epidemiológicas, especialmente en cuanto al apoyo a la

experimentación de vacunas y los ensayos clínicos en el mundo en desarrollo, combatir la discriminación contra las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA y luchar contra el exceso de confianza y rechazo.

Actualmente, la estrategia propone modos de afrontar los nuevos retos que plantea la pandemia como son: dar mayor importancia a la asistencia, mejorar el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual, acentuar la prevención del VIH mejorando la salud, la instrucción y la condición de la mujer, conseguir un entorno más propicio para los programas de prevención, hacer mayor hincapié en los peligros que entraña la estigmatización y la discriminación para la salud pública.

La colaboración con Organismos No Gubernamentales, Gubernamentales, Programas Nacionales del SIDA y la OMS (Resolución WHA42.34), dio como resultado la elaboración de un plan que comprende 3 estrategias: promover la cooperación y el apoyo a las Organizaciones No Gubernamentales en los países, facilitar el crecimiento y desarrollo de redes de Organizaciones No Gubernamentales y velar por la difusión de información pertinente.

En respuesta a lo anterior, el Gobierno de Francia, de manera conjunta con la OMS, celebró el 1 de diciembre de 1995, la Cumbre de Jefes de Estado sobre el SIDA, con la finalidad de comprometer a la mayoría de los países para luchar en la erradicación de esta enfermedad. En dicha reunión se aprobó la

Declaración de París, la cual recibió el beneplácito del Gobierno de México al instar a la cooperación internacional en las áreas de investigación, seguridad transfusional y favorecer iniciativas en favor de la mujer como persona más vulnerable al contagio por el VIH/SIDA, además de plantear la necesidad de elaborar una estrategia para su eliminación.

Por otra parte, con objeto de estrechar las actividades en este campo y adoptar medidas que coadyuven a detener su propagación, la OMS trabaja de manera conjunta con las Naciones Unidas (ONU), trabajo que da como resultado el establecimiento de la Junta de Coordinación del Programa Conjunto y de Copatrocinio sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (1 de junio, 1995), la cual tiene la función de coordinar todas las actividades que sobre la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA se realicen en los diferentes Organismos del Sistema de las Naciones Unidas para optimizar esfuerzos y recursos en este ámbito.

En dicha Junta, el Gobierno de México resultó electo para ocupar uno de los 22 puestos, en virtud de los intensos esfuerzos emprendidos por el Gobierno para prevenir y contener la propagación de la enfermedad.

En respuesta a las decisiones aprobadas en el ámbito internacional, a nivel nacional se recomienda que los programas nacionales otorguen el 15% de todos los recursos recaudados para el fondo de depósito de la OMS, ya que

adicionalmente, la OMS otorga US\$1,020,000 dólares a Organismos No Gubernamentales para que desplieguen actividades contra el SIDA.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL DENGUE

Desde la década de los 70's, el dengue ha constituido un problema al presentar un aumento en el número de casos en Asia y América Latina, además de un riesgo extremado de brotes rápidos y graves tales como la fiebre hemorrágica dengue y el Síndrome de choque por dengue, debido a la rápida propagación de los mosquitos vectores del dengue *Aedes Aegypti* y *Aedes Albopictus*, que entrañan un serio peligro para la salud como factor causal no sólo del dengue epidémico sino también de otras enfermedades graves como la fiebre amarilla, la fiebre de chikungunya y la poliartritis epidémica, de las cuales son vectores.

Cabe destacar que anteriormente existían 4 tipos de virus denominados den-1, den-2, den-3, y den-4, los cuales ante una serie de mutaciones o cambios presentados por diversos factores, entre los que se encuentran el clima, se han derivado subtipos a los que se les llaman topotipos, los cuales requieren de medicamentos más complejos para contrarrestarlos. En México, esta enfermedad ha aumentado en los últimos años debido a las condiciones bioclimáticas, socioeconómicas y epidemiológicas.

Además, en América Central se ha detectado el Den-3, que antaño no se había presentado en América y se corre el peligro de que ingrese a México.

Los síntomas presentados son dolores de cabeza, somnolencia, irritabilidad, vértigo, delirio, depresión, y propensión a experimentar convulsiones.

Hasta la fecha, el Programa de la OMS ha registrado avances positivos en las investigaciones sobre vacunas contra esta enfermedad, incluida la terminación de las pruebas formales de las fases I y II, utilizando vacunas experimentales tetravalentes a base de virus atenuados y aún cuando prosigue el proceso de fabricación para las pruebas de eficacia de la fase III, no se dispone todavía de una vacuna para su uso en salud pública.

Sin embargo, la OMS ha pedido a los países miembros que fortalezcan los programas nacionales y locales de prevención y lucha contra el dengue, asegurando su seguimiento y evaluación; que den prioridad a los métodos que sean eficaces en relación con el costo y a las medidas de lucha que puedan reducir apreciablemente la densidad de los vectores, que establezcan medidas inocuas y económicas de prevención y lucha contra el dengue, especialmente la ordenación urbana, el abastecimiento higiénico y seguro de agua mediante esfuerzos coordinados en los sectores público y privado.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL CANCER

Responsable del 8% de todas las muertes, el cáncer es una de las 3 causas de mortalidad después de los cinco años de edad tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Cada año se producen

alrededor de unos 7 millones de nuevos casos de cáncer, la mitad de ellos en el mundo en desarrollo y fallecen por cáncer casi 5 millones de personas

Alrededor de la tercera parte de todos los cánceres pueden prevenirse en la actualidad y por lo menos otra tercera parte es curable siempre que el diagnóstico sea suficientemente precoz y se aplique el tratamiento adecuado.

Las tres prioridades del Programa son prevención, detección precoz seguida de un tratamiento eficaz y cuidados paliativos, incluido el alivio del dolor por el cáncer. Actualmente, se incluye una cuarta prioridad que consiste en establecer programas nacionales de lucha contra el cáncer, que hagan hincapié en las 3 prioridades indicadas.

La necesidad de establecer nuevos objetivos se pone de manifiesto por el hecho de que, durante los últimos 30 años, ha aumentado la mortalidad por el cáncer ajustada por edad en los países en desarrollo, en relación con los países industrializados

Para realizar la prevención primaria, el Programa se auxilia de otros Programas de la OMS que se relacionan con las enfermedades cardiovasculares y de nutrición, tomando en cuenta los modos de vida sanos y la alimentación óptima.

También contribuyen el Programa de Tabaco o Salud y el de Inmunización contra hepatitis B, con objeto de detectar cánceres de pulmón, boca, hígado, piel, enfermedades cardiovasculares, respiratorias o infecciones como la hepatitis crónica.

En cuanto a la detección precoz, en 1992 se elaboraron directrices de gestión para la lucha contra el cáncer de cuello uterino, además de introducir y coordinar métodos innovadores de detección precoz de los cánceres de mama, cuello uterino, boca y piel, mediante inspección visual, preparando una lista de 22 medicamentos esenciales para la quimioterapia anticancerosa, seleccionados de entre más de 100 medicamentos por su eficiencia y eficacia.

PROGRAMA DE LA OMS SOBRE TABACO O SALUD.

Desde 1970, la Asamblea de la Salud ha adoptado 13 resoluciones sobre diversos aspectos del tema, para que se adopten políticas nacionales amplias de lucha antitabáquica.

A fin de analizar las actividades emprendidas por los Gobiernos y realizar actividades que permitan la erradicación del tabaco, la OMS establece el Programa en 1989 a través de la Resolución WHA42.19 (mayo, 1989), en la cual también aprobó un Plan de Acción sobre Tabaco o Salud. Dicho Programa resalta la importancia de un enfoque integrado y totalizador de los problemas vinculados al uso de todas las sustancias psicoactivas. Entre 1993 y 1994, la OMS siguió facilitando consejos y asistencia sobre el terreno en

relación con el establecimiento de políticas de lucha antitabáquica a varios Estados miembros.

Actualmente hay 1,100 millones de fumadores habituales en el mundo, aproximadamente 300 millones (200 millones de hombres y 100 millones de mujeres) se encuentran en los países desarrollados y cerca del triple (800 millones, casi todos hombres) en los países en desarrollo. El tabaco causa aproximadamente 1 millón de defunciones anuales al año en los países en desarrollo que, de mantenerse las actuales tendencias y si los riesgos de defunción por tabaquismo en los países en desarrollo son análogos a los observados en el mundo industrializado, la mortalidad anual causada por el tabaco aumentará alcanzando unos 7 millones de defunciones anuales en el decenio 2020 o en los primeros años del decenio siguiente.

Entre las actividades emprendidas por la OMS a nivel mundial, destacan la aplicación de normas para restringir gradualmente el uso de tabaco en áreas laborales, lugares recreativos y vuelos internacionales de pasajeros, con la finalidad de prohibir totalmente ese hábito a más tardar el 1 de julio de 1996.

Asimismo, se realizan campañas de difusión sobre los daños y efectos que puede ocasionar su consumo. Cabe destacar que actualmente "se está examinando la posibilidad de preparar y ultimar un Convenio Internacional de Lucha Antitabáquica que sea adoptado por las Naciones Unidas".(11)

PROGRAMA INTERNACIONAL DE LA OMS DE VIGILANCIA FARMACEUTICA.

A partir de los años 60's, la Asamblea de la Salud en las resoluciones WHA17.39 y WHA19.35, pidió preparar métodos eficaces para descubrir y dar a conocer los posibles efectos nocivos de los medicamentos ya en uso, y establecer un Sistema Internacional para la Vigilancia de los efectos nocivos de los medicamentos utilizando los datos que faciliten los centros nacionales. Para tal efecto, "en 1968, se creó en Arlington, EE.UU, un centro coordinador piloto. Dos años después fue trasladado a la OMS y desde 1978, las actividades operativas se llevan a cabo en un centro colaborador de la OMS creado y financiado por el Gobierno de Suecia, que forma parte del Consejo Nacional de Salud y Asistencia Social, en Uppsalla, Suecia. Actualmente participan en el Programa 31 países afiliados". (12)

El objetivo principal es informar sobre asuntos de política farmacéutica y asesorar en aspectos técnicos de la Estrategia en materia de medicamentos, la cual está enfocada a elevar la calidad de los mismos y la eficiencia, a la vez que vigila que no se diagnostiquen fármacos caducos.

Al respecto, el Gobierno de México mantiene una política de apoyar a la industria farmacéutica para que alcance un desarrollo sostenido que le permita participar competitivamente en los procesos globales de intercambio comercial e industrial, ya que "nuestro país debe seguir conservando el liderazgo en

cuanto a investigación científica y médica de toda América Latina, al igual que Brasil, Argentina y Chile". (13)

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL SARAMPION.

Se ha registrado un aumento en el número de casos con esta enfermedad principalmente entre personas mayores, que presentan un riesgo más bajo de morir. El objetivo a perseguir desde que se estableció el Programa, fue reducir en un 95% el número de defunciones para el año 1995, la cual podrá alcanzarse si se cumple la estrategia de lucha contra el sarampión, al lograr una cobertura de inmunización lo más elevada posible entre los niños de 9 y 11 meses. "En los países en desarrollo, la enfermedad se presenta en lactantes de menos de 9 meses en casi una tercera parte" (14).

Las acciones emprendidas a nivel mundial son el fortalecimiento de los programas de erradicación mediante el suministro de vacunas, la mejora de la infraestructura, la participación de la comunidad, de los profesionales de la salud y de los servicios de salud.

La UNICEF mantiene criterios estratégicos para apoyar a los países como prestar ayuda a los países más necesitados con capacidad para llegar a ser autosuficientes en la producción de vacunas, alentar a los países a que progresivamente vayan incluyendo las vacunas en sus presupuestos, como

13.- "Apoyará la SSA el desarrollo de la industria farmacéutica". *La Jornada*, 24 de febrero de 1995, p. 26.

14.- *Doc. 57A/ASR/7*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 1964, p. 12.

una partida de importancia estratégica para el desarrollo y faciliten la adquisición de vacunas con monedas convertibles o locales, seguir movilizando a la comunidad de donantes a fin de que proporcionen más recursos financieros para la adquisición de vacunas y trabajar en colaboración con los proveedores internacionales de vacunas, con objeto de asegurar unos precios asequibles para las vacunas actuales, nuevas y mejoradas.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS.

Los objetivos de este Programa son reducir la mortalidad por tuberculosis, así como su prevalencia e incidencia, actualmente estimada en más de 20 millones de casos en el mundo.

La política tuberculosa de la OMS, se basa en la detección de casos y tratamiento, con prioridad a las infecciones con baciloscopia positiva en el esputo y la administración de la vacuna BCG al nacer. Fue formulada con objeto de alcanzar los 3 objetivos mencionados. Sin embargo, la vacuna BCG no contribuye de modo significativo a reducir la transmisión de la infección.

A fin de alcanzar dichos objetivos, el Programa se apoya en actividades de investigación y desarrollo, además de proporcionar información para prevenir y controlar la tuberculosis en diferentes situaciones epidemiológicas y sistemas asistenciales.

La meta mundial a alcanzar en la nueva estrategia de lucha antituberculosa se basa en reducir hasta en un 85% de todos los casos con esputo positivo que sigue en tratamiento y su detección en un 70%.

Una vez alcanzados los objetivos, el Programa empezará a estudiar la manera de introducir una quimioterapia preventiva con administración de isoniazida (INH) durante un periodo de 6 a 12 meses a los grupos muy expuestos a la tuberculosis, como son los que están en contacto con el enfermo. Las principales estrategias de eliminación consisten en evitar que se declare la enfermedad tras un periodo de infección remota latente, junto con la vigilancia de las nuevas infecciones. Las técnicas actuales a saber, la quimioprofilaxis INH y las pruebas tuberculínicas, tienen limitaciones demasiado serias como para poderse aplicar eficazmente en gran escala con miras a eliminar la enfermedad.

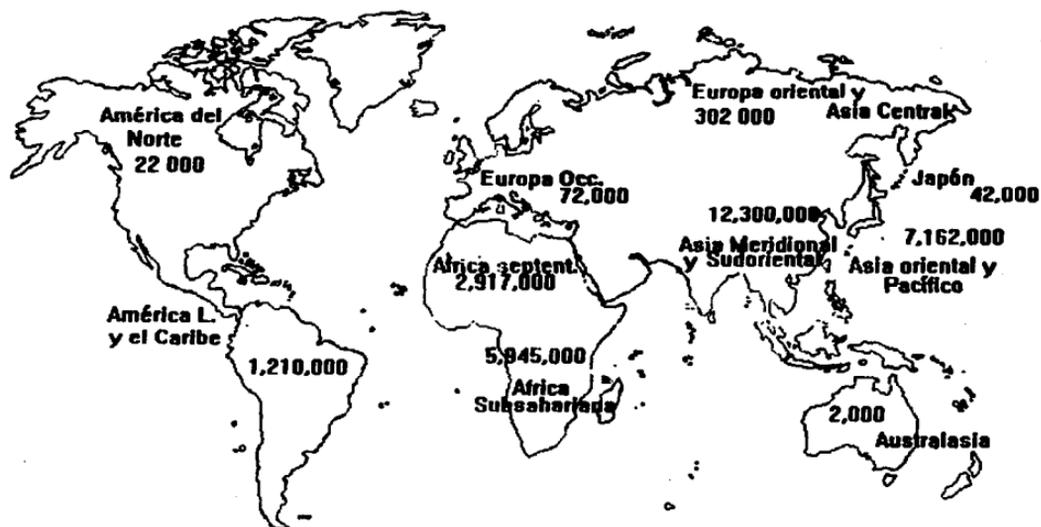
Esta enfermedad es una de las causas de morbilidad y mortalidad en el mundo en desarrollo. En el período comprendido entre 1989-1990, 1.7 mil millones de personas, es decir, 1/3 de la población mundial han sido o están infectadas por *Mycobacterium Tuberculosis*, aunque no todas ellas hayan contraído la enfermedad. "La proporción global de la población infectada en los países industrializados y en desarrollo es parecida pero el 80% de los individuos infectados en países industrializados tienen 50 años de edad o más y el 75% en los países en desarrollo tienen menos de 50 años" (15).

Cabe destacar que esta enfermedad se diferencia en los países desarrollados y los subdesarrollados a causa de la patogenia de la enfermedad. En los países industrializados, contraen la enfermedad las personas de edad debido a una reactivación endógena de una infección contraída anteriormente. En los países subdesarrollados, el riesgo de infección es alto y afecta a casi todos los grupos de edad. Sin embargo, en los primeros el número de casos ha ido disminuyendo con gran rapidez pero sigue siendo una de las más frecuentes enfermedades infecciosas, en comparación a los segundos.

La tuberculosis está resurgiendo en varios países como resultados de diversos factores como la malnutrición y la infección del VIH. Las estrategias de lucha contra la enfermedad se basan en la quimioterapia de corta duración que ha dado resultados positivos en Honduras. Sin embargo, en Kenya y Lesotho han aumentado, éste último registra 3,000 casos anuales de una población de 1.9 millones de habitantes.

"El SIDA ha contribuido a la reaparición de la tuberculosis, ya que la vacuna BCG ha sido de utilidad para reducir las formas graves de tuberculosis pero actualmente existen ciertas reticencias".⁽¹⁶⁾ Por otra parte, la lucha contra la tuberculosis presenta obstáculos al ser cada vez más frecuentes las cepas polifarmacoresistentes del bacilo de la tuberculosis, sobre todo porque muchos países utilizan técnicas de tratamiento.

**NUMERO ACUMULATIVO ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS
1990 - 1999**



Fuente: OMS No. 12, 1994.

TOTAL MUNDIAL: 30 MILLONES DE DEFUNCIONES

inadecuadas, lo que producirá alrededor de 30 millones de defunciones y 90 millones de nuevos casos.

En 1993, se aprobó la Declaración sobre una Emergencia Mundial y el Programa de Trabajo 1996-2001, concede alta prioridad a este Programa en virtud de que no se están practicando medidas de farmacoresistencia del virus.

En los países desarrollados no se ha logrado en absoluto eliminarla, y en los países subdesarrollados, la situación es crítica al no disponer de los medicamentos adecuados por lo que la enfermedad se extiende haciéndose resistente a la quimioterapia. En Irán, pese al programa con que se cuenta, el número de casos se ha incrementado de 12 por cada 100,000 en 1993.

"Hasta 1994 había 8 millones anuales de casos en el mundo, lo que provocan 2.7 millones de defunciones, el 90% corresponde a los países en desarrollo y ha reaparecido en países desarrollados de Europa y de América del Norte, la mayoría de casos se da en países en desarrollo".(17)

PROGRAMA DE LA OMS DE DESARROLLO DE VACUNAS.

Desde principios de los años 70's, la OMS ha tenido una creciente participación en el apoyo a las investigaciones conducentes a la obtención de nuevas vacunas. Un componente importante del Programa Especial de Investigación y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales establecido en

1975, obtuvo vacunas contra 5 enfermedades parasitarias y la lepra, y un elemento del Programa de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas, establecido en 1978, fue el apoyo a la obtención de vacunas para combatir las infecciones intestinales.

Los progresos realizados en conjunto por ambos Programas fue tan exitoso, que en 1984 decidieron establecer un Programa que se dedicara específicamente a la obtención de vacunas contra ciertas enfermedades víricas y bacterianas. Dos factores importantes fueron la necesidad de fomentar y coordinar iniciativas nacionales encaminadas al desarrollo de vacunas y la utilización de los nuevos instrumentos biotecnológicos e inmunotecnológicos para esa tarea.

En 1984, se establece este Programa con el propósito de mejorar la situación en materia de vacunas víricas y bacterianas. En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se asocia al Programa, ampliando las actividades de investigación en materia de vacunas contra las enfermedades diarreicas víricas y bacterianas, como son el dengue, la hepatitis vírica, la rotavirus, la meningitis meningocócica, las diarreas bacterianas y las infecciones agudas de las vías respiratorias.

Los avances alcanzados en la biología molecular, la inmunología y la biotecnología, han proporcionado varias técnicas nuevas notables que el Programa de Desarrollo de Vacunas utiliza para obtener vacunas modernas

adaptadas a las necesidades particulares de los niños de los países en desarrollo.

Entre los objetivos del Programa, se encuentran mejorar las vacunas actuales para simplificar su utilización y aumentar su eficacia en las circunstancias y situaciones especiales del mundo en desarrollo, sustituir las vacunas que requieren dosis múltiples como la anatoxina tetánica y las vacunas contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y poliomielitis, por vacunas que sólo requieran una dosis o un número reducido de dosis; obtener nuevas vacunas frente a las principales enfermedades víricas y bacterianas contra las que actualmente no existen cura como el cólera, fiebre tifoidea, meningitis meningocócica, rotavirus, virosis sincicial respiratoria, hepatitis A, C, E y dengue. Entre las enfermedades víricas y bacterianas que son objeto del programa se encuentran:

Víricas.- sarampión, rotavirus (diarrea aguda), poliomielitis, hepatitis A, (causa epidemias con tasas de morbilidad y mortalidad importantes), B (ha infectado a 2000 millones de personas y el 5% de los habitantes del mundo son portadores crónicos del virus, entre las secuelas figuran cirrosis y el cáncer de hígado), C, y E (devastadora en el caso de embarazadas); dengue y encefalitis japonesa (enfermedades transmitidas por mosquitos en zonas tropicales).

Las virosis agudas de las vías respiratorias causan el 40% de todas las enfermedades respiratorias agudas en niños menores de un año.

Bacterianas.- tétanos, meningitis bacteriana (dejan lesiones neurológicas en los supervivientes), enfermedades diarreicas bacterianas (produce shigelosis, cólera, infecciones por E. Coli y fiebre tifoidea), neumonía neumocócica (defunción por enfermedad respiratoria aguda) y tuberculosis.

Actualmente, la política emprendida por la OMS es obtener vacunas nuevas y mejoradas, así como nuevos métodos para aumentar la eficacia de la inmunización, vacunas que permitan una administración más fácil o mejorar las existentes en virtud de que no son siempre plenamente satisfactorias en los países subdesarrollados. El presupuesto otorgado es de US\$ 1,500,000 dólares, además de recibir donativos externos de la Fundación Rockefeller, el Glenmede Trust, PNUD, los Gobiernos de Australia, Italia, Japón, Noruega, Suecia y Suiza, sumando alrededor de 15.1 millones de dólares.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Este Programa se establece en 1977 en respuesta a la resolución WHA27.57, aprobada por la AMS en mayo de 1974 con objeto de inmunizar a los niños de todo el mundo contra las principales enfermedades, para lo cual se crearon programas de inmunización que evitan cada año alrededor de 3.2 millones de muertes por sarampión, tétanos neonatal y tos ferina, así como unos 40 mil casos de poliomielitis paralítica. Cabe destacar que cada año siguen produciéndose 1.7 millones de defunciones por las primeras enfermedades así como 120 mil casos por las segundas, lo cual subraya la urgente necesidad de seguir aumentando la cobertura y concentrar la atención contra estas enfermedades.

Las políticas programáticas generales, incluida la meta del PAI, de inmunizar a todos los niños del mundo para 1990, fueron aprobadas en la resolución WHA30.53 adoptada en mayo de 1977. La importancia del PAI

como componente esencial de la salud materno infantil y la Atención Primaria de Salud fue reconocida en la Resolución WHA31.53 aprobada en mayo de 1978, y la Declaración de Alma-Ata en septiembre de 1978. En 1982, la AMS advirtió que los progresos tendrían que acelerarse para alcanzar la meta de 1990 e instó a los Estados miembros a poner en marcha un Plan de 5 puntos (WHA35.31).

Las infecciones producidas por los virus de las distintas enfermedades presentadas a nivel mundial, al igual que las nuevas y las que están resurgiendo han ocasionado un aumento en el número total de defunciones, lo cual pone de relieve la importancia de continuar con las labores de investigación para crear nuevas vacunas.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA LEPRO

Se establece mediante la resolución WHA40.35 (mayo, 1987) solicitando que los Estados atribuyan una prioridad adecuada y asignen recursos suficientes para combatirla como parte de la Atención Primaria, refuercen la educación sanitaria y la participación de la comunidad, mejoren el adiestramiento del personal de salud, y que apoyen las investigaciones y la rehabilitación.

El objetivo del Programa es reducir progresivamente la prevalencia y la incidencia de la lepra y en consecuencia, la aparición de discapacidades físicas y sociales relacionadas con la enfermedad, para lo cual la OMS elaboró

una Estrategia Mundial que consiste en estratificar la situación de la enfermedad, determinar prioridades para la acción, fijar metas intermedias y vigilar los progresos. Los factores principales para la estratificación son la difusión e intensidad de la enfermedad y la prestación de servicios de lucha antileprosa, en particular de tratamiento multimedicamentoso.

Mediante la Resolución WHA44.09, intitulada "Eliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública", se refuerza el compromiso político de los países de endemicidad, así como el apoyo de los donantes internacionales. Asimismo, se reformularon estrategias de alcance nacional, regional y mundial, con Planes de Acción a plazos fijos para varios países.

Además de lo anterior, en 1991 se establece el Grupo de Trabajo sobre Lucha contra la Lepra integrado por 10 expertos, que supervisa la estrategia y la acción encaminadas a erradicar esta enfermedad. En él participan Organizaciones No Gubernamentales.

Desde 1966 a 1989, el número de casos registrados aumentó de manera considerable al detectarse 5.4 millones de personas enfermas en el mundo por lo que se introdujo un tratamiento de terapia multimedicamentosa para combatir la lepra en los países endémicos.

La aplicación de estrategias para combatirla ha tenido problemas como la incapacidad de dar más prioridad a la lepra en algunos casos por la

existencia de otras necesidades sanitarias acuciantes, una infraestructura sanitaria deficiente para administrar el tratamiento, falta de recursos, en especial para medicamentos, ausencia de un Plan de Acción adecuado para aplicar la terapia; formación insuficiente de los agentes de salud, falta de instalaciones para exámenes de laboratorio y escasez de establecimientos a los que puedan remitirse los casos con complicaciones.

En 1993, el número total de casos se redujo en un 55% al pasar de 3.7 millones comprendidos en 1990, a 1.7 millones de los que aproximadamente el 69% corresponden a la región de Asia Sudoriental. Sin embargo, ante tal situación, es posible cumplir con lo estipulado en la resolución WHA44.9 referente a la eliminación de la Lepra como problema de salud pública y que sea 1 caso por cada 1000 habitantes. Cabe destacar que Brasil manifiesta una reducción de 4 casos por cada 1000 hab. Mientras que en México se tienen registrados 17,103 casos.

Para hacer frente a este problema, a nivel regional la OMS sigue garantizando la cooperación técnica en la aplicación y la evaluación de programas de lucha antileprosa, definiendo prioridades para la asignación de recursos, organizando reuniones consultivas entre países para intercambiar información y fomentar estrategias de lucha eficaces por relación al costo y elaborando planes de estudio apropiados para personal de salud de distintos niveles.

A escala mundial, la OMS continúa fomentando y actualizando políticas de lucha integrada contra la lepra, así como actualizando periódicamente las pautas técnicas de lucha contra la enfermedad, además, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales apoya continuamente las investigaciones encaminadas a mejorar los métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra y en particular la obtención de una vacuna.

PROGRAMA DE LA OMS EN MATERIA DE MEDICAMENTOS.

El comercio de fármacos se está haciendo más complejo como resultado del creciente número de países que fabrican y exportan preparaciones farmacéuticas, sustancias biológicas, ingredientes activos, y la aplicación de nuevas tecnologías a su producción, por lo que los países deben desarrollar la capacidad de garantizar la calidad de todos los productos de ésta índole, ya que se han presentado casos de productos farmacéuticos de calidad inferior a la norma establecida y falsificados en el comercio internacional, que amenazan con socavar la confianza del sistema de atención sanitaria porque tales productos pueden ser ineficaces y tóxicos. Por tal motivo, la OMS instó a los países a fortalecer su capacidad de reglamentación nacional (Resolución WHA47.17).

Por otra parte, a pesar de que el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales tiene un liderazgo, la situación farmacéutica mundial sigue siendo muy inquietante, menos del 50% de la población mundial tiene

acceso a suministros suficientes de medicamentos inocuos y esenciales. Esa falta de medicamentos y la falta de competencia para garantizar su uso racional hacen que los sistemas de prestación de salud funcionen de manera muy deficiente. En Europa, están surgiendo nuevos problemas que exigen la reestructuración de los programas farmacéuticos, con actividades financiadas.

PROGRAMA DE SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO Y PLANIFICACION DE LA FAMILIA.

La OMS ha aprobado una serie de resoluciones tales como WHA32.42 sobre Salud de la Madre y el Niño, incluida la Planificación Familiar; WHA38.22 sobre la Madurez antes de la Gestación y el Fomento de la Procreación Responsable; WHA46.18 sobre Salud de la Madre y el Niño y la Planificación de la Familia en Pro de la Salud y recientemente la WHA47.10, que reafirma el apoyo a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Resolución 1992/251 del ECOSOC sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de Mujeres y Niños.

Dichas prácticas, pueden ser benéficas o inocuas, principalmente las relacionadas con las mutilaciones sexuales femeninas, las relaciones sexuales y las reproducciones precoces, que crean graves problemas durante el embarazo y el parto, ocasionando profundos efectos en la salud y el desarrollo de los niños, en particular en el cuidado y la alimentación de éstos, creando riesgos de raquitismo y anemia.

Ante tal situación, la OMS solicitó establecer políticas y programas nacionales para poner término a estas prácticas y con el respaldo de la ley, a

las mutilaciones sexuales femeninas, a la procreación antes de la madurez biológica y social y a otras prácticas nocivas que afectan a la salud de las mujeres y los niños.

A la fecha, se han realizado enormes progresos en muchos aspectos como lo demuestra el gran aumento de la cobertura de inmunización, de la accesibilidad y utilización de los servicios de planificación de la familia, aunque no en todos los países, debido a la deficiente calidad de la asistencia y la ineficacia de los servicios. Sin embargo, se necesita una estrategia global y unificadora para la acción e investigación en la amplia esfera de la salud reproductiva.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA ONCOCERCOSIS.

La oncocercosis es una amenaza para la salud en los países endémicos de la región de África, las Américas y del Mediterráneo Oriental, en las que padecen la enfermedad aproximadamente 18 millones de personas, de las cuales 1 millón sufren ceguera o alguna discapacidad visual grave.

Esta enfermedad ha sido controlada en 11 países del África Occidental mediante lucha antivectorial y últimamente, mediante la distribución de ivermectina (1 dosis anual), medicamento suministrado de manera gratuita.

Ante la situación presentada, la OMS, mediante la Resolución WHA47.32 (mayo, 94) solicitó a los países elaborar planes nacionales de

erradicación mediante la distribución regular de ivermectina o la lucha antivectorial, proporcionar información sanitaria a fin de evitar su contagio, auxiliarse con otras Organizaciones No Gubernamentales como el UNICEF, Banco Mundial etc., para apoyar y coordinar los planes de distribución de ivermectina, la cual es un tratamiento supresivo que previene la ceguera grave y las lesiones cutáneas, aunque es muy difícil de controlar ya que muchos países no se curan totalmente. Este fármaco mata las microfilarias o gusanos embrionarios.

PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA MALARIA

Cada año, fallecen aproximadamente un millón de personas por malaria por lo que la OMS adoptó una Estrategia Global para el Control de la Malaria, principalmente en la Región de las Américas, donde hay 20 países que son afectados por esta enfermedad, entre los que se encuentra México. A nivel mundial se cuenta con 95 países, localizados la mayor parte de éstos en Africa.

Ante la propagación de esta enfermedad, la OMS trabaja de manera conjunta con las Naciones Unidas para combatirla, y es demostrado a través de las Resoluciones 1994/34 del Consejo Económico y Social (julio 29, 1994) en la cual insta a los países miembros a adoptar acciones preventivas e intensificar la lucha contra esta enfermedad.

Asimismo, a través de la Resolución 49/135 (febrero 17, 1995), el Programa pidió prestar ayuda técnica, médica y financiera a aquellos países

afectados, así como la elaboración de un Plan de Acción que refuerce la Estrategia aprobada por la OMS en 1992, en el marco de la Conferencia Ministerial sobre Paludismo (Amsterdam, Holanda), en virtud de que cada año se han registrado más de 300 millones de nuevos casos. Aunado a lo anterior, se cuenta con la aparición de nuevas cepas resistentes a los medicamentos como la cloroquina, fumigaciones con insecticidas o el suministro de productos antipalúdicos apropiados".(18)

Cabe destacar que Colombia acaba de elaborar la vacuna sintética, misma que empezará a producirse de manera masiva. Esta fue elaborada por el Dr. Manuel Elkin Patarroyo, quien se hizo acreedor al Premio León Bernard por su trabajo de investigación, el cual beneficiará a la población de más de 100 países que están amenazados por el paludismo. (19)

Por su parte, la política mexicana en torno al paludismo se realiza tomando en consideración los elementos de la Resolución WHA42.30 de la 42a. Asamblea Mundial de la Salud (1989), al adquirir equipos para aplicar insecticidas; vehículos para la transportación del personal en el cumplimiento de las técnicas operativas y en los procesos de modernización administrativa y descentralización.

18. Resolución A/RES/49/135 Acción Preventiva e Intensificación de la Lucha contra el Paludismo en los Países en Desarrollo, Naciones Unidas, ECOSOC, Washington D.C. E.U.A. 92 sesión. 19 dic. 94).

19. La OMS evalúa vacuna contra la malaria. El Universal. 25 de febrero de 1995.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS.

Este Programa se establece el 1 de septiembre de 1990 de conformidad con las Resoluciones WHA42.20 y WHA43.11 de la AMS, con objeto de proporcionar directrices técnicas en el campo, especialmente en el plano nacional, propiciando una acción eficaz e inmediata respaldada por las investigaciones pertinentes y el debido asesoramiento científico y técnico.

El uso indebido de sustancias se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves del presente siglo, al afectar actualmente a personas y grupos de edad cada vez más numerosos que en ninguna otra época. La propagación endémica del uso indebido de sustancias, abarca una gama cada vez mayor de fármacos además del alcohol, afectando a países de todo el mundo, tanto desarrollados como subdesarrollados, y originando una serie de problemas de salud física y psicosocial.

El gran aumento del uso indebido de drogas como la cocaína y la heroína, ha venido a sumarse a la prevalencia ya elevada del abuso de otras sustancias psicoactivas como el cannabis, los tranquilizantes, los depresores, los estimulantes y los disolventes.

Aunque en varios países, estas mismas sustancias se utilizan en diversas combinaciones y a menudo se asocian al consumo del alcohol.

Por tal motivo, el Programa estableció una Estrategia Global basada en un sistema denominado ATLAS (Abuse Trends Linkage Alerting System), que difiere de otros sistemas de vigilancia, por el hincapié que hace en la salud y en los efectos sanitarios del uso indebido de sustancias, así como por su capacidad de coordinación mundial.

El sistema ATLAS hace uso de datos de los actuales sistemas internacionales de notificación y vigilancia, colaborando estrechamente con las Naciones Unidas y otros Organismos Internacionales.

PROGRAMA DE NUTRICION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO.

Este tópico fue abordado por primera vez en 1979, ante la situación presentada en los niños. Hasta la fecha, la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado 10 resoluciones⁽²⁰⁾ relativas a la nutrición del lactante y del niño pequeño, ya que se estaba olvidando la superioridad de la leche materna como norma biológica para alimentar a los lactantes y que toda desviación respecto de esta norma conlleva un aumento de los riesgos para la salud de los lactantes y de las madres.

Para promover la nutrición sana del lactante, de conformidad con la Declaración Mundial y el Plan de Acción para la Nutrición, es necesario adoptar una acción intersectorial eficaz, apoyando a las madres en su decisión

20.- Resoluciones adoptadas sobre nutrición del lactante y el niño pequeño: WHA33.32, WHA34.22, WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA46.7 y WHA47.5

de amamantar eliminando obstáculos y previniendo dificultades durante los primeros 6 meses (21), posteriormente, propiciar prácticas adecuadas de alimentación complementaria, combinando ambas fases.

PROGRAMA DE ELIMINACION DE TETANOS NEONATAL.

El número de lactantes que fallecen anualmente a causa del tétanos durante las 3 primeras semanas de vida se ha reducido a la mitad desde 1980, la cifra mundial actual es de 500,000. Además, se evitan cada año más de 30,000 defunciones asociadas con el tétanos entre las mujeres. En 1985, la AMS fijó como objetivo la eliminación del tétanos neonatal para 1995, a principios de los 80's la enfermedad fue responsable de más del 25% de todas las defunciones entre los niños pequeños en muchos países.

Se prevé alcanzar el objetivo de eliminar el tétanos neonatal mediante programas de inmunización acelerados y con la introducción de condiciones higiénicas en los partos, especialmente en las regiones y grupos de población de alto riesgo. En Cuba, el tétanos se erradicó en 1972, y hasta la fecha no se han reportado casos debido a la aplicación del programa de inmunización proporcionada a las mujeres embarazadas que tienen en promedio 5 meses (99.8%).

Por lo tanto, es necesario acelerar la inmunización en 14 países que tienen el 80% de los casos de tétanos registrados en todo el mundo, y en otros

21.- Declaración de Innocenti sobre protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. UNICEF. Nueva York, 1990. Señala 10 pasos hacia una feliz lactancia natural y plantea medidas para conseguir que la madres puedan dar pecho a sus hijos.

13 países con una tasa estimada superior o cercana a 5 por cada 1,000 nacidos vivos, dando prioridad a Bangladesh, China, Etiopía, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y Zaire.

En 1989, la OMS declaró su compromiso para la Eliminación Mundial del Tétanos Neonatal antes de 1995 (Resolución WHA42.32) y formuló las siguientes metas:

- Garantizar que al menos el 80% de los recién nacidos estén protegidos contra la enfermedad mediante la inmunización de las madres y la adopción de prácticas higiénicas del parto;
- Identificar zonas de alto riesgo para inmunizar a todas las mujeres en edad fértil y fomentar la higiene del parto; e
- Investigar todos los casos para determinar las causas de cada uno, y aplicar los remedios pertinentes (inmunización y prácticas higiénicas del parto).

Además, elaboró 3 estrategias básicas para su eliminación, las cuales consisten en:

- 1) El suministro y administración de la vacuna de anatoxina tetánica, que es la estrategia más eficaz para la protección de los recién nacidos, sobre todo en los distritos de alto riesgo;
- 2) El ofrecimiento de servicios de parto en condiciones higiénicas a todas las mujeres embarazadas;
- 3) Una vigilancia eficaz que permita detectar y tratar cada caso.

Cada año se evitan 687 mil defunciones, cifra que representa una disminución a nivel mundial del 25% respecto a la estimada en 1989, como resultado de la cobertura inmunitaria realizada en las mujeres embarazadas entre el período 1989-1992, con al menos 2 dosis de anatoxina tetánica.

PROGRAMA DE FOMENTO A LA SALUD Y EDUCACION PARA LA SALUD.

En la Declaración de Alma-Ata, se señala que la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, es el primero de los 8 elementos básicos de la Atención Primaria de Salud. El espíritu de Alma-Ata fructificó en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986, Ottawa, Canadá) y en las Estrategias de Política Pública para la Salud preparadas en la 2a. Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud (1988) de Adelaida, Australia.

En consecuencia, es necesario el fomento de la salud, de la información y de la educación para alcanzar las metas propuestas en este ámbito, especialmente cuando surgen nuevos y graves problemas como el SIDA, según se desprende de la Declaración de Londres sobre Prevención del SIDA.

ENFERMEDADES NUEVAS Y REEMERGENTES

El espectro de las enfermedades infecciosas está creciendo y cambiando rápidamente, a nivel mundial se ha presentado un acelerado crecimiento de la población y expansión de la pobreza, lo que lleva a la

invasión de terrenos selváticos y la posterior migración de las personas a las ciudades y otros países, lo que está incrementando el riesgo de contraer males desconocidos.

El incremento del comercio mundial y la explotación de zonas selváticas hasta ahora intocables por el hombre han creado una vía para la expansión de enfermedades desconocidas y mortales.

Entre las nuevas enfermedades presentadas en la sociedad debido al surgimiento de nuevos virus se encuentran el Sabia, que provoca fuertes fiebres hemorrágicas al igual que el Rocío. La primera víctima de el Sabia murió en 1990 y otras dos personas fueron contaminadas pero estas lograron sobrevivir.

Otros virus como el Marburgo, cepas menos letales que el Ebola, pueden causar síntomas parecidos como la fiebre y las hemorragias". (22)

En torno al virus Ebola o filovirus, éste es un brote de fiebre hemorrágica, el cual ha causado un gran número de víctimas ya que no existen vacunas ni antídotos para combatirla, causando la muerte casi segura y rápida.

Esta enfermedad provoca hemorragias masivas, fiebre y vómitos mientras se disuelven los órganos internos y los tejidos. Las víctimas

sangran por los oídos, ojos, ano y encías y mueren tras el colapso de sus órganos internos.

Al respecto, varios países han adoptado medidas para prevenir la propagación de este virus, entre los que se encuentran Bélgica y Alemania, este último adoptó medidas tales como evitar viajar hacia el país centroafricano. Por su parte, EE.UU. envió un avión militar con equipos médicos para ayudar a combatir la epidemia de fiebre hemorrágica, la cual tiene un tiempo de incubación por un período de 10 días.

Para hacer frente a esta situación, la OMS señaló que "el virus afecta generalmente a aquellos allegados o personal sanitario, que trataban sus síntomas, es en realidad una enfermedad de personal sanitario, porque el Ebola se transmite esencialmente por contacto de las secreciones del enfermo y por contacto con sangre de víctimas" (23).

Este virus es identificado por primera vez en el río Ebola en 1976, al norte de Zaire; y en Sudán en 1979, ocasionando en ese entonces más de 500 personas infectadas con una mortalidad del 80%. Hasta la fecha, se tienen contemplados 150 casos con 120 muertes.

El crecimiento demográfico mundial obliga a muchas personas a vivir en condiciones de hacinamiento, vivienda inadecuada y falta de higiene, además, los viajes internacionales dan lugar a un rápido intercambio mundial de

23.- "La fiebre hemorrágica en Zaire es provocada por Ebola: OMS", La Jornada, p 55, 25 de marzo de 1986.

ENFERMEDADES NUEVAS, EMERGENTES Y REEMERGENTES

- < **MARBURGO** (Yugoslavia, Alemania, Uganda)
- > **HANTA** (China, Rusia, Korea, Taiwan, EE.UU)
- **OROPUCHE** (Brasil)

? **DENGUE** (México, Cuba, Puerto Rico, Costa Rica, Honduras, Venezuela, Colombia, Suriname, Guyana, Brasil, India, Camboya, Australia, Indonesia)



agentes patógenos para el ser humano y los cambios en el comportamiento humano exponen a amplios sectores de la población mundial a enfermedades no experimentadas anteriormente. Aunado a lo anterior, el movimiento creciente de animales y de productos de origen animal, la utilización cambiante de la tierra y el poblamiento de regiones no habitadas anteriormente, han expuesto a la población a enfermedades que no eran frecuentes en el pasado.

La resistencia a los antimicrobianos continúa reduciendo la eficacia de los medicamentos, aumentando los costos sanitarios y causando a los seres humanos unos sufrimientos y una mortalidad innecesarios.

Durante el pasado decenio, se reconocieron numerosas enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes como el cólera, tanto en sus cepas clásicas como en las nuevas variedades, los brotes de diarrea sanguinolenta grave y de insuficiencia renal transmitidos por los alimentos en varios países de América Latina y de Europa, la peste, incluida la peste neumónica en la India, el síndrome pulmonar del hantavirus, enfermedad completamente identificada por primera vez en los Estados del Suroeste de los EE.UU. (1993), de la que ya se conocen varios casos en diversos lugares de América y la reaparición del virus de la fiebre del valle del Rift, que causa brotes potencialmente devastadores en los seres humanos y los animales domésticos de Egipto, constituyendo una amenaza para los países adyacentes del Mediterráneo Oriental.

Sin embargo, las infecciones emergentes no se limitan a epidemias espectaculares de enfermedades nuevas o reemergentes, ya que las bacterias patógenas comunes desarrollan periódicamente resistencia a los agentes antimicrobianos, creando con ello nuevas dificultades en el tratamiento de las enfermedades. Muchas cepas de gonococos son polifarmacorresistentes, como también lo son cepas de estafilococos y de neumococos. Tal resistencia constituye un problema costoso en todo el mundo, pero especialmente en el mundo en desarrollo, donde es posible que no se practiquen sistemáticamente las pruebas de sensibilidad y donde no siempre es fácil disponer de nuevos antibióticos. Este tipo de enfermedades no se limitan a alguna región en específico, más bien representa una amenaza internacional que exige una respuesta coordinada a nivel mundial.

Los factores que intervienen para la aparición de nuevas enfermedades infecciosas son : los cambios en el modo de vida, incluido el hacinamiento en las ciudades, cuyo crecimiento demográfico ha sobrepasado la capacidad de abastecimiento de agua limpia y de vivienda adecuada, forzando a millones de personas a vivir en condiciones antihigiénicas; el aumento espectacular de los viajes internacionales que hacen posible que una persona sea infectada en un país, contraiga la enfermedad en otra parte, y origine allí una epidemia; el deterioro de las actividades tradicionales de salud pública, como los laboratorios de vigilancia y de diagnóstico, que de no ser así podrían reconocer rápidamente los problemas relacionados con enfermedades emergentes; los cambios en la manipulación y elaboración de los alimentos al

ser preparados utilizando partes de muchos animales diferentes; la llegada de personas a partes remotas del mundo donde aún no han sido habitadas y en las que la población puede hallarse expuesta a agentes potencialmente patógenos para el ser humano transmitidos por la fauna local y por la evolución continua de los microorganismos patógenos como mecanismo de supervivencia.

4.2 PARTICIPACION DE MEXICO EN LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) O COMITE REGIONAL PARA LAS AMERICAS.

En el plano regional, México cuenta con una larga tradición respecto a su activa participación en los diversos Cuerpos de Gobierno, Grupos de Expertos y Programas de la OPS.

En lo que respecta a la elaboración y puesta en práctica de las estrategias regionales con objeto de alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000, podemos decir que la posición de nuestro país cambia conforme evoluciona el proyecto.

En septiembre de 1980, durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS y en la XXXII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, la delegación mexicana presentó el documento 'Objetivos y Estrategias del Sector Salud para Alcanzar los Mínimos de Salud para Todos

en el Año 2000²⁴, cuyo contenido se apoya en el Plan de Acción Global del Sector Público.

El citado documento contiene un diagnóstico de la salud, una reseña de los recursos humanos y financieros al igual que objetivos a mediano y largo plazo.

Asimismo, establece como estrategias fundamentales la definición, adopción y operación de un sistema de atención, reforzamiento y, en su caso, la creación dentro del Gabinete de Salud, de los mecanismos que aseguren la coordinación interinstitucional efectiva a corto y mediano plazo; el reforzamiento del proceso de programación-presupuestación-evaluación; la realización de un diagnóstico de los recursos humanos existentes en el ámbito sectorial y la definición de una política de capacitación de la población.

Entre los Programas y Subprogramas incluidos están los relativos a la atención preventiva, atención curativa, capacitación de la población, producción de bienes, saneamiento y mejoramiento del medio, investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina y la salud, además de la formación y desarrollo de recursos humanos en salud.

En esa oportunidad, el Doctor Alvarez Gutiérrez manifestó su reconocimiento a la utilidad de la formulación de estrategias a largo plazo. Sin

24.- Objetivos y Estrategias del Sector Salud para Alcanzar los mínimos de Salud para Todos en el Año 2000: Salud Pública de México. Época V. Vol. XXIII, No. 1. México. Escuela Nacional de Salud Pública, enero-febrero, 1991. pp. 49-53.

embargo, puso especial énfasis en la necesidad de establecer estrategias operativas intermedias, poniendo como ejemplos para solucionar problemas inmediatos la coordinación IMSS-COPLAMAR y el empleo de médicos en áreas urbanas marginadas (25).

En los trabajos relativos al Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales, el citado representante mexicano, en su calidad de miembro del Comité Ejecutivo y del Subcomité de Planificación y Programación a Largo Plazo, contribuyó a la preparación y redacción de dicho Plan (26).

En ocasión de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (Washington, D.C., sept., 1981) en la que se aprueba el Plan unánimemente, se afirma que En México ya se están cumpliendo muchas de las recomendaciones contenidas en el Plan, lo que es una muestra de la identificación de la política del Gobierno con lo que se señala en el documento. Resalta el apoyo del Gobierno de México a las estrategias recomendadas por la OMS, tales como el ajuste de las políticas y planes de salud a un plan global de desarrollo nacional, la reorganización del sector salud, incluida la participación de la comunidad, el desarrollo de la capacidad operativa en todos los niveles de atención para incrementar su eficacia, y el desarrollo de los sistemas nacionales de planificación, información, vigilancia y evaluación* (27).

25.- Actas Reunidas Provisionales de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., E.U.A. septiembre-octubre 1980. Doc. CD77/BR/4. Washington. D.C. OPS, 1980. pp. 27 y 28.

26.- Actas Reunidas Provisionales de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, Washington, D.C., E.U.A. Junio-Julio 1980. Doc. CE95/SR/5. Washington. D.C. OPS, 1981. pp. 36 y 37.

27.- Actas Reunidas de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS y XXXIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. E.U.A., septiembre-octubre de 1981. Doc. Cf. No. 181. Washington, D.C. OPS 1982. p. 128.

De lo anterior, deducimos que la estrategia regional tiene una buena base al derivar su formulación de una serie de estrategias netamente nacionales, entre ellas la de México. A su vez, éstas han sido orientadas por pautas aprobadas a nivel internacional, lo que ha llevado a una interrelación sumamente fructífera para el país. Esto se puede corroborar en los avances alcanzados en la materia hace dos sexenios (1982-1988 y 1988-1994), al ver cristalizadas gran parte de las recomendaciones enunciadas anteriormente.

Lamentablemente, la participación que se dio en el inicio del proyecto no fue constante, y paradójicamente de 1982 en adelante la intervención de nuestro país en lo que serían las vigilancias y evaluación de las estrategias regionales fue únicamente de aprobación a los documentos presentados.

Esta no fue característica exclusiva de México, sino de la gran mayoría de los países de la región, que fueron teniendo cada vez menos interés, dejando a la OPS el trabajo que a ellos les correspondía realizar". (28)

En virtud de lo anterior, la actuación mexicana en el marco regional transita del dinamismo a la pasividad y de la pasividad al dinamismo, postura que entra en contradicción con la llevada a nivel mundial, lo que prueba que nuestro país no cuenta con una política internacional en materia de salud bien definida, que contemple una línea de acción en los diferentes planos de

28.- Incluso en 1985 el Director de la OPS señaló a la atención de los Estados miembros algunas observaciones del Director General de la OMS que él también compartía, en el sentido de que muchos países parecían estimar que el ejercicio de la evaluación era una tarea que correspondía a la OPS como una de tantas, no viendo su utilidad para el desarrollo de los sistemas de salud y las estrategias sanitarias nacionales. Actas Resumidas Provisionales de la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., E.U.A. septiembre-octubre, 1985. Doc. CD31/SR/11 OPS. p. 45.

las Relaciones Internacionales, es decir, en el ámbito mundial, regional y bilateral, encaminados a obtener logros muy específicos a favor de los intereses nacionales. Como se mencionó en los capítulos anteriores, existió una determinación de dichos intereses expresados en una serie de objetivos y estrategias que contemplaron el Programa Nacional de Salud 1984-1988.

Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 consideró necesaria la activa participación de nuestro Gobierno en los Organismos Especializados de las Naciones Unidas.

Sin embargo, en la práctica no se cumplieron cabalmente los citados objetivos, dado que México no obtuvo los beneficios que se podrían obtener en el área de la salud a través de la cooperación internacional y en especial de la multilateral, por lo que no fue capaz de intervenir en la definición y orientación de una política mundial en esta materia, la cual se ha concretado en el proyecto "Meta de Salud para Todos en el Año 2000".

En consecuencia, es indispensable que las autoridades competentes de nuestro país tomen parte activa en los trabajos realizados fuera de las fronteras nacionales y el alcance que tendría una mayor participación en el proyecto referido, tanto en el aspecto técnico como en el político.

Una muestra más de lo anteriormente expuesto, es la participación de nuestro país en la Cumbre de las Américas (Miami, Florida, E.U.A., 9-11 dic.,

1994), en la cual México únicamente aprobó el Plan de Acción propuesto, y que en materia sanitaria, figura el punto 17 intitulado "Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud " con el que se reitera la necesidad de brindar mejores servicios de salud ante la persistencia de una elevada mortalidad materno-infantil, particularmente entre los pobres de las zonas rurales y los grupos indígenas, respaldando un paquete básico de los servicios clínicos preventivos y de salud pública compatibles con las recomendaciones de la OMS y la OPS, el cual se destinará a atender la salud infantil, materna y reproductiva e incluirá atención prenatal durante y después del parto, información y servicios de planificación familiar y prevención del VIH/SIDA, así como la vacunación y programas para combatir otras causas principales de mortalidad infantil. Dicho paquete estará supervisado y ejecutado a nivel regional por la OPS.

En torno a la iniciativa destinada a erradicar de las Américas, antes de 1990, la transmisión del virus de la poliomielitis, en mayo de 1985, México señaló la necesidad de implantar un sistema de vigilancia a nivel regional y nacional, con la finalidad de mantener una elevada cobertura de inmunización a través de la aplicación sistemática de vacunas en cada instalación sanitaria.

Asimismo, se propuso la celebración de días nacionales de inmunización con la vacuna oral contra la polio y otras acciones que se aplicaron a nivel nacional, con las que se logró la erradicación de esta

enfermedad a finales de 1994. El trabajo de nuestro país fue reconocido con la condecoración denominada "Premio Alleyne".

En cuanto al virus Ebola, la OPS ha pedido a las autoridades sanitarias de los países del área que se mantengan alertas al posible ingreso de personas que presenten síntomas de enfermedad²⁹, ante lo cual, nuestro país mantiene un dispositivo de seguridad en los aeropuertos, carreteras, puertos marítimos, y en especial la frontera norte y sur para detectar si alguna persona presenta síntomas de haberlo contraído.

4.2.1 SISTEMAS NACIONALES DE SALUD, CASOS CONCRETOS CANADA, CHILE Y MEXICO.

El Sistema Nacional de Salud en Canadá

El Sistema Nacional de Salud en Canadá considera cinco principios básicos: Cobertura Universal; Servicios Integrales; Acceso Razonable; Vigilancia Itinerante Intra e Interprovincial y Control Estatal de los Seguros Médicos. A este último se agregan que el usuario elige libremente al médico, el sistema es operado descentralizadamente por las 10 provincias y 2 territorios, no hay incentivos para el ejercicio privado, el costo es aceptable a usuarios y al Gobierno.

29.- Pide la OPS a Naciones Latinoamericanas mantenerse alertas ante el virus Ebola. EL Universal, 21 de mayo de 1995, pp. 1 y 3.

El sistema canadiense es peculiar por disponer de igual número de médicos familiares que de especialistas. Los internistas y pediatras así como los demás especialistas son supervisados por el Royal College of Physicians and Surgeon en tanto que los médicos familiares lo están por el College of Family Physicians of Canadá.

Canadá ha desarrollado instancias para la prestación de servicios de salud con vistas a reducir la demanda de internamiento hospitalario sin afectar la calidad de las acciones médicas o paramédicas necesarias. Algunas de las innovaciones son:

Atención Domiciliaria.- Provee servicios a pacientes en recuperación que no necesitan la infraestructura hospitalaria. Las enfermeras visitadoras, la vigilancia de signos vitales, la alimentación y los cuidados de ama de casa se realizan en casas o albergues con igual efectividad y mayor eficiencia. Una innovación es el "Equipo de Respuesta Rápida" que atiende a domicilio las necesidades solubles a ese nivel de los ancianos con la ventaja de conservar la sensación de independencia.

Hospital Extramuros.- Los pacientes en su domicilio reciben los servicios hospitalarios mediante personal necesario con equipo portátil bajo la responsabilidad de un hospital sede. La modalidad la inició la provincia de Nueva Brunswick en 1981, se ha extendido a Quebec y Ontario; se le llama

Hospital en la Casa u **Hospital sin Paredes**: los servicios pueden ser de índole aguda o de rehabilitación a largo plazo.

Clinicas Médico Quirúrgicas.- En las instalaciones híbridas entre el primer nivel y un hospital general se realizan intervenciones de complejidad intermedia como la extracción de cataratas y cirugía de corta estancia.

Hospitales de Día.- La tendencia de trasladar los enfermos mentales de los hospitales o granjas para enfermos con problemas psiquiátricos a sus domicilios sin dejar el manejo con medicamentos psicotrópicos y la asistencia al hospital para terapias grupales o exámenes de gabinete está en boga en Canadá.

La operación requiere de una organización capaz de vigilar permanentemente la evolución clínica, una gran colaboración de la familia y la contribución de empresas para ofrecer empleos acordes a las capacidades de los pacientes en camino de rehabilitación.

Los servicios de salud en Canadá tienen cobertura universal a cargo de los gobiernos de las 10 provincias y de los 2 territorios. El derecho a los servicios tiene vigencia itinerante nacional.

La fuente de financiamiento es mixta en su origen: provincial y federal aunque única en el desembolso de los médicos, hospitales y otras instituciones para el pago de todas las prestaciones otorgadas.

Los servicios son tantos o más que los incluidos por los seguros de enfermedad más costosos, por ejemplo: pruebas diagnósticas, consultas prenatales, atención del parto y puerperio, hospitalización, servicio de quirófano, atención de urgencias, servicios de radioterapia, hemodiálisis, alimentación parenteral, servicios dentales, de fisioterapia, terapia ocupacional, de lenguaje, de audiología, psicoterapia. Se agregan los servicios a domicilio por médicos y enfermeras.

Canadá ha conseguido, simultáneamente, los objetivos anhelados por todos los sistemas de salud, por ejemplo: plena operatividad de la asistencia primaria de salud, protagonismo del médico familiar, portero de la única entrada a los servicios médico asistenciales, satisfacción de la población por la atención prestada, ejercicio de la medicina en base al pago por servicio, financiamiento gubernamental a costo razonable y lo más importante: los indicadores de salud de Canadá se encuentran entre los más adelantados del mundo.

En materia de salud el ahora famoso reporte Lalonde de 1974: "A New Perspective on the Health of Canadians" fue importante para informar al público y orientar la política de salud al señalar que son tan importantes como

los servicios médicos, la herencia, el ambiente y el estilo de vida: la protección ambiental, la regulación sanitaria de alimentos y bebidas, la publicidad de alcohol y tabaco, la promoción del ejercicio y las dietas hipo o normocolesterolémicas se han agregado al énfasis a la medicina preventiva y los exámenes médicos periódicos a una disponibilidad fácil y prácticamente sin limitaciones de asistencia médica.

El financiamiento de un sistema con cobertura universal que ofrece servicios médicos con tecnología de vanguardia proviene de impuestos pagados de la ciudadanía, por los empleadores y una mínima parte por usuarios que pagan la medicina privada.

Fuente: Sistema Canadiense de Salud, 1986.

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO EN SALUD (%)							
GASTOS EN	1960	1970	1975	1980	1985	1990	*
HOSPITALES	37.0	45.0	44.4	40.9	40.2	38.2	
OTRAS INSTITUCIONES	5.7	7.2	9.7	11.8	16.5	10.7	
SERV. MEDICOS	16.6	16.6	15.7	15.2	15.7	15.2	
OTROS SERVICIOS							
PROFESIONALES	7.4	5.8	6.0	7.0	6.8	7.0	
MEDICAMENTOS	12.9	11.2	8.9	8.9	10.5	13.3	
INVERSIONES	9.2	5.8	5.0	5.4	4.6	3.9	
OTROS		10.4	8.4	10.3	10.9	11.8	11.8
GASTO TOTAL							
(MILL. DOLARES CANADIENSES		2,142	6,234	12,287	22,704	40,408	61,753
% DEL PNB	5.5	7.1	7.2	7.4	8.5	9.5	
APORTACION GUBERNAMENTAL	42.7	70.2	76.4	74.7	74.7	72.5	

* los datos correspondientes a 1995, serán publicados por la OMS en 1996.

Durante el lapso 1981-1986, en base a precios reales, el presupuesto de salud creció 221% al tiempo que la esperanza de vida al nacer incrementó sostenidamente un año cada quinquenio, por ejemplo: de 71.35 años en 1961

a 76.40 en 1986, en 1988 las mujeres sobrepasaron los 80 años y los hombres 73. Entre los países de la OCDE en 1990, Canadá fue el país que invirtió más en salud: 1,795 dólares superados sólo por los Estados Unidos con 2,566 dólares por persona.

Algunos de los factores contribuyentes a la racionalidad operativa del sistema son:

- 1.- Fuente única de pago por los servicios, las compañías de seguros privadas no pueden ofrecer las prestaciones del seguro gubernamental provincial.
- 2.- Gastos administrativos razonables, 18 dólares anuales por persona versus 95 dólares en Estados Unidos donde las compañías de seguros gastan 1/3 parte de las primas cobradas en promoción, comisión de los agentes y en ganancias corporativas.
- 3.- Utilización máxima de instalaciones y equipos costosos conducentes a evitar duplicación/subutilización, con regionalización de los servicios de tercer nivel, por ejemplo: cirugía cardiovascular, perinatología, radioterapia, y riesgo obstétrico alto.
- 4.- Enfoque creciente a realizar acciones de promoción, cuidado y protección de la salud con la creación de unidades dirigidas a la promoción y prevención.
- 5.- Desarrollo de informática en todos los niveles, como por ejemplo: base de datos en camas de hospital, manejo de pagos por servicios médicos personales por computación con software, proporcionado por el Gobierno provincial.
- 6.- Subrogación a empresas privadas de los servicios hospitalarios de alimentación, limpieza y lavandería.
- 7.- Evaluación permanente por comisiones provinciales, independientes, plurales con participación de salud, de las instituciones prestadoras de servicios, de organizaciones no gubernamentales y de usuarios.
- 8.- Involucración comunitaria en base a consejos distritales que a corto plazo operan en base a los parámetros fiscales de la provincia sin que controlen el ejercicio del presupuesto.

La satisfacción pública del sistema nacional de salud, es motivo de reconocimiento de los canadienses tanto por las atenciones que ofrece como por la fama internacional conseguida, en especial el interés de los norteamericanos por conocer las razones del éxito operativo.

El sistema canadiense casi ha logrado simultáneamente, la eficiencia macroeconómica, la satisfacción del usuario, la efectividad técnica con resultados envidiables en salud, una productividad más que aceptable, la libertad de elección por los pacientes y la autonomía de los proveedores de servicios con 9-10% del PIB para salud.

La prioridad del sistema canadiense es contener el incremento en los costos de operación resultado de realidades económicas, por ejemplo: limitación de la aportación general a una cantidad fija, en vez del esquema 50/50 inicial, déficit en los presupuestos globales, percepción pública de que el gasto actual para salud es suficiente para sufragar la operación satisfactoria del sistema y las recesiones económicas que afectan los ingresos vía impuestos.

Sistema Nacional de Salud en Chile

Este país se ha caracterizado por satisfacer diferentes niveles de exigencia social, con una reforma constante de sus instituciones. En Chile se han aplicado reformas en los diferentes sectores del desarrollo nacional, entre ellos el de la salud. Ejemplo de ello son la creación del Servicio Nacional de

Salud a inicios del decenio de los cincuenta o las actuales reformas en los servicios.

La actividad económica continúa en expansión ante una política liberal y de apertura de los mercados con el exterior. El crecimiento económico llegó a representar, para 1992, 9.5%, el más alto en América Latina, con su mejor desempeño en los últimos treinta años; se continuó reduciendo la deuda externa, de 18,775 millones de dólares para el mismo año, con una balanza de pagos positiva; el intercambio comercial tendió en estos últimos años al equilibrio, así como las finanzas públicas, y se llegó a una reducción de la inflación en 1993, que fue estimada en 13.0%.⁽³⁰⁾

Situación de Salud

La evolución de los principales indicadores de salud es satisfactoria, tal como se muestra en la gráfica siguiente (31):

NATALIDAD POR 1000 HAB.	22.4%
FECUNDIDAD NIÑOS POR MUJER	2.6%
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	1.56%
DISTRIBUCION DEMOGRAFICA:	
MENORES DE 14 AÑOS	30.6%
15 A 64 AÑOS	63.3%
MAYORES DE 65 AÑOS	6.1%
POBLACION URBANA	85.1%
POBLACION RURAL	14.9%
MORTALIDAD GENERAL POR MIL NV	5.6%
MORTALIDAD INFANTIL POR MIL NV	14.6%
MORTALIDAD MATERNA POR MIL NV	0.35%
MORTALIDAD POR ABORTO POR MIL NV	0.10%
ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO	99.6%
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	72.0 AÑOS
ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS	
HOMBRES	12.5 AÑOS
MUJERES	17.0 AÑOS

Fuente: Embajada de Chile en México, 1994.

30. "La Región, América Latina en Cifras". *Revista América Económica*, No. Esp. Santiago, Chile, 1994, pp- 148 y 149.

31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Las condiciones de Salud en las Américas", 1994. Chile. Santiago de Chile: OPS, 1993, p 25.

La mortalidad general ha descendido de 6.6. a 5.6 por mil habitantes. entre los años de 1980 y 1991, fenómeno que tiene una repercusión positiva en todos los grupos etéreos, más manifiesta para las mujeres y el grupo de edad de los cero a los cinco años, especialmente en la mortalidad infantil, la que se registró en 14.6 por mil nacidos vivos para el año de 1992.

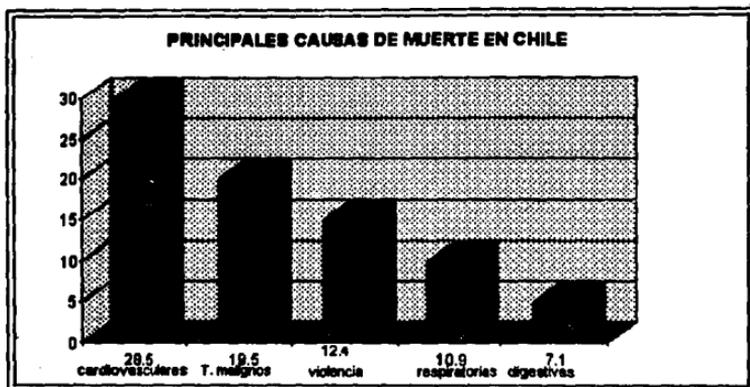
El grupo de cero a cinco años redujo su participación en la mortalidad general en esos años, de 12.7% de las defunciones en 1980 a 7.4% para 1990.

Lo anterior ha dado como consecuencia un aumento de la esperanza de vida, que para el mismo año 1992 se situó en 68.5 años para los hombres y 75.6 para las mujeres, siendo para ambos sexos de 72 años.

En cuanto a las principales causas de mortalidad, en 1991 las enfermedades del aparato circulatorio encabezan la lista, seguida de los tumores malignos, los traumatismos, accidentes y violencias, y las enfermedades de origen respiratorio y digestivo (Gráfica 1). (32)

De abril de 1991, en que se notificó el primer caso de cólera en el país, al mismo mes de 1993 se registraron 138 casos teniendo las medidas instrumentadas para su control amplia repercusión en otras enfermedades entéricas, que disminuyeron su incidencia más de un 50%.

(Gráfica 1)



Sistema de Salud

Desde la primera mitad del siglo, los servicios de salud se encontraban bajo la tutela de varias instituciones públicas y privadas, aunque se pueden encontrar fuertes hitos histórico-institucionales, que dan origen al actual Sistema Nacional de Servicios de Salud:

- La creación en 1924, del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo;

- La creación del Colegio Médico, en 1948, con gran influencia en la formulación de las políticas de salud;

- La sanción, en 1952, de la ley que establece el seguro obligatorio contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte;

- La creación, como consecuencia, del Servicio Nacional de Salud, que unificó la prestación de los servicios; y,

- Las reformas del gobierno militar en los ochenta, como parte del proyecto liberal, con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en 1980, su subsecuente descentralización al municipio entre 1981 y 1987 y, la formalización de la inclusión del sector privado provisional.

Ante este panorama, el Gobierno civil propuso desde sus inicios, además de mantener y ampliar el crecimiento de la economía nacional, prestar una justa atención a los sectores sociales evidentemente desprotegidos" (33). Se analizó cuidadosamente la situación del sector a fin de facilitar el acceso a toda la población, corregir insuficiencias de infraestructura, mejorar la calidad del medio ambiente e incrementar la equidad, la eficiencia social y la eficacia.

Actualmente, se tiene como marco la Constitución Política de 1980, que da origen al SNSS, la cual define que: "La salud es un derecho básico de las personas, y es deber del Estado garantizar a todos los que habitan en Chile el derecho a la protección de la salud y a vivir en un medio ambiente libre de contaminación". Y especifica, además, que cada persona "tendrá el derecho de elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La política sectorial de salud promueve la aplicación de un sistema mixto de atención que asegure el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Organización

La prestación de los servicios de salud en Chile se otorga con el concurso de los Subsectores Público y Privado. El Ministerio de Salud es la

33.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Informe Anual del Director, 1981. Washington, D.C. E.U.A. 1982 Documento Oficial No. 246.

entidad rectora.

Estos Subsectores se estructuran de la siguiente manera: el Subsector Público está compuesto por todos los organismos del SNSS: el Ministerio de Salud, con 13 regiones; 27 servicios de salud funcionalmente descentralizados, distribuidos en el territorio nacional; el Fondo Nacional de Salud (FONASA); el Instituto de Salud Pública; la Central de Abastecimientos, y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estos últimos cuatro con un carácter descentralizado". (34)

Son susceptibles de incorporación las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal. En 1990 se creó el Consejo Consultivo Nacional de Salud.

Las Secretarías Regionales Ministeriales, creadas en la década de los ochenta, tienen entre funciones: coordinar los servicios regionales de salud, públicos y privados, y asesorar en salud al intendente de la región.

El FONASA es la institución responsable del financiamiento nacional en salud. Tiene como principales funciones: la recaudación, administración, distribución de fondos e inversión de capital para el sector. Cuenta para su adecuado funcionamiento con 13 agencias regionales desconcentradas, facilitando el manejo de la modalidad de libre elección.

34.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las Condiciones de Salud en las Américas, 1994, Santiago de Chile, Chile: OPS, 1993. Documento mimeografiado, p. 25.

El Instituto Nacional de Salud Pública hace las veces de laboratorio nacional de referencia en las siguientes áreas: microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional. La Central de Abastecimiento se responsabiliza de la adquisición y distribución de medicamentos e insumos para el sistema.

Las ISAPRES fueron creadas en 1981 como un mecanismo de financiamiento de la atención privada, al integrar 34 instituciones con fines de lucro y sin ellos. Posteriormente, se establece la superintendencia con objeto de administrar y regular ese sector provisional.

En las Instituciones sin fines de lucro se pueden agrupar la Cruz Roja y otras de beneficencia, tales como: Coanil, Cáritas, iglesias de distintos credos y otros organismos no gubernamentales, los que prioritariamente ofrecen atención ambulatoria.

Red de Servicios

Actualmente en Chile hay diversas iniciativas de ley del Ministerio para el mejor cumplimiento de sus funciones, entre las cuales vale la pena mencionar: la Ley de las ISAPRES; el Reglamento de los Servicios de Salud y el Reglamento de Productos Farmacéuticos.

Recursos Humanos

El Ministerio de Salud está impulsando las siguientes iniciativas de ley de Concursos de Profesionales Médicos y Otros, y el Estatuto de Personal de la Atención Municipalizada.

De acuerdo con las cifras del Colegio Médico para 1991, existían en Chile 11 médicos para cada 10,000 habitantes, de los que se calcula que sólo 8.7 por 10,000 ejercen su profesión, 82% en las instituciones y el resto particularmente (62% en el SNSS).

Financiamiento

Las fuentes de financiamiento son variadas, prevaleciendo prioritariamente las de origen fiscal, provenientes del presupuesto nacional y las asignaciones de las municipalidades, debiendo considerarse las aportaciones de instituciones del Estado dentro de su presupuesto para actividades de salud.

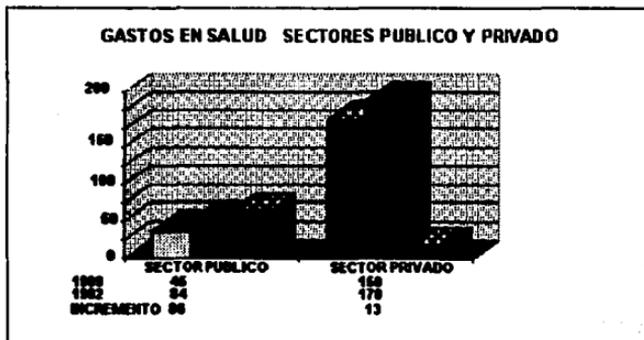
Una fuente importante de recursos financieros es la cotización obligatoria del 7% de su ingreso que hace el trabajador, activo o pensionado, siendo optativa su canalización a las ISAPRES o al FONASA, el que adicionalmente puede hacer un aporte adicional para la obtención de un mejor plan de salud.

Se puede incluir también el pago directo por prestaciones y el co-pago de bienes y servicios por medio de aranceles fijados con las ISAPRES o el FONASA.

El gasto público en salud como porcentaje del PIB observa una tendencia descendente de 1980 a 1990, 2.6% a 2.3%, respectivamente y para 1992, logró superar la participación referida al primer año, con 2.7%.

La evolución del gasto público en el sector y su per capita también acompañaron la crisis. Así tendieron a disminuir o a mantenerse estacionarios, hasta que registran incremento en 1988, estabilizándose hasta 1990 e incrementándose de manera ostensible a partir de 1991. El incremento observado de 1989 a 1992 fue mayor para el Sector Público que para el Privado (Gráfica 2).

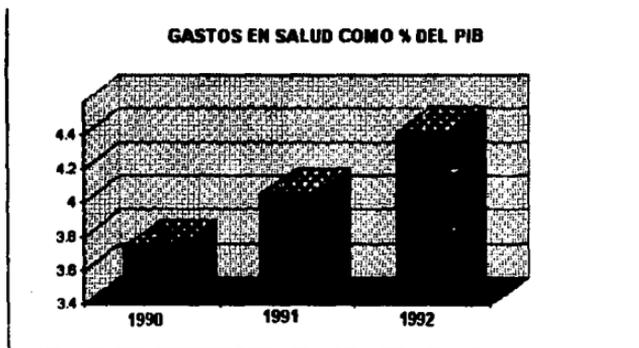
Gráfica 2



Aunque la participación del gasto público en la materia ha sido permanente en los noventa, éste nunca ha llegado a alcanzar los incrementos obtenidos por el producto, que han superado como una constante el 5% (Gráfica 3).

El sistema de salud vigente en Chile tiene sus bases en un desarrollo histórico propio, donde el incremento de la oferta de servicios privados, en un esquema mixto, es incentivado y regulado por el Estado.

Gráfica 3



El Gobierno ha encontrado que el tema de la salud es el segundo en el interés público. Asimismo, ha identificado que hay un problema de insatisfacción en el usuario, a pesar de los importantes logros en los indicadores y el éxito alcanzado en el fomento y protección de la salud.

Sistema Nacional de Salud de México

Como se señaló en el Capítulo anterior, los Servicios de Salud en México son muy antiguos. Sin embargo, su integración en un sistema nacional es un proceso no terminado que se inició en las últimas décadas y que prosigue su curso a través de la Ley General de Salud y que se ve en la práctica mediante el Sistema Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



FUENTE: Programa Nacional de Salud. Secretaría de Salud. 1990-1994.

Es necesario destacar que el derecho constitucional a la protección de la salud dista mucho de ser una realidad para un buen número de mexicanos. Además, son marcadas las desigualdades en las condiciones de salud y de

vida a lo largo del territorio nacional, además de que también varía según el nivel de ingresos de la gente.

El sistema de salud enfrenta actualmente siete obstáculos principales para su buen desempeño, que sintetizan los problemas básicos de la salud en el país, como son: inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación e inseguridad.

Por lo tanto, la necesidad de realizar reformas al sistema de salud en México es más que evidente y no sólo por cuestión ética o por concretar un derecho social, sino también porque la salud es un componente fundamental del bienestar y el desarrollo, base de la competitividad, cada vez más vinculada a las actividades económicas.

La atención a la salud se imparte a través de una serie de instituciones tanto públicas como privadas, tales como el Seguro Social que se promulga en 1943, y da cobertura a 37 millones de mexicanos, su infraestructura es superior a 1,700 unidades médicas, cubre a más de 1 millón 430 mil pensionados mensualmente; en sus instalaciones médicas nace uno de cada tres mexicanos y sus guarderías reciben a cerca de 60 mil niños. Su ingreso rebasa los 46 mil millones de nuevos pesos, presupuesto aún bajo en comparación a los destinados en Canadá y Chile.

No obstante lo anterior, el IMSS enfrenta problemas derivados de tres fenómenos: los cambios demográficos registrados en la pirámide poblacional; los cambios epidemiológicos registrados en los últimos años y por último, el hecho de que la industria se enfrenta a condiciones inéditas de competitividad. La combinación incide directamente sobre la demanda de los servicios y afecta de manera decisiva las finanzas del Instituto.

El alto índice demográfico es resultado de una mayor esperanza de vida, de una menor tasa de natalidad y de un aumento en la edad promedio de la población, reflejándose en el hecho de que la población está creciendo más rápidamente en los grupos avanzados de edad que entre los jóvenes. Lo que significa que la población mayor de 65 años, donde están los pensionados, crece y continuará creciendo más rápidamente que la población ocupada.

La mayor esperanza de vida de la población que alcanza los 65 años ha tenido un incremento considerable de la tasa anual de crecimiento de los pensionados (6.4% en 1994 y 7.5% en 1995).

En cuanto a la transición epidemiológica, su resultado es que el perfil de enfermedades se ha vuelto más complejo. Por un lado, aumentan las enfermedades no transmisibles cuya prevención y tratamiento requieren más recursos, pero a pesar de su descenso las enfermedades transmisibles siguen teniendo un peso considerable al estar más asociadas a la pobreza y a los problemas de nutrición y reproducción.

La relación entre la transición demográfica y epidemiológica, genera fuertes presiones y sobre todo, apunta a mayores retos en el futuro como lo es el seguir creciendo para continuar cubriendo a una mayor proporción de la población.

Actualmente, las instituciones de salud atraviesan por una crisis financiera debido al aspecto poblacional, el envejecimiento poblacional; el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y el entorno de la economía abierta que impide incrementar las cuotas de seguro social por la pérdida de competitividad que implicaría. Cabe destacar que las contribuciones son tripartitas, como ya se señaló anteriormente, a través de los trabajadores, los patrones y el Gobierno.

Asimismo, existen deficiencias y desequilibrios en la distribución geográfica institucional de los recursos financieros, humanos, materiales, además de la falta de medicamentos, insuficiencia, deterioro de equipo e infraestructura, etc., que marcan atrasos en zonas indígenas rurales y en la población marginada de las ciudades.

De lo anterior, se puede señalar que Canadá posee el sistema de salud más equitativo de los 3 países mencionados, dado que cuenta con un seguro de cobertura universal por parte del sector público con recursos provenientes del presupuesto federal. En ese país, los servicios de salud son considerados como un derecho ciudadano, por lo que el sector privado tiene plena

participación. En comparación con nuestro país, la disparidad entre los sistemas de salud es muy pronunciada, ya que se cuenta con un sistema de salud compuesto por tres grupos y que anteriormente se citaron: instituciones con servicios de salud a toda la población, la de seguridad social y la de servicios médicos privados, además de que la proporción de la atención a los servicios de salud y hospitalización a la población en general, es considerada de acuerdo a la posición social, niveles de ingreso, situación laboral o la edad, lo que en Canadá no sucede.

Los recursos en Canadá surgen del Gobierno Federal y de los Gobiernos provinciales, teniendo su origen en los ingresos fiscales y los mecanismos instrumentados para su captación, en Chile y México, la inversión es pública y predominantemente centralizada. Los recursos públicos se originan con cargo al presupuesto para la población abierta (unipartita), cuotas combinadas con los trabajadores al servicio del estado (bipartita) y contribuciones en los seguros de vejez, enfermedades y maternidad de los trabajadores (tripartita).

Lo que si se puede afirmar, es que tanto en Canadá, como en Chile y México, la salud, al igual que la educación, son pieza básica en los sistemas de bienestar social y se considera la piedra angular para que la población en general pueda acceder a mejores niveles de vida⁽³⁵⁾. Además, cuentan con un gran avance en la cobertura de sus servicios, sin embargo, un cuarto reto en el

corto y mediano plazo es elevar la calidad de estos servicios y hacerlos más eficientes sin descuidar la cobertura de los mismos.

Un punto adicional, es que México hasta la fecha, no cumple con las decisiones aprobadas en el seno de la OMS de destinar presupuestos al sistema de salud de conformidad a lo establecido en las recomendaciones hechas a nivel internacional. Por su parte, Canadá cuestiona la posibilidad de reducir el presupuesto destinado a este rubro con objeto de llegar a un nivel más cercano al de Europa, en donde se invirtieron en 1993, cerca de 51,000 millones de dólares y los costos se han incrementado en más del 10% del PIB en comparación con el 8.7% del PIB de hace una década, estimándolo reducir a menos del 9% del PIB para estar al nivel europeo que se encuentra entre el 8% y 9% del PIB, además de que dejarán que las provincias decidan cuanto gastar en salud de una partida de fondos que les proporciona el Gobierno para programas sociales". (36)

A pesar de calificarse de excelente, "el servicio público de salud es de un costo elevado al destinarse el 10% del Producto Interno Bruto (PIB), frente al 8.7% de hace una década". (37)

En México, la situación de la medicina social se agrava. Los seguros obligatorios están basados en cuotas obrero - patronales (IMSS) o de

36.- El bienestar social. Fernando Hernández Puente y Manases Hernández Barrón. Noviembre de 1994, Revista Tiempo, pp. 50 y 51 No. 2056.

37.- Salud: ¿Atención pública o privada? EL UNIVERSAL, 30 abril 95, pp. 1 y 5.

empleados y Gobierno (ISSSTE). Con la desocupación disminuyen los ingresos pero no se reducen en la misma medida los servicios requeridos.

Muchos derechohabientes que recurrían a médicos particulares, ante la carestía de la vida, se ven obligados a acudir a la medicina pública. El costo de aparatos importados (por ejemplo la radiografía) y otros productos necesarios para una atención eficaz sube con la devaluación de la moneda nacional.

El Gobierno se encuentra con la exigencia de disminuir los impuestos que cobran y en lugar de aumentar su apoyo a la medicina social, más bien tratan de reducirlo.

En México el sistema de salud es dual y discriminatorio, donde los dos sistemas de salud son desiguales: uno para las personas de muchos recursos económicos, en un sistema privado y otro para las personas de escasos recursos económicos, a través de un sistema público de menor calidad, del subsector de la seguridad social, ya que por mandato de la constitución y de la ley deben garantizar los servicios establecidos en un mismo plan obligatorio de salud. La Declaración Universal de los Derechos Humanos incluye la seguridad social como uno de ellos, el cual debe desarrollarse de manera integral con un componente de salud de amplia protección: protección y prevención de la enfermedad.

Esta condición es discriminatoria porque los servicios médicos recibidos deben estar relacionados a la condición de salud y no a la condición económica de las personas y el público, dirigidos a atender los grupos sociales más débiles con criterios de calidad más que de garantía de un derecho humano y además, con frecuentes problemas de financiamiento.

5.3 PARTICIPACION DE MEXICO EN LOS TRABAJOS RELATIVOS A LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000.

El análisis del presente estudio se enfocará a la revisión de los debates que se han presentado en torno al tema: Meta de Salud para Todos en el Año 2000, tanto en el plano mundial como en el regional.

Como se mencionó en la primera parte de esta investigación, el Consejo Ejecutivo de la OMS está formado por 32 personas designadas por igual número de Estados. Aunque la participación de los miembros de dicho órgano es a título personal, el tratamiento de los temas está orientado de acuerdo con los diversos intereses de los países que los designan.

Por lo tanto, el Consejo Ejecutivo es el órgano asesor y ejecutor de las decisiones y de la política de la Asamblea Mundial de la Salud. Los debates del Consejo, constituyen una importante fuente de información.

De esta forma, en el período de 1978 a 1981 el Doctor Ramón Alvarez Gutiérrez fue designado por el Gobierno de México para ocupar uno de los

puestos en el Consejo Ejecutivo de la OMS. A su vez, es nombrado miembro del Comité de Programas del Propio Consejo, que como su nombre lo indica se encarga de estudiar las propuestas relativas a la política y programas de la Organización, por lo que la estrategia se inscribió dentro de su campo de trabajo.

En dicho trienio, se formularon estrategias con el fin de alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000 y el Examen de la Estrategia Mundial. De la revisión de las Actas correspondientes (36), se comprobó que no existe registrado pronunciamiento alguno del Representante de México, únicamente emitió su voto a favor de los documentos y proyectos de resolución respectivos, en contraste con las impugnaciones y aportaciones o simples comentarios hechos por los representantes de Estados Unidos, Francia, la ex Unión Soviética y Cuba.

Posteriormente, durante el período correspondiente a 1986-1988 (36) se aprueban, sin debate, el informe presentado sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia, así como el método de presentación de dichos informes elaborados por el Director General.

36. Informe que presenta la C. Ofelia Reyes Betanc, sobre la 63a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza del 10 al 20 de enero de 1977. México, Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1979, p. 20

Actas Resumidas Provisionales de la 65a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebrada en Ginebra, Suiza del 15 al 26 de enero de 1967. Docs. EB65/SR/5, 6 Y 23. Ginebra, Suiza. OMS. 1960.

*Actas Resumidas de la 67a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra, Suiza. 14-30 de enero de 1967. Doc. EB67/1981/REC/2. Ginebra, Suiza. OMS. 1967. pp. 234-277.

36. Actas Resumidas Provisionales de la 70a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebrada en Ginebra, Suiza del 12 al 24 de enero de 1967. Docs. EB70/SR/1 y 17. Ginebra, Suiza. OMS. p. 125.

Actas Resumidas Provisionales de la 81a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebrada en Ginebra, Suiza del 11 al 20 de enero de 1966. Doc. EB81/SR/1. Ginebra, Suiza. OMS. 1966. p. 120.

Los debates que sobre este tema tuvieron lugar en la Asamblea Mundial de la Salud, demuestran de cierta manera la participación de nuestro país durante todo el proceso. Para tal efecto, se examinaron las Actas Resumidas o bien las Actas Taquigráficas e Informes correspondientes de 1977, año en el que es aprobada por consenso la Resolución WHA30.43, la cual resuelve que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización será alcanzar la "Salud para Todos en el Año 2000".

Es preciso destacar que todas las resoluciones relativas a la meta contaron con el total apoyo de México, algunas incluso con su patrocinio, en este caso se encuentran las resoluciones WHA32.30 de 1979, WHA33.24 de 1980 y WHA34.37 de 1981, tituladas "Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000", "Salud y el Nuevo Orden Económico Internacional" y "Recursos para Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000", respectivamente.

No obstante lo anterior, podemos afirmar que la participación mexicana durante el proceso de gestión de la estrategia fue sumamente reducida, dado que en los 18 años en los que se abordó el asunto en sus diferentes fases, sólo en tres de ellas intervino.

Por ejemplo, en 1981 se pronuncia a favor del documento que contiene la estrategia" (40). Posteriormente, en 1984 comunica algunos de los datos más

40.- Actas Resumidas de las Comisiones de la 34a. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 4-22 de mayo de 1981. Doc. WHA34/1981/REC/3, Ginebra, OMS, 1981. pp. 439 y 440.

recientes sobre las medidas adoptadas por el país para aplicar la estrategia. que básicamente se convierte en un simple reporte de los avances logrados en la situación sanitaria de los mexicanos, al igual que en los servicios de la salud y en la exposición de los propósitos de la administración respecto a la autosuficiencia en la producción de insumos para la salud (41).

Finalmente, en 1986 nuestro país expresa su acuerdo con el contenido del informe sobre la evaluación de la estrategia, reconociendo que las limitaciones económicas que afectan al sector salud no implican el fracaso de los objetivos de la OMS, poniendo como prueba de ello la reconstrucción del sector salud de la Ciudad de México y la continuación de programas como el de la lucha contra las enfermedades diarreicas y la lucha antipalúdica a un ritmo casi igual al previsto, pese a las limitaciones económicas del país". (42)

Otra de las fuentes de las que podemos inferir el grado de interés y aportación de nuestro país al proyecto que nos ocupa son los discursos pronunciados por los Jefes de Delegación en las sesiones plenarias de las Asambleas. Generalmente, dichos discursos se caracterizan por ser informes sobre la situación sanitaria de cada país. Sin embargo, son objeto de especial atención aquellos que señalan la similitudes que existen entre los objetivos y políticas contempladas en la estrategia mundial y las políticas generales de salud del Gobierno de México.

41.- Actas Resumidas de las Comisiones de la 37a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 7-17 de mayo de 1984. Doc. WHA37/1984/REC/3, Ginebra, OMS, 1984, pp. 54 y 55.

42.- Actas Resumidas de las Comisiones de la 38a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 5-16 de mayo de 1986. Doc. WHA38/1986/REC/3, Ginebra, OMS, 1986, pp. 17 y 18.

Como muestra de ello, están las declaraciones de los Jefes de las Delegaciones mexicanas que asistieron a la 31a. y 35a. Asamblea Mundial de la Salud, realizadas en 1978 y 1982, respectivamente, y cuyo contenido se cita a continuación:

"...es evidente que ha habido una modificación sustancial, radical y positiva en la manera de abordar los problemas de salud pública, así como en los programas de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, destaca el punto relativo a extender la cobertura de los servicios de salud para toda la población del mundo, punto que coincide con la primera de las políticas generales de salud del Gobierno de México, que en este sentido, pretende llevar los servicios de atención de la salud a los mexicanos que actualmente no disfrutaban de ella"(43).

"...Como Representante de México me resulta particularmente grato constatar una vez más las profundas coincidencias que existen entre la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, adoptada por la OMS, y las políticas, los principios y las directrices que, en mi patria, dirigen los esfuerzos que realizamos en esta área" (44).

Como se podrá observar más adelante, México presentó un documento que sirvió de apoyo para la preparación de las estrategias de la Región de las

43.- Palabras pronunciadas por el C. Dr. Mario Ceballos López Negrete, Secretario de Salud y Asistencia del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, en ocasión de la Trigesima Quinta Asamblea Mundial de la Salud, Palacio de las Naciones, Ginebra, Suiza, Mayo de 1982. Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1982. p. 2

44.- Actas Teclucionificadas de las sesiones plenarios. Informes de las Comisiones de la 35a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 2-18 de mayo de 1983, Doc. WHA36(1983)REC/3, Ginebra, Suiza, OMS, 1983, p. 29.

Américas, que a su vez son la base de la estrategia mundial, por lo que deducimos que no existió un seguimiento que coordinara adecuadamente la posición de nuestro país ante la meta, tanto a nivel regional como mundial, y que permitiera contar con una visión global de la forma en que se estaba desarrollando el proyecto. Lo anterior, demuestra claramente la falta de responsabilidad y compromiso de parte del Gobierno de México en la consecución de los trabajos correspondientes.

En 1983, el primer discurso del Doctor Guillermo Soberón Acevedo constituye una exposición mucho más completa de la problemática mexicana de la salud y los servicios de atención a ésta, no sólo se hace alusión de los logros alcanzados, sino que se mencionan las fallas existentes. Igualmente se plantea la nueva política nacional en la materia, se describe brevemente la forma y los mecanismos de que se ha valido para la estructuración de un Sistema Nacional de Salud, los objetivos del mismo y sus estrategias fundamentales. De esta manera, México se unió a la cruzada que emprendieron los países para la protección de la salud de todas sus poblaciones en un plazo ya perentorio" (45).

En 1984, el Doctor Soberón en su discurso como Presidente de la 37a. Asamblea Mundial de la Salud, resalta la importancia de los trabajos realizados hasta ese momento encaminados a alcanzar la meta propuesta, destacando a su parecer, tres aspectos fundamentales "...de una parte

45 - Actas Teóricas de las Sesiones Plenarias. Informes de las Comisiones de la 37a. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 7-17 de mayo de 1984. Doc. WHA37/1984/REC/2. Ginebra, Suiza, OMS, 1984, p. 13.

agudizar la responsabilidad de los trabajadores de la salud para hacer que se compagine a la mayor eficiencia posible, mediante su adiestramiento adecuado y su labor entusiasta y tesonera; incitar la participación de la sociedad entera, y propugnar porque la voluntad política de los gobiernos se traduzca en una firme determinación para proporcionar los recursos financieros que se requieren" (46).

Asimismo, en dicho discurso señala su convicción de que las Universidades pueden coadyuvar de manera importante al logro de la meta y por consiguiente a la aplicación de la estrategia, formando recursos humanos, realizando investigación científica y tecnológica y extendiendo a la sociedad los beneficios del trabajo universitario.

También en sesión plenaria es presentada la intervención titulada "Avances en el Desarrollo de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000", en la que se ofrece una explicación de las estrategias tendientes a consolidar el Sistema Nacional de Salud. Se habla de las modificaciones legislativas de las actividades encaminadas a la autosuficiencia en la producción de los insumos para la salud como los medicamentos, entre otros temas (47).

46.- *Ibidem.* p. 15

47.- *Ibidem.* p. 18.

En 1987 y 1988, la Delegación de México informa al igual que en años anteriores de la situación sanitaria en el país y de los progresos obtenidos en la conformación del Sistema Nacional de Salud.

De esta forma, podemos decir que los primeros seis años del proyecto son fundamentales, toda vez que en ese tiempo se formulan y establecen las principales directrices de una empresa que engloba las actividades de toda una Organización, además de dar las pautas de acción para los próximos 20 años en materia de política de salud. Si bien es cierto que México está presente en importantes órganos de decisión, no existe ninguna intervención que permita observar la presencia de un análisis exhaustivo de alguno de los documentos emanados del proyecto en cuestión.

Existe un apoyo constante durante todo el proceso que puede calificarse de inercial, en virtud de que no hay una actitud propositiva que plantee nuevas ideas en la conformación de la estrategia, cambios en la orientación de la misma, de ser necesarias, o bien alternativas a los obstáculos con los que se enfrentó durante dichos años.

De 1984 a 1988 es mayor el compromiso que asume nuestro país en cuanto a la aplicación de la estrategia e incluso tenemos conocimiento de diferentes intervenciones en discusiones colaterales al tema como lo es el fortalecimiento de los ministerios de salud y la función de las Universidades en la estrategia, entre otros. No obstante, los pronunciamientos tendientes a un

enriquecimiento de la misma siguen siendo casi nulos dentro de los debates de las Comisiones de la Asamblea. En este contexto, podemos afirmar que no fueron aprovechadas plenamente las grandes oportunidades que en este lapso de tiempo tuvo México al ocupar la Presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud, además de ser miembro del Consejo Ejecutivo

Posiblemente la situación previamente descrita se deba a que las autoridades nacionales de salud, insertas en una gran tarea de reestructuración, de ordenamiento y conformación de un sector salud y de un sistema nacional de salud, en un marco de crecientes problemas de índole económica, política y administrativa, orientaron sus mayores esfuerzos al ámbito interno y en contrapartida, no otorgaron la suficiente consideración a los trabajos internacionales del momento, salvo para su aplicación a nivel nacional.

Dicho descuido no sólo es responsabilidad de las autoridades de salud, sino que también recae en aquellas encargadas de la política internacional de nuestro país. Es decir, en la Secretaría de Relaciones Exteriores, que en su oportunidad debió destacar a la atención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia la importancia de aprovechar al máximo los altos cargos de elección y de ser parte activa en los trabajos de un proyecto que trasciende del nivel técnico a los niveles sociales, económicos y políticos, y de cuyo empeño depende la factibilidad del proyecto en sí, además de la confiabilidad de que ha gozado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De 1989 a 1994, debido a las acciones tomadas por el Gobierno, México es reconocido al tratar de dar cumplimiento a la Estrategia de Salud para Todos que es el marco normativo para la acción sanitaria mundial al combatir la poliomielitis, la tuberculosis, la malaria y el dengue.

Asimismo, se ha venido beneficiando de los programas auspiciados por la OMS tales como el Programa de las Infecciones Respiratorias Agudas, el Programa contra la Tuberculosis, el Programa contra la Poliomielitis, del cual al erradicar dicha enfermedad se hizo merecedor del Premio Alleyne (7 de abril de 1995), Erradicación de la Lepra para el Año 2000, vacunación infantil, revisión y difusión de los principios rectores sobre el transplante de órganos humanos, erradicación de la Dracunculosis en la década de los 90's y particularmente del Programa que establece la Estrategia Mundial de Prevención y Lucha contra el SIDA.

Asimismo, basado en los principios rectores de política exterior, ha defendido en el marco de los trabajos de la OMS, las aplicaciones de ciertos artículos como el 7 referente a la suspensión del derecho de voto de los países con adeudo equivalente a 2 años en sus contribuciones. Las razones son los problemas económicos derivados de la deuda externa y el servicio de ésta, la caída de los precios de las exportaciones y las barreras arancelarias y no arancelarias así como la pobreza. Ya que los países con atrasos en sus contribuciones son países en desarrollo. Asimismo, apoya la continuación de los planes de acción y la vigilancia de los mismos, resultado de la Cumbre

Mundial en Favor de la Infancia (septiembre 30, 1990), se ha manifestado a favor de otorgar asistencia sanitaria a los refugiados y a las personas desplazadas en zonas de conflicto y mantiene su posición condenatoria en contra del Apartheid.

La crisis económica que sufre México ha hecho que se aplique una política de austeridad en relación con los Organismos Internacionales y en particular con la OMS, a pesar de que se reconoce que es necesario incrementar las cuotas para cumplir con los Programas y Planes de Acción establecidos.

En torno al Cólera, a este rubro se le han destinado demasiados recursos para lograr el control y la prevención de la enfermedad, aún se investiga sobre una posible vacuna y se realizan programas de información para la población, saneamiento y dotación de agua potable en zonas marginadas, a fin de evitar su expansión a nivel mundial. Sin embargo, a nivel nacional la situación es crítica al surgir nuevamente brotes de cólera debido a las altas temperaturas, la escasez de agua potable, la falta de medidas higiénicas, etc.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A través de la historia, la salud ha sido entendida de diferentes formas, sufriendo modificaciones que de alguna manera han aportado elementos indispensables para llegar a concebirla como un proceso en constante movimiento, cuya orientación está determinada por elementos de carácter individual y colectivo, biológicos, ambientales, sociales, políticos y económicos, pertenecientes a un momento y un lugar específico.

El estudio de la salud, requiere necesariamente la intervención de diferentes disciplinas y áreas del conocimiento humano, tanto técnicas como sociales. En este sentido, la salud no sólo es un fin en sí mismo, como derecho humano fundamental, sino que también es un medio para alcanzar niveles más altos de desarrollo social y económico, pues éste se logrará si su principal fuerza motriz, es decir, el hombre cuenta con mejores grados de salud, resultantes, a su vez, de los beneficios de un crecimiento económico, una distribución equitativa de la riqueza y de una adecuada política sanitaria.

El modelo de atención a la salud desarrollado en los países industrializados y transmitido a los subdesarrollados, ha traído graves dificultades para los segundos, debido a que no responde a la problemática sanitaria de sus poblaciones, y tampoco éstas cuentan con los recursos

económicos suficientes para poder acceder a un servicio que implica altos costos. Por lo tanto, existe una gran deficiencia en el sector salud de esos países, dado que no cuentan con tecnología sofisticada independiente y carecen de recursos humanos, materiales y financieros.

El examen de la situación sanitaria mundial denota el estado adverso de la salud de los países subdesarrollados, el cual se manifiesta en altas tasas de crecimiento poblacional, una urbanización en constante aumento, gran déficit en el abastecimiento de agua potable y de instalaciones de saneamiento adecuadas, altas tasas de mortalidad infantil y materna, el padecimiento de gran número de enfermedades infecciosas o parasitarias y de muertes por enfermedades diarreicas, la desnutrición, la carencia de servicios de inmunización a gran parte de los niños, y la falta de acceso a los medicamentos esenciales de una proporción importante de la población mundial, entre otros.

A dichos padecimientos, se agregan el incremento de enfermedades asociadas al desarrollo de un país tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, traumatismos y problemas relacionados con el alcohol, la droga y el tabaquismo.

No obstante lo anterior, se han presentado avances en varios de los indicadores de salud de la población de los países en desarrollo. Esta mejora es muy relativa en comparación con los grados de salud de la población perteneciente al mundo industrializado. Aún existe una gran

brecha que en muchos casos se ha profundizado como producto de la crisis económica que se ha registrado durante la última década. Esta crisis ha tenido efectos particularmente desastrosos para los países del sur, principalmente de África y de América Latina, que se han comprobado mediante los aumentos en las tasas de mortalidad infantil, las drásticas reducciones presupuestales en salud, así como en otros rubros de índole social, la escasez de material y equipo médico, la desnutrición y el aumento de la pobreza absoluta, que son parte de los elementos representativos de un estancamiento e incluso de un retroceso en las condiciones de salud y de desarrollo social de los países subdesarrollados.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con amplia representatividad de los intereses de la comunidad internacional, ha ejercido un papel preponderante en las actividades encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población mundial y en especial la de los países pobres.

La OMS ha desplegado innumerables esfuerzos por enfrentar de diversas formas las enfermedades padecidas por la humanidad durante las últimas cuatro décadas, a través de un intenso trabajo realizado fundamentalmente en los países subdesarrollados. Con el objeto de contrarrestar esta situación adversa, la OMS formuló el proyecto "Meta de Salud para Todos en el Año 2000", cuya característica principal es que se establece una visión global e histórica de la problemática mundial de la salud, a partir de la cual se definen las posibles soluciones mediante la

aplicación de programas a nivel nacional, regional e internacional. De esta manera, la OMS se coloca a la vanguardia de los cambios en las concepciones de la salud y por ende, de la forma en que debe de ser atendida.

Es importante destacar que este proyecto surge en un momento en el que las relaciones internacionales sufren diversas modificaciones. En los años previos a 1977, hay una serie de movimientos auspiciados por los países que se denominaron del Tercer Mundo, que cuestionan los elementos estructurales de las relaciones económicas y políticas internacionales que favorecen a un pequeño grupo de países en detrimento de una mayoría. Asimismo, se repudia la carrera armamentista y el equilibrio del terror y se reclama la continuidad de la distensión Este-Oeste, con objeto de liberar los cuantiosos recursos asignados a fines militares para la promoción del desarrollo internacional.

En ese sentido, se exige redefinir el contenido del concepto de desarrollo y su dinámica, entrelazando los aspectos económicos, sociales, políticos, nacionales e internacionales. Estas y otras reivindicaciones son contempladas en el planteamiento de un Nuevo Orden Económico Internacional, que sirve de base para la realización de debates constructivos entre los países del Norte y el Sur en áreas como la alimentación, asentamientos humanos, cooperación técnica y salud entre otros.

De esta forma, se puede afirmar que el proyecto "Meta de Salud para Todos en el Año 2000" es una respuesta a dicho movimiento y un reflejo de las exigencias de una mayoría de países en lo referente a la salud.

La Meta en cuestión se propone alcanzar en el año 2000 el grado más alto posible de salud para todos los pueblos, esto es que todos los habitantes de todos los países gocen, por lo menos, de un grado de salud que les permita trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en la que viven.

Partiendo de esta definición y del conocimiento de la situación sanitaria actual, así como de las tendencias que se han presentado en los últimos cinco años, podemos afirmar que tal objetivo es poco factible, entendido en su justa dimensión.

En virtud de las enormes diferencias e incluso retrocesos en los niveles de salud de los distintos países del orbe, resulta imposible que en cinco años más se logren los avances necesarios para cumplir con la Meta. Sin embargo, no por ello debemos descalificar todo lo que ésta ha representado y los beneficios prácticos que ha traído, a través de lo que es posible calificar de idealismo social, pero siempre sustentado en una constante actividad apegada a un realismo técnico, que ha conducido desde tiempo atrás en no pocos casos, a solucionar o bien reducir graves problemas sanitarios.

El desarrollo del proyecto, evidenció que en materia de salud ningún país es autosuficiente. Existe tal interdependencia que la concertación internacional constituye un elemento imprescindible para encauzar posibles soluciones y así, mejorar los niveles de salud de la población mundial, quedando al margen las diferencias ideológicas y de sistemas económicos y políticos.

El aporte central de la "Meta de Salud para Todos en el Año 2000" ha sido la puntualización, difusión y puesta en práctica de una nueva doctrina sobre la salud en la que concurren aspectos biológicos, sociales, económicos y políticos, contribuyendo a la conformación de una cultura sanitaria, que contempla principios de universalidad, equidad y justicia social.

Asimismo, despierta una conciencia mundial sobre el valor intrínseco de la salud, crea toda una metodología que ha llevado a la comunidad internacional a identificar sus principales problemas de salud, a definir políticas sanitarias y metas específicas, primero a nivel nacional, luego a nivel regional y mundial, a establecer estrategias y realizar acciones encaminadas a la formación o bien, consolidación de sistemas de salud que respondan plenamente a las necesidades de cada uno de los países.

La atención primaria de salud, como elemento principal de la estrategia mundial, responde en su inicio a las exigencias del mundo

subdesarrollado, para luego tomarse en un concepto de aplicación flexible y universal, que incorpora cuestiones de trascendental importancia, tanto en el aspecto técnico, al considerar acciones preventivas, curativas e intersectoriales, como en el político, mediante la movilización de una comunidad consciente de la responsabilidad que tiene en el cuidado de su propia salud, al igual que la del Estado de proporcionar los servicios necesarios.

Es importante señalar que la OMS no sólo ha contribuido a entender que la problemática de la salud se debe a diversos factores de índole socioeconómica, sino que también a la forma en que se han tratado de resolver dichos problemas, es decir, a la aplicación de un modelo de atención que no corresponde a la realidad y a las necesidades de las mayorías. Dicha Organización ha ido más allá de estudiar cuales son los males que afectan la salud de la humanidad y sus causas, al plantear nuevas soluciones.

La elaboración de la estrategia mundial y el plan de acción correspondiente son el resultado de un intenso diálogo y negociación tanto de países desarrollados como en desarrollo, reuniendo en su aprobación un amplio consenso, de lo que se infiere que la salud ha sido políticamente menos controvertible que otras aspiraciones de orden social.

Por otra parte, las evaluaciones o vigilancias realizadas sobre la aplicación de la estrategia nos llevan a considerar que ésta ha sido muy

lenta, por lo que los resultados no han sido los esperados en el tiempo previsto. La actitud participativa mostrada por casi todos los Estados miembros en el principio del proyecto no fue una constante, al pasar muchos de ellos a ser entes pasivos, desinteresados en la conducción y reformulación, de ser necesario, de las políticas sanitarias mundiales aprobadas por la estrategia.

La posición antes citada por parte de algunos de los países desarrollados se puede explicar en virtud de que el proyecto otorga definitivamente mayor atención a las necesidades y al estudio de los padecimientos del mundo en desarrollo.

De esta forma, el método planteado por la meta de establecer prioridades de lo interno a lo internacional, se ha resquebrajado paulatinamente al contemplar en los estudios de la problemática sanitaria el punto de vista parcial de la Secretaría de la OMS, que sin la colaboración directa de los Estados miembros no puede llevar a cabo un proyecto con plena efectividad.

En ese sentido, la ineficacia de la que se ha tachado a muchos de los trabajos realizados por los organismos internacionales, en el caso particular de la OMS, debería ser atribuida a los propios países por su falta de seriedad y cumplimiento en el orden interno y externo, de los compromisos adquiridos en el plano multilateral. La conducta referida hace suponer que la salud no ha sido suficientemente valorada o entendida por los líderes

políticos encargados de la dirección de las acciones encaminadas al desarrollo de un país.

Por otra parte, en lo que respecta a la inserción de México en este proceso de cambios en materia de política sanitaria mundial, podemos concluir que las diferentes políticas sanitarias mexicanas nunca han estado al margen de lo que ocurre en el mundo. Lo mismo han copiado modelos de atención provenientes de países industrializados, que retomado propuestas de acción elaboradas en el marco de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, planteando alternativas de acción basadas en experiencias y necesidades propias de la nación.

En efecto, la "Estrategia Mundial de la Salud para Todos en el Año 2000", constituyó un elemento clave para orientar las acciones gubernamentales hacia el cambio en la forma de atender la salud de la población mexicana. Esta transformación se ha desarrollado paralelamente con el proyecto mundial mediante la aplicación de políticas sanitarias diseñadas por las dos administraciones anteriores (1982-1988 y 1988-1994).

En la actualidad, la población que prevalece en nuestro país es predominantemente joven, desnutrida, con un bajo nivel de escolaridad, concentrada en el medio urbano y dispersa en el ámbito rural, con grandes zonas de miseria resultantes de un modelo de desarrollo desigual, agravado por una crisis económica todavía presente, con un alto grado de

hacinamiento, promiscuidad e insalubridad en la vivienda, consecuencia de importantes carencias en los servicios públicos y sanitarios, así como condiciones ambientales cada vez más deterioradas debido a una alta contaminación del aire, el suelo, el agua y los alimentos.

El cuadro patológico correspondiente a nuestro país incluye enfermedades producto del subdesarrollo, así como las derivadas de un crecimiento económico y estilo de vida mal orientados, lo cual desemboca en una situación epidemiológica cada vez más compleja. Sin embargo, consideramos viable afirmar que los principales problemas sanitarios en nuestro país tienen posibilidades reales de solución mediante diversas acciones, entre las que destacan las de carácter preventivo e intersectorial, así como las de carácter curativo que no requieren de una tecnología altamente sofisticada.

Si bien es cierto que indicadores globales como las tasas de mortalidad general e infantil y la esperanza de vida al nacer han mostrado avances significativos, estos se ven claramente mediatizados al estar por debajo de los logros de países con el mismo grado de desarrollo e incluso inferior a éste, situación que seguramente se verá agravada en unos años más al reflejarse los efectos de la crisis económica actual.

Por otra parte, la infraestructura de los servicios de salud en México ha estado sujeta a muchos vicios, entre los que destacan su mala distribución e ineficiencia, alta dependencia científica y tecnológica,

ausencia de una programación integral de los servicios de salud, así como de un sector salud formal e integralmente constituido que permitiese la formación de un sistema nacional de salud, falta de coordinación entre el sector y otros determinantes del proceso salud-enfermedad, omisión de recursos preventivos y crecimiento de los servicios médicos con una calidad diferenciada de acuerdo con determinados grupos de población.

En consecuencia y con el objeto de enfrentar la situación antes descrita, durante el Sexenio de Salinas de Gortari se realizaron una serie de acciones de orden jurídico y programático, fundamentalmente coincidentes con las políticas y principios contemplados en la Estrategia Mundial de Salud. En el ámbito jurídico se reconoce a nivel constitucional el derecho de todos los mexicanos a la protección de su salud y con ello, la responsabilidad del Estado de realizar las acciones necesarias para dar efectividad creciente a dicha prerrogativa. También se aprueban diversas leyes reglamentarias que actualizan la legislación mexicana en la materia, tanto a nivel federal como a nivel estatal y se crea el Sistema Nacional de Salud.

En el área programática, se integra un sector que agrupa los programas y funciones de todas las instituciones que prestan servicios de salud y forman parte de la administración pública, a fin de que sus actividades sean conducidas, planeadas, programadas, organizadas, evaluadas y controladas por una sola Dependencia, que en este caso es la Secretaría de Salud.

De esta manera, se coordinan todas las acciones del Estado en relación a la salud, evitando duplicación de acciones, dispendio de recursos y heterogeneidad en la calidad de los servicios.

Se configuró un Sistema Nacional de Salud que permite la coordinación y concertación de acciones respecto a los servicios prestados entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales. Asimismo, se llevó a cabo una política de descentralización gradual, tanto de facultades como de recursos, en los estados de la República mexicana, a través de la modernización administrativa se reorganizó la Secretaría de Salud reduciendo sus unidades administrativas de 108 a 42. Se incluyeron igualmente, estrategias relativas a la coordinación intersectorial y a la participación comunitaria.

Como podemos observar, todas estas estrategias constituyen el resultado práctico de la aplicación a nivel nacional de un programa creado por los propios Estados y complementado a través del debate e intercambio de ideas en un foro internacional, la OMS.

El análisis más a fondo de la ejecución de estos programas y estrategias, así como de sus efectos en las condiciones de salud de los mexicanos corresponderían a otro estudio reducido al ámbito interno. No obstante, nos permitimos señalar que lamentablemente la aplicación de las estrategias aludidas se han visto muy limitadas y hasta incongruentes con

los compromisos asumidos en los planes y programas, tal es el caso de los gastos en salud pública sometidos a drásticas reducciones y a una distribución contraria a la adopción de un nuevo modelo de atención.

Lo anterior refleja como los apremios de carácter económico y la falta de una voluntad política que otorgue verdadera prioridad al mejoramiento de las condiciones sociales de la población, han relegado la aplicación plena de una política sanitaria apropiada tanto a las necesidades como a los medios con los que se cuenta para enfrentar los diferentes problemas de salud que aquejan a nuestro país. Situación que puede explicar la falta de efectividad de programas mundiales y nacionales.

La gran influencia que ha tenido el proyecto Meta de Salud para Todos en el Año 2000 en el Programa Nacional de Salud, propuso la metodología consistente en que todas las estrategias y planes de acción fuesen elaborados en primera instancia, por los propios países así como la tradicional idea de una activa participación de México en los foros multilaterales, podrían hacer suponer que el manejo de nuestro país en la OMS y en la OPS de 1977 a 1988, periodo en que se desarrolló el proyecto referido, está determinado por una actitud crítica de las decisiones tomadas en dichos organismos.

En el ámbito mundial, en los ocho años en que es abordado el asunto en sus diferentes fases, México interviene sólo en tres de ellas, manifestando una posición en la que dicho proyecto es considerado un proceso ajeno que únicamente coincide con las políticas nacionales.

los compromisos asumidos en los planes y programas, tal es el caso de los gastos en salud pública sometidos a drásticas reducciones y a una distribución contraria a la adopción de un nuevo modelo de atención.

Lo anterior refleja como los apremios de carácter económico y la falta de una voluntad política que otorgue verdadera prioridad al mejoramiento de las condiciones sociales de la población, han relegado la aplicación plena de una política sanitaria apropiada tanto a las necesidades como a los medios con los que se cuenta para enfrentar los diferentes problemas de salud que aquejan a nuestro país. Situación que puede explicar la falta de efectividad de programas mundiales y nacionales.

La gran influencia que ha tenido el proyecto Meta de Salud para Todos en el Año 2000 en el Programa Nacional de Salud, propuso la metodología consistente en que todas las estrategias y planes de acción fuesen elaborados en primera instancia, por los propios países así como la tradicional idea de una activa participación de México en los foros multilaterales, podrían hacer suponer que el manejo de nuestro país en la OMS y en la OPS de 1977 a 1988, período en que se desarrolló el proyecto referido, está determinado por una actitud crítica de las decisiones tomadas en dichos organismos.

En el ámbito mundial, en los ocho años en que es abordado el asunto en sus diferentes fases, México interviene sólo en tres de ellas, manifestando una posición en la que dicho proyecto es considerado un proceso ajeno que únicamente coincide con las políticas nacionales.

Durante los primeros seis años de la Estrategia (1977-1983), en la OMS se formulan y establecen las principales directrices de una empresa que engloba las actividades de toda una Organización, además se definen las pautas de acción para los próximos veinte años en políticas sanitarias. En ese entonces, México está presente en importantes órganos de decisión, pero ello no implicó una intervención que dejara ver un análisis exhaustivo de alguno de los documentos emanados de los proyectos aludidos.

Existió un apoyo constante a todas las decisiones resultantes de los trabajos referidos a la Meta que puede calificarse de inercial, en virtud de que no hubo una actitud propositiva que planteara nuevas ideas en la conformación de la estrategia, cambios en la orientación de la misma, de ser requeridos o bien alternativas a los obstáculos con los que se enfrentó durante dichos años.

De 1984 a 1988, México asumió un compromiso relativo en cuanto a la aplicación de la estrategia, a través de algunas declaraciones en temas colaterales, en contraste con la ausencia de intervenciones en los debates de las Comisiones de la Asamblea o bien del Consejo.

Por lo tanto, México perdió la oportunidad de aportar elementos para mejorar la orientación del proyecto que nos ocupa, puesto que contaba con las condiciones de desarrollo interno en la materia, así como con el apoyo

político de los países de la región y de la comunidad internacional, al ser electo para ocupar diversos cargos de importancia sobresaliente dentro de la Organización.

Resulta paradójico que las políticas nacionales de salud ejercidas de 1978 a 1988 hayan recibido una influencia definitiva de los principios y de las estrategias que sobre el asunto se adoptaron a nivel mundial y que no hubiese en reciprocidad una política sanitaria internacional por parte de nuestro país que sustentase una participación propositiva, de acción y no de reacción.

A nivel regional, la participación de México fue contraria a la ejercida a nivel mundial, es decir, nuestro país participó directamente en la elaboración de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, y en el plan de acción respectivo, mientras que a nivel internacional sólo manifestó su acuerdo ante los documentos presentados y cumplió con los informes sobre la vigilancia y evaluación de las acciones emprendidas, transitando de esta manera del dinamismo a la pasividad.

Esta postura contradictoria nos lleva a considerar que México no ha contado con una política internacional en materia de salud bien definida, que contenga líneas de acción coordinadas en los diferentes planos de las relaciones internacionales, esto es a nivel mundial, regional y posiblemente bilateral, encaminadas a obtener logros muy específicos a favor de los intereses nacionales.

Tenemos entonces que en la práctica la política exterior de México en cuestiones de salud no cumplió cabalmente con los objetivos trazados en los Planes Nacionales de Desarrollo de 1977 a 1994, puesto que no se otorgó la atención requerida al proyecto Meta de Salud para Todos en el Año 2000, los escasos pronunciamientos sobre el tema no denotan continuidad y congruencia en la acción internacional, su pasividad ante el proyecto contrasta con la necesidad de crear nuevas modalidades de participación en el ámbito mundial, siendo una de ellas la reactivación de los organismos internacionales, limitando de esta manera los beneficios y apoyos que la OMS y la OPS pudiesen facilitar a nuestro país para el logro de las metas internas de desarrollo sanitario.

La explicación que ofrecemos a esta situación se caracteriza por lo siguiente:

1.- No existe la adecuada coordinación entre la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y la Secretaría de Salud (SS) que permita definir claramente la política de nuestro país en materia sanitaria, debido a que la SS monopoliza la mayor parte de la información sobre la OMS, argumentando su responsabilidad como entidad rectora de la política sanitaria nacional. Por su parte, la SRE no atiende algunos temas que pueden tener alcance político, social y económico de importancia para el país, como ha sido el caso de la Meta.

2.- El movimiento derivado de la reestructuración de la atención de la salud en México, del ordenamiento y conformación de un sector salud y de un sistema nacional de salud, en un marco de crecientes problemas de índole económica, política y administrativa, llevaron a las autoridades nacionales correspondientes a orientar sus mayores esfuerzos al ámbito interno, descuidando las iniciativas internacionales de ese momento, salvo para la aplicación de sus resultados a nivel nacional.

3.- Existe la tradición de México por participar en cuestiones de salud de diversa índole, resalta por ejemplo, su intervención en programas relativos a las enfermedades tropicales, diarreicas, reproducción humana, SIDA, entre otros. Sin embargo, es una actuación parcial que no tiene una dirección global específica.

En un balance de los costos y beneficios reportados por el proyecto Meta de Salud para Todos en el Año 2000, y al margen de especificaciones sobre la cooperación técnica y financiera derivada del mismo, podemos asegurar que México ha obtenido de la OMS un saldo positivo para su desarrollo interno.

RECOMENDACIONES

A la luz de la evaluación que hemos realizado sobre la participación de México en la Estrategia Mundial de la Salud para Todos en el Año 2000,

a continuación se proponen algunas acciones dirigidas a mejorar el papel que nuestro país desempeña en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud (OMS), haciéndolas extensivas a los demás Organismos Especializados del Sistema de las Naciones Unidas (ONU):

- Consideramos necesario que la Administración Pública Federal difunda, a nivel nacional, los efectos directos que han tenido en el país los diversos programas realizados en el seno de la OMS, a fin de concientizar a la opinión pública en general sobre la influencia que ésta y otros organismos especializados pueden ejercer en el logro de objetivos de desarrollo interno.

- Es necesario que las autoridades nacionales encargadas de la política exterior mexicana otorguen a los Organismos Especializados, hasta ahora un tanto relegados por asignarles un carácter prominentemente técnico, una atención similar a la que tradicionalmente se ha brindado a foros como la ONU o la OEA.

La práctica descrita podría trascender al ámbito internacional, como estrategia concertada entre los países del Sur e incluso algunos del Norte que están plenamente conscientes de los beneficios que se obtienen de dichos foros.

- Ejercer una participación más comprometida, a través de la difusión de los resultados prácticos de las actividades llevadas a cabo por los

Organismos Especializados en sectores como la salud, la educación, las comunicaciones, entre otros. De esta forma, se haría patente su funcionalidad y a la vez permitiría refutar diversas afirmaciones provenientes de países industrializados en el sentido de que son organismos ineficientes que únicamente mantienen una gran burocracia internacional de alto costo para todos los países asociados.

Este procedimiento, sumado a un contexto mundial de distensión podría conducir a una modificación en la conducta de aquellos países desarrollados que influyeron en los últimos años en el desplazamiento de la cooperación multilateral.

- Desde hace algunos años, los Planes Nacionales de Desarrollo han puesto énfasis en la necesidad de coordinar las acciones en el exterior de las diferentes dependencias y entidades de la administración pública federal, con objeto de lograr una mayor coherencia y efectividad de la política exterior mexicana. Sin embargo, dicha disposición ha sido llevada a la práctica escasamente, y el caso de la política sanitaria no ha sido la excepción.

Por lo tanto, es preciso que la Secretaría de Relaciones Exteriores como dependencia responsable de la política internacional del país, supervise detalladamente las implicaciones políticas que pudiera tener el contenido técnico de todas nuestras posiciones y efectúe un seguimiento que permita examinar en que grado se están aplicando y cumpliendo las

resoluciones y decisiones tomadas en las diferentes instancias de la Organización. Así, las autoridades competentes podrían asumir mayor responsabilidad y compromiso con los trabajos y proyectos aprobados internacionalmente.

Desde luego, lo anterior obliga a que el personal encargado de llevar los asuntos referidos a los Organismos Especializados sea un personal altamente capacitado tanto en relaciones internacionales como en la problemática nacional del sector de que se trate, lo que redundaría en la elaboración de pautas de acción plenamente identificadas con las necesidades internas y conducidas de tal forma que los beneficios puedan aumentarse.

En esta misma dirección, convendría seguir promoviendo la existencia de funcionarios de nacionalidad mexicana en todos los niveles de la Secretaría de la OMS, así como la representación de nuestro país en diferentes órganos de Gobierno de la Organización. Se ha mencionado que México cuenta con el apoyo regional e internacional para ser electo como miembro del Consejo Ejecutivo o bien para ocupar la Presidencia de diferentes reuniones, condición que amplía nuestro campo de acción y que no puede ser desaprovechada.

Por otra parte, nos hemos percatado que México cuenta con una vasta experiencia, tanto a nivel programático como práctico, resultante de la aplicación de diversas estrategias contempladas por la Meta de Salud para

Todos en el Año 2000, en ésta, al igual que en otras áreas de salud, nuestro país podría hacerse responsable de programas y actividades regionales que en copatrocinio con la OMS/OPS podrían traducirse en elementos importantes para reactivar la cooperación multilateral, tanto en la relación Sur-Sur como en la Norte-Sur.

Es importante resaltar la factibilidad de ésta última relación toda vez que las negociaciones hechas a lo largo del proyecto de la meta implicaron el cuestionamiento tanto de las estructuras de atención sanitaria de países industrializados como las de los subdesarrollados, llevando a la elaboración de un modelo universal cuya aplicación efectiva y perfeccionamiento del mismo pueden constituir un nexo muy importante de interés para ambos grupos de países.

En lo que respecta a la aplicación de la Estrategia de Salud para Todos diseñada por la OMS en el plano internacional, se advierte que, debido a la evolución de la situación sanitaria mundial y a los factores económicos y sociales actuales, se requieren de metas más realistas que orienten la futura acción internacional de la OMS y sus Estados miembros.

A la luz de la información que figura en la presente investigación, a continuación se mencionan los factores que, a nuestro juicio, consideramos significativos en la evaluación del proyecto, los cuales indudablemente deben incluirse en estas conclusiones, en virtud de que influyen en la aplicación del mismo en el ámbito nacional, regional e internacional:

- La aplicación de las estrategias de salud perdió vigencia debido no sólo a factores económicos, sino también a la rigidez de los sistemas de salud, la debilidad de la infraestructura, la dificultad de conseguir una participación real de todos los sectores afines y la insuficiencia de los esfuerzos por promover la salud y prevenir problemas sanitarios específicos en diversas regiones del mundo.

- Ante los nuevos equilibrios políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales que se manifiestan en el mundo, consideramos que es oportuno renovar la estrategia de salud para todos, así como que se actualicen los planes de acción de cada país. De igual forma, proponemos que todos los organismos interesados, y en particular la OMS, reiteren su compromiso de otorgar mayores recursos a los esfuerzos de los países, principalmente los subdesarrollados.

- Con objeto de lograr una mayor eficiencia de los servicios sanitarios, es preciso que la comunidad internacional adopte medidas urgentes para ampliar su cobertura a todas aquellas zonas marginadas que no gozan de estos servicios, debido a la escasez creciente de recursos provocada por el recorte de los gastos estatales impuesto por el detrimento de la balanza comercial y por el efecto adverso de las políticas del reajuste estructural y las reformas económicas aplicadas en los países en desarrollo.

♦ Tomando en cuenta la nueva situación internacional, es improbable que los países destinen mayores recursos financieros al sector sanitario, por lo que es necesario la aplicación de mejores métodos para la asignación de recursos en los planos comunitario, nacional e internacional, lo que permitirá importantes avances, incluso en los países de bajos ingresos.

♦ A escala mundial debe adoptarse una nueva política basada en estrategias técnicas, políticas y económicas, que responda a las situaciones sanitarias generales e individuales existentes en el mundo, tomando en cuenta las necesidades reales de los países, particularmente los subdesarrollados, que carecen de la infraestructura adecuada, de los recursos humanos y financieros suficientes, entre otros.

♦ A pesar de que la OMS recomendó a los países que destinen el 5% de su Producto Interno Bruto (PIB) al sector salud con el objeto de fomentar el desarrollo sanitario, se advierte que la séptima parte de ellos no cumplen con dicha recomendación, dado que canalizan menos del 1% del PIB y por lo tanto, dependen considerablemente de la ayuda externa, lo que prevé que ese grupo de países en su conjunto no alcance la meta del 5% para finales de siglo, ocasionando el detrimento de los niveles sanitarios, lo que hace utópico el cumplimiento de los planes de acción para prevenir y erradicar las principales enfermedades contempladas en los diversos programas de la OMS.

- Actualmente el mundo afronta nuevos problemas, para resolverlos se requiere de un nuevo modelo acorde a la realidad política y económica que contribuya a conformar la sociedad. Dicho modelo debe basarse en el fomento de la salud y en la prevención.

- El presupuesto de la OMS con crecimiento cero o negativo en términos reales está menoscabando gradualmente la capacidad de la Organización para afrontar los retos cada vez mayores en materia de salud y mantener su compromiso a largo plazo de impulsar el desarrollo sanitario. Por lo tanto, es muy probable que muchas de las actividades prioritarias no lleguen a realizarse por falta de fondos.

- Ante la actual situación crítica por la que atraviesa la OMS es prioritario que se formulen con rigor sus prioridades, reagrupando sus actividades, reforzando su capacidad de operación y respaldando esas medidas con una minuciosa reforma presupuestaria.

- Para mantener la integridad de la política y los programas de la OMS, es necesario que todos sus Estados miembros participen en el proceso de reforma para que la Organización enfrente los problemas sanitarios que se presentan a finales del siglo XX.

- Con objeto de resolver los problemas que afronta la OMS se requiere de un nuevo modelo que responda a la realidad política y

económica vigente en el mundo, que contribuya a conformar una nueva sociedad en los umbrales del siglo XXI. Dicho modelo podría estar basado en el fomento de la salud, en la prevención y control de las enfermedades y en la igualdad de acceso a una asistencia sanitaria asequible, así como servir de estímulo para lograr una acción unificada de toda la estructura reformada de la OMS.

- ♦ Consideramos necesario que la OMS refuerce su capacidad de cooperación técnica, prestando una mayor atención a la gestión y el desarrollo de los programas en los países, a la acción de emergencia humanitaria y a la cooperación internacional en pro de la salud. Asimismo, podría intensificar su cooperación con los países más pobres y los grupos desfavorecidos, haciendo hincapié en el apoyo de la reforma de los servicios sanitarios, el fortalecimiento de las políticas y los programas nacionales de salud, así como mejorar la capacidad de los países para gestionar y financiar los programas de salud mediante la ayuda externa.

- ♦ En el marco de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, es indispensable que en la OMS se lleve a cabo un proceso de intensa reforma para poder evaluar y afrontar las nuevas necesidades que los Estados miembros ante los recientes cambios políticos y socio-económicos que afectan a la comunidad internacional. Este proceso, podría efectuarse mediante el diseño de mejores instrumentos de planificación y de establecimiento de prioridades contando con la participación de todos los países miembros de la OMS.

♦ Las repercusiones en la situación sanitaria de fenómenos tales como la industrialización, la urbanización y, más recientemente la privatización, así como los cambios ambientales, han llevado a los Estados a examinar su legislación sanitaria desde una perspectiva intersectorial. Por tanto, debe plantearse la necesidad de que en los países se actualicen y revisen las respectivas legislaciones sanitarias, a fin de que puedan afrontar las nuevas prioridades, mediante el respaldo legislativo adecuado para sus políticas y programas de salud.

♦ Aunque se acepta que la salud es un derecho humano básico, es necesario que la gente pueda ejercer ese derecho. Por consiguiente, los Estados miembros deben tomar medidas para mejorar la situación sanitaria sobre la base de disposiciones específicas; por ejemplo, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) sensibilizó a la comunidad internacional acerca de cuestiones de derechos humanos que inciden en el ámbito político y abarcan el desarrollo, la salud y otros aspectos. En este sentido, se requiere que la OMS reformule sus métodos para encontrar nuevas formas de cuantificar los progresos realizados en lo que respecta a la consideración de la salud como derecho humano y los problemas éticos implicados en la misma.

♦ Consideramos indispensable que la OMS apoye a los países en la formulación de una nueva legislación sanitaria y/o que revisen la existente,

con objeto de que se incluyan leyes en apoyo de la reforma en la atención de la salud.

♦ Proponemos que la OMS continúe al pendiente de los nuevos campos de la ciencia y la tecnología, con objeto de que se evalúen sus probables repercusiones en la salud y se definan o recomienden estrategias científicas idóneas que permitan identificar los problemas sanitarios mundiales emergentes o en evolución que exijan especial atención.

♦ Recomendamos indispensable que la OMS establezca vínculos con otras Organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas, con Organizaciones Gubernamentales, No Gubernamentales y con Instituciones de carácter privado, a efecto de armonizar las políticas de ciencia y tecnología, estimulando su participación en las actividades encaminadas a resolver los problemas sanitarios de carácter mundial.

♦ Comprobamos que los resultados de la vigilancia y evaluación de la Estrategia de Salud para Todos muestran claramente que muchos países actualmente se enfrentan con grandes dificultades para garantizar el acceso universal a los servicios de salud esenciales de buena calidad. Entre esos problemas podemos señalar la carencia de una infraestructura sanitaria básica, el injusto uso y distribución de los recursos humanos, técnicos y financieros, cuyos efectos se han visto agravados por la situación económica general.

- Observamos que la reforma de los sistemas de salud a nivel nacional implica nuevos desafíos para los Ministerios de Salud, dado que son las autoridades encargadas de la política y de la estrategia nacional en la materia. Por consiguiente, se requiere que los mismos cuenten con una sólida capacidad analítica y administrativa, además de ser capaces de movilizar los esfuerzos de otros sectores en apoyo del sector salud.

- Sugerimos que las políticas de salud para todos y las estrategias de aplicación deben seguir siendo específicas para cada país, en virtud de la diversidad de necesidades y problemas ocasionados por los escasos recursos financieros y humanos de que disponen los países para hacerles frente. Por lo tanto, podemos afirmar que el logro de la salud para todos depende de la voluntad y del liderazgo político de las naciones.

- Consideramos que en el logro de la salud para todos deben asimismo participar las altas autoridades normativas y decisorias nacionales de todos los sectores económicos y sociales cuya acción tenga repercusiones en la salud; los líderes y representantes de la opinión pública de todo nivel; los profesionistas y las autoridades académicas de todos los sectores relacionados con la salud; los representantes de las organizaciones no gubernamentales locales y nacionales dedicadas al desarrollo social y económico y en particular a actividades en favor de los más necesitados; y la comunidad internacional de entidades multilaterales, bilaterales y no gubernamentales cuyas metas tengan una dimensión de

desarrollo humano en los aspectos económico y social de los servicios de salud.

• Por último, consideramos que la función de la OMS como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, debe permitirle acelerar los progresos para la eliminación de los tres principales problemas que detectamos al evaluar las actividades de salud para todos; en efecto, se deben combatir la pobreza y las barreras que ésta impone para el acceso a la salud, utilizar el marco de desarrollo general y otras medidas afines para la financiación del sistema de salud, y subsanar la falta de aplicación de los conocimientos ya existentes al desarrollo sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Colliard, Claude-Albert. Instituciones de Relaciones Internacionales. "Conferencias sobre Sanidad Internacional (C.S.I)". Madrid, España. Fondo de Cultura Económica. 1978.
- 2.- Williams, Glen. "OMS: Los años de las campañas en masa". Foro Mundial de la Salud. Vol. 9, No. 1. Ginebra, Suiza. Edit. OMS. 1988.
- 3.- Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. OMS. 39a. Edición. 1994.
- 4.- Almanaque Mundial 1995. Panamá. Edit. América S.A. 1995.
- 5.- Documentos Básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). "Acuerdo entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza. OMS. 39a. Edición. 1994.
- 6.- Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol. II (1973-1984), Ginebra, Suiza. OMS. 1985.
- 7.- Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol. III. Ginebra, Suiza. OMS. (1984 - 1994), 1994.
- 8.- "Salud para Todos: Todos para la Salud". Salud Mundial. Ginebra, OMS. enero-febrero de 1988.
- 9.- Directores Generales de la OMS. Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores. SRE. 1990. México, D.F.
- 10.- Howard-Jones, N. "La Organización Panamericana de la Salud: Orígenes y Evolución". Crónica de la OMS. No. 34. Ginebra, Suiza. 1980.
- 11.- Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Constitución de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. OPS. 14a. Edición, 1993.
- 12.- Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Vol. I. (1950 - 1973). Ginebra, Suiza. OMS. 1974.
- 13.- Four Decades of Achievement. Highlights of the work of WHO. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.
- 14.- Proyecto de Presupuesto por Programas de la Organización Mundial de la Salud para el Ejercicio 1986 - 1987. Ginebra, Suiza. OMS, 1984.

- 15.- Kaplan, Marcos. "Lo viejo y lo nuevo" en Derecho Económico Internacional. Análisis Jurídico de la Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados. México. Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE). 1976.
- 16.- Sepúlveda, César. "Soberanía Permanente sobre los Recursos Naturales, las Materias Primas y la Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados". Derecho Económico Internacional. Análisis Jurídico de la Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados. México. Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE). 1976.
- 17.- Lozoya, Jorge Alberto; Estevez, Jaime y Green, Rosario. "Alternativas para un Nuevo Orden Internacional". México. Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo. (CEESTEM), 1978.
- 18.- Informe del Director General sobre las Actividades de la Organización Mundial de la Salud en 1976. Doc. A30/2. Ginebra, Suiza. OMS.
- 19.- "Una visión de Conjunto". Salud Mundial. Ginebra, Suiza. OMS. 1978.
- 20.- Informe del Director General acerca de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Doc. A33/7. Ginebra, Suiza. OMS. 1979.
- 21.- Declaración de Alma-Ata. Doc. Of. No. 173. Washington, D.C., E.U.A. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Anexo, Parte II.
- 22.- Informe del Director General acerca de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Doc. A33/7. Ginebra, Suiza. OMS. 1980.
- 23.- "Salud para Todos en el Año 2000: Estrategia Mundial". Doc. A34/5. Ginebra, Suiza. OMS, 1982.
- 24.- "Formulación de Estrategias con el fin de Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. Principios Básicos y Cuestiones Esenciales". Doc. A32/8. Ginebra, Suiza. OMS, 1979.
- 25.- "Salud para Todos en el Año 2000: Estrategia Mundial". Doc. Oficial No. 173. Washington, D.C., E.U.A. OPS. 1982. Anexo II.
- 26.- "Evaluación de los Programas de Salud: Normas Fundamentales". Serie: Salud para Todos. No. 6, Ginebra, Suiza. OMS, 1981.
- 27.- "Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000". Serie Salud para Todos. No. 4. Ginebra, Suiza. OMS, 1982.
- 28.- "Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para Aplicar la Estrategia". Doc. A35/3. Ginebra, Suiza. OMS. 1983.

29.- "Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales". Doc. Ofic. No. 179. Washington, D.C. E.U.A. OPS. 1982.

30.- "Informe sobre Vigilancia de los Progresos Alcanzados en la Aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000". Informe del Consejo Ejecutivo. Anexo 3 del Doc. WHA37/1984/REC/1. Ginebra, Suiza. OMS, 1984.

31.- "Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000". Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Doc. A39/3. Ginebra, Suiza. OMS, 1986.

32.- "Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el año 2000". Séptimo Informe Sobre la Situación Sanitaria Mundial. Vol 3. Región de las Américas. Washington, D.C., E.U.A. OPS, 1986.

33.- "Segundo Informe sobre la Vigilancia de los Progresos realizados en la Aplicación de las Estrategias de Salud para Todos". Doc. EB83/2 Add.1. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

34.- "Actividades de la OMS 1986-1987". Informe Bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

35.- "Estrategia Mundial para la Prevención y Lucha contra el SIDA". Informe del Director General. Doc. EB89/23. Ginebra, Suiza. OMS, noviembre de 1988.

36.- "Aplicación de la Estrategia Mundial contra el SIDA". Informe del Director General. Doc. EB95/32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Noviembre, de 1994.

37.- "Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas". Salud. Vol. 4. México COPLAMAR, Presidencia de la República. Edit. Siglo XXI. 3a. Edición, 1985.

38.- Soberón Acevedo, Guillermo y Otros. La Salud en México: Testimonio 1988. Fundamentos del Cambio Estructural. Tomo I, México. Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE), 1988.

39.- Roemer Milton, I. "Economía y Política de Salud". Crónica de la OMS. No. 34 Ginebra, Suiza. OMS, 1983.

40.- "Contribución de la Salud al Desarrollo Socioeconómico. Informe del Comité Internacional de Expertos en Ciencias Médicas y Salud Pública". Doc. A36/13. Ginebra, OMS, 1983.

41.- Klinger, Irene. El Rol de la Salud en la Erradicación de la Pobreza en América Latina. Washington, D.C., E.U.A. OPS, 1988.

42.- "Octavo Programa General de Trabajo para el Período 1990-1995". Doc. A40/6. Ginebra, Suiza, OMS, 1987.

43.- "Global Review of the Economic Situation and its Repercussions on Health Status. Health Care Services and Policies". Doc. EB83/INF DOC/1. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

44.- The World Economic Climate and its Implications for Health for All Strategies. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

45.- "Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1988-1991". Doc. Of. 210. Washington, D.C., OPS.

46.- "Repercusiones de la Situación Económica Mundial. Informe del Director General." Doc. A39/4. Ginebra, Suiza. OMS, 1986.

47.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de la Salud para Todos en el Año 2000". Doc. CD33/22. Rev. 1 (ESP). Washington, D.C., E.U.A. OPS, 1988.

48.- "Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, 2a. Evaluación y 8o. Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial". Doc. EB89/10. Ginebra, Suiza. OMS, 1991.

49.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica. 1988.

50.- Programa Nacional de Salud 1984-1988. Poder Ejecutivo Federal. México. 1984.

51.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comisión Federal Electoral. Edit. Talleres Gráficos de la Nación. México, D.F., 1992.

52.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. Salud para Todos: ¿Utopía o Realidad?. México, Edit. El Colegio Nacional, 1989.

53.- Soberón Acevedo, Guillermo; L. Ruiz y Otros. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México, UNAM, 1983.

54.- Salud y Seguridad Social. México. Secretaría de Salud. Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE). Cuadernos de Renovación Nacional, México, 1988.

41.- Klinger, Irene. El Rol de la Salud en la Erradicación de la Pobreza en América Latina. Washington, D.C., E.U.A. OPS, 1988.

42.- "Octavo Programa General de Trabajo para el Período 1990-1995". Doc. A40/6. Ginebra, Suiza, OMS, 1987.

43.- "Global Review of the Economic Situation and its Repercussions on Health Status. Health Care Services and Policies". Doc. EB83/INF DOC/1. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

44.- The World Economic Climate and its Implications for Health for All Strategies. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

45.- "Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1988-1991". Doc. Of. 210. Washington, D.C., OPS.

46.- "Repercusiones de la Situación Económica Mundial. Informe del Director General." Doc. A39/4. Ginebra, Suiza. OMS, 1986.

47.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de la Salud para Todos en el Año 2000". Doc. CD33/22. Rev. 1 (ESP). Washington, D.C., E.U.A. OPS, 1988.

48.- "Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, 2a. Evaluación y 8o. Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial". Doc. EB89/10. Ginebra, Suiza. OMS, 1991.

49.- Soberón Guillermo, Kumate, Jesús; Laguna, José (comp). La Salud en México: Testimonios 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. México. Edit. Fondo de Cultura Económica. 1988.

50.- Programa Nacional de Salud 1984-1988. Poder Ejecutivo Federal. México. 1984.

51.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comisión Federal Electoral. Edit. Talleres Gráficos de la Nación. México, D.F., 1992.

52.- Kumate, Jesús; Soberón, Guillermo. Salud para Todos: ¿Utopía o Realidad?. México, Edit. El Colegio Nacional, 1989.

53.- Soberón Acevedo, Guillermo; L. Ruiz y Otros. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México, UNAM, 1983.

54.- Salud y Seguridad Social. México. Secretaría de Salud. Edit. Fondo de Cultura Económica (FCE). Cuadernos de Renovación Nacional, México, 1988.

55.- "Informe sobre la Vigilancia de las Estrategias Regionales de Salud para Todos en el Año 2000". Documento CD.33/22. Rev. 1. (Esp.). Washington, D.C., OPS, 1988.

56.- González Carbajal, Eleuterio. Diagnóstico de la Salud en México. Edit. Trillas., México, 1988.

57.- "Tabaco o Salud". Doc. A48/9. Ginebra, Suiza. OMS, 20 de febrero de 1995.

58.- Kumate, Jesús. Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. Secretaría de Salud. Edit. Cromocolor. México, 1993.

59.- Soberón Acevedo, Guillermo. El Cambio Estructural en la Salud. Vol IV México. Instituto Nacional de Salud Pública, 1987.

60.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Poder Ejecutivo Federal. México, 1989.

61.- Programa Nacional de Salud 1990-1994. Poder Ejecutivo Federal. México, 1994.

62.- "Confidential Report by de Director General on the Composition of the Secretariat World Health Organization (WHO)". Doc. A/95. Ginebra, Suiza. mayo, 1995.

63.- "Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Argentina, Bahamas y México". Doc. CD33/7(ESP), Washington, D.C., OPS, 1988.

64.- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal. México, 1983.

65.- "Actas Taquigráficas de los debates de la Primera Comisión". Documento A48/9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. febrero, 1995.

66.- "Actas Taquigráficas de los debates de la Comisión A". Doc. 47A/A/SR/7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 1994.

67.- "Documento A44/6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 10 de abril, 1991.

68.- "Actas Taquigráficas de los debates de la Comisión B" Documento A47/A/SR/10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 1994.

69.- "Actas Taquigráficas de los debates de la Comisión A" Documento A47/A/SR/8, Comisión A, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza, mayo, 1994.

70.- Resolución A/RES/49/135 Acción Preventiva e Intensificación de la Lucha contra el Paludismo en los Países en Desarrollo, Naciones Unidas, ECOSOC, Washington, D.C., E.U.A. 92a. Sesión. 19 diciembre, 1994.

71.- "Actas Resumidas Provisionales de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS". Washington, D.C., E.U.A. septiembre-octubre 1980. Doc. CD27/SR/4.

72.- "Actas Resumidas Provisionales de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS", Washington, D.C., E.U.A. junio-julio 1980. Doc. CE86/SR/5. Washington. D.C. OPS, 1981.

73.- "Actas Resumidas de la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS y XXXIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas". Washington, D.C. E.U.A., septiembre-octubre de 1981. Doc. Of. No. 181.

74.- "Actas Resumidas Provisionales de la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas". Washington, D.C., E.U.A. septiembre-octubre, 1985. Doc. CD31/SR/11.

75.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Las Condiciones de Salud en las Américas", 1994. Chile. OPS. 1993.

76.- Kumate, Jesús; Gutiérrez, Gonzálo y Sotelo, Manuel. Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. Secretaría de Salud. México, D. F., 1994.

77.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). "Informe Anual del Director, 1991". Documento Oficial No. 249, Washington, D.C. E.U.A. 1992.

78.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Las Condiciones de Salud en las Américas, 1994." Chile: OPS. 1993. Documento mimeografiado.

79.- "Informe que presenta la C. Ofelia Reyes Retana, sobre la 63a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, Suiza del 10 al 26 de enero de 1979", México, Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1979.

80.-"Actas Resumidas Provisionales de la 65a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS", celebrada en Ginebra, Suiza del 15 al 26 de enero de 1980". Docs. EB65/SR/5. 6 y 23. Ginebra, Suiza. OMS. 1980.

81.- "Actas Resumidas de la 67a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS". Ginebra, Suiza. 14-30 de enero de 1981". Doc. EB67/1981/REC/2. Ginebra, Suiza. OMS, 1981.

82.- "Actas Resumidas Provisionales de la 79a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS", celebrada en Ginebra, Suiza, del 12 al 24 de enero de 1987. Docs. EB79/SR/1 y 17. Ginebra, Suiza.

83.- "Actas Resumidas Provisionales de la 81a. Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS", celebrada en Ginebra, Suiza del 11 al 20 de enero de 1988. Doc. EB81/SR/1. Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

84.- "Actas Resumidas de las Comisiones de la 34a. Asamblea Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza, del 4 al 22 de mayo, 1981. Doc. WHA34/1981/REC/3.

85.- "Actas Resumidas de las Comisiones de la 37a. Asamblea Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza, del 7 al 17 de mayo, 1984. Doc. WHA37/1984/REC/3.

86.- "Actas Resumidas de las Comisiones de la 39a. Asamblea Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza, del 5 al 16 de mayo, 1986. Doc. WHA39/1986/REC/3.

87.- "Palabras pronunciadas por el C. Dr. Mario Calles López Negrete, Secretario de Salubridad y Asistencia del Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, en ocasión de la Trigésima Quinta Asamblea Mundial de la Salud." Palacio de las Naciones, Ginebra, Suiza. Archivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 1982.

88.- "Actas Taquigráficas de las sesiones plenarias. Informes de las Comisiones de la 36a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, del 2 al 16 de mayo de 1983". Doc. WHA36/1983/REC/3.

89.- "Actas Taquigráficas de las Sesiones Plenarias. informes de las Comisiones de la 37a. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, del 7 al 17 de mayo de 1984". Doc. WHA37/1984/REC/2.

HEMEROGRAFIA

90.- "Apoyará la SSA el desarrollo de la industria farmacéutica". La Jornada, 24 de febrero de 1995. p. 26.

91.- "Pide la OPS a Naciones Latinoamericanas mantenerse alertas ante el virus Ebola". El Universal. 21 de mayo de 1995. pp. 1 y 3.

92.- "La Región de América Latina en Cifras". Revista América Económica. Número Especial. Chile, 1994, pp. 148 y 149.

- 93.- "Necesario invertir en salud señala Juan Ramón de la Fuente". El Universal. 29 de diciembre de 1994. p. 32.
- 94.- "El Bienestar Social". Fernando Hernández Puente y Manases Hernández Barrón. Revista Tiempo. No. 2656, noviembre de 1994. pp. 50 y 51
- 95.- "Salud: ¿Atención pública o privada?" El Universal. 30 de abril de 1995. pp. 1 y 5.
- 96.- Dávila Flores, Alejandro. "La Naturaleza de la Inflación Mexicana". El Cotidiano. Revista de la Realidad Mexicana Actual. No. 19, México, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). pp. 33 - 40.
- 97.- "Drástica Reducción del Crecimiento Económico en Latinoamérica: CEESP". La Jornada. 19 de febrero de 1989. p. 2
- 98.- "Incrementos de los precios y salarios en los últimos cuatro sexenios". El Universal. 1995. p. 28.
- 99.- Tello, Carlos. "La Pobreza en México: Tendencias y Políticas". La Jornada. 5o. Aniversario. 20 de septiembre de 1989. p. 2
- 100.- Carrasco Licéa, Rosalba y Hernández y Puente, Francisco. "Renegociaciones: la Larga Marcha". La Jornada. 19 de abril de 1989. p. 33.
- 101.- "Cerca del 50% del sector rural sufre desnutrición, dice Soberón Acevedo". La Jornada. 26 de octubre de 1988. p. 25.
- 102.- "Boletín Epidemiológico Semanal". No. 25. Ginebra, Suiza. OMS. 1995.
- 103.- Garduño, Roberto. "Reconocen la labor de México en la erradicación de la Poliomiélitis". El Universal. 2 de mayo de 1995.
- 104.- Torres, Alejandro. "No hay voluntad de autoridades para atender problemas de SIDA". El Universal. 1a. Sección, 12 de mayo de 1995.
- 105.- "Provoca asma bronquial la contaminación". El Universal. 23 de abril de 1995. p. 5.
- 106.- "Sin acceso a servicios de salud 10 millones". El Universal. 31 de enero de 1995. p. 24.
- 107.- "El Financiamiento de la Salud para Consolidar el Cambio". Salud Pública de México. Vol. 29, No. 2. México, Instituto Nacional de Salud Pública. marzo-abril de 1987. p. 170.

- 108.- Martuscelli-Quintana J., Faba- Beaumont, G. "El Desarrollo Tecnológico en el Marco del Programa Nacional de Salud". Salud Pública de México. Vol. 30, No. 6. México. Instituto Nacional de Salud Pública. noviembre-diciembre de 1988. p. 855.
- 109.- "La Moratoria en Brasil permitió canalizar recursos a la Salud". La Jornada. 24 de marzo de 1987. p. 11.
- 110.- Soberón Acevedo, Guillermo. "El Cambio Estructural en la Salud". Vol. IV. México. Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 29. No. 7 1987. México, D.F., p. 150.
- 111.- Valdés-Olmedo, Cuauhtémoc. "Apuntes sobre el Financiamiento de la Salud en México". Salud Pública de México. Vol. 30, No. 6. Instituto Nacional de Salud Pública. México. noviembre-diciembre, 1988. p. 819.
- 112.- "México, último lugar en salud y décimo séptimo en educación en A.L." La Jornada. 29 de septiembre de 1989. pp. 1 y 22.
- 113.- Carrasco Licea, Rosalba; Hernández Puente, Francisco. "La necesaria reforma del IMSS". La Jornada. 24 de abril de 1995. p. 43.
- 114.- "La OMS avala vacuna contra la malaria". El Universal. 25 de febrero de 1995. p. 3.
- 115.- "Peligrosos virus esconde la selva amazonia". El Universal. 15 de mayo de 1995, Sección Internacional. p. 3.
- 116.- "La fiebre hemorrágica en Zaire es provocada por Ebola: OMS", La Jornada. 25 de marzo de 1995. p. 55.
- 117.- "Objetivos y Estrategias del Sector Salud para Alcanzar los mínimos de Salud para Todos en el Año 2000". Salud Pública de México. Epoca V. Vol. XXIII, No. 1. Escuela Nacional de Salud Pública. México, enero-febrero, 1991. pp. 49-63.

ANEXO 1

ESTADOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

1.-	AFGANISTAN	19 DE ABRIL DE 1948
2.-	ALBANIA	26 DE MAYO DE 1947
3.-	ALEMANIA	29 DE MAYO DE 1951
4.-	ARABIA SAUDITA	26 DE MAYO DE 1947
5.-	ARGELIA	8 DE NOVIEMBRE DE 1962
6.-	ARMENIA	4 DE MAYO DE 1992
7.-	ANGOLA	15 DE MAYO DE 1976
8.-	ANTIGUA Y BARBUDA	12 DE MARZO DE 1984
9.-	ARGENTINA	22 DE OCTUBRE DE 1948
10.-	AUSTRALIA	2 DE FEBRERO DE 1948
11.-	AUSTRIA	30 DE JUNIO DE 1947
12.-	AZERBAIYAN	2 DE OCTUBRE DE 1992
13.-	BAHAMAS	1 DE ABRIL DE 1974
14.-	BAHREIN	2 DE NOVIEMBRE DE 1971
15.-	BANGLADESH	19 DE MAYO DE 1972
16.-	BARBADOS	25 DE ABRIL DE 1967
17.-	BELGICA	25 DE JUNIO DE 1948
18.-	BELICE	23 DE AGOSTO DE 1990
19.-	BENIN	20 DE SEPTIEMBRE DE 1960
20.-	BHUTAN	8 DE MARZO DE 1982
21.-	BOLIVIA	23 DE DICIEMBRE DE 1949
22.-	BOTSWANA	26 DE FEBRERO DE 1975
23.-	BOSNIA Y HERZEGOVINA	10 DE SEPTIEMBRE DE 1992
24.-	BRASIL	2 DE JUNIO DE 1948
25.-	BRUNEI DARUSSALAM	25 DE MARZO DE 1985
26.-	BULGARIA	9 DE JUNIO DE 1948
27.-	BURKINA FASO	4 DE OCTUBRE DE 1960
28.-	BURUNDI	22 DE OCTUBRE DE 1962
29.-	BELARUS	7 DE ABRIL DE 1948
30.-	CABO VERDE	5 DE ENERO DE 1976
31.-	CAMBOYA	17 DE MAYO DE 1950
32.-	CAMERUN	6 DE MAYO DE 1960
33.-	CANADA	29 DE AGOSTO DE 1948
34.-	COLOMBIA	14 DE MAYO DE 1959
35.-	COMORAS	9 DE DICIEMBRE DE 1975
36.-	CONGO	26 DE OCTUBRE DE 1960
37.-	COSTA RICA	17 DE MARZO DE 1949
38.-	COTE D'IVOIRE	28 DE OCTUBRE DE 1960
39.-	CROACIA	11 DE JUNIO DE 1992
40.-	CUBA	9 DE MAYO DE 1950
41.-	CHAD	1 DE ENERO DE 1961
42.-	CHILE	15 DE OCTUBRE DE 1948
43.-	CHINA	22 DE JULIO DE 1948
44.-	CHIPRE	16 DE ENERO DE 1961

45.- DINAMARCA	19 DE ABRIL DE 1948
46.- DJIBOUTI	10 DE MARZO DE 1978
47.- DOMINICA	13 DE AGOSTO DE 1981
48.- ECUADOR	1 DE MARZO DE 1949
49.- EGIPTO	16 DE DICIEMBRE DE 1947
50.- EL SALVADOR	22 DE JUNIO DE 1948
51.- EMIRATOS ARABES UNIDOS	30 DE MARZO DE 1972
52.- ERITREA	24 DE JULIO DE 1993
53.- ESLOVAQUIA	4 DE FEBRERO DE 1993
54.- ESLOVENIA	7 DE MAYO DE 1992
55.- ESPAÑA	28 DE MAYO DE 1951
56.- EDOS. FED. DE MICRONESIA	14 DE AGOSTO DE 1991
57.- ESTADOS UNIDOS	21 DE JUNIO DE 1948
58.- ESTONIA	31 DE MARZO DE 1993
59.- ETIOPIA	11 DE ABRIL DE 1947
60.- FIJI	1 DE ENERO DE 1972
61.- FILIPINAS	9 DE JULIO DE 1948
62.- FINLANDIA	7 DE OCTUBRE DE 1947
63.- FRANCIA	16 DE JUNIO DE 1948
64.- GABON	21 DE NOVIEMBRE DE 1960
65.- GAMBIA	28 DE ABRIL DE 1971
66.- GEORGIA	28 DE MAYO DE 1992
67.- GHANA	8 DE ABRIL DE 1957
68.- GRANADA	4 DE DICIEMBRE DE 1974
69.- GRECIA	12 DE MARZO DE 1948
70.- GUATEMALA	28 DE AGOSTO DE 1949
71.- GUINEA	19 DE MAYO DE 1959
72.- GUINEA BISSAU	29 DE JULIO DE 1974
73.- GUINEA ECUATORIAL	5 DE MAYO DE 1980
74.- GUYANA	27 DE SEPTIEMBRE DE 1966
75.- HAITI	12 DE AGOSTO DE 1947
76.- HONDURAS	8 DE ABRIL DE 1949
77.- HUNGRIA	17 DE JUNIO DE 1948
78.- INDIA	12 DE ENERO DE 1948
79.- INDONESIA	23 DE MAYO DE 1950
80.- IRAK	23 DE SEPTIEMBRE DE 1947
81.- IRAN	23 DE NOVIEMBRE DE 1948
82.- IRLANDA	20 DE OCTUBRE DE 1947
83.- ISLANDIA	17 DE JUNIO DE 1948
84.- ISLAS COOK	9 DE MAYO DE 1984
85.- ISLAS MARSHALL	5 DE JUNIO DE 1991
86.- ISLAS SALOMON	4 DE ABRIL DE 1983
87.- ISRAEL	21 DE JUNIO DE 1949
88.- ITALIA	11 DE ABRIL DE 1947
89.- JAMAHIRIYA ARABE LIBIA	16 DE MAYO DE 1952
90.- JAMAICA	21 DE MARZO DE 1963
91.- JAPON	16 DE MAYO DE 1951
92.- JORDANIA	7 DE ABRIL DE 1947
93.- KAZAJSTAN	19 DE AGOSTO DE 1992
94.- KENYA	27 DE ENERO DE 1964
95.- KIRGUISTAN	29 DE ABRIL DE 1992
96.- KIRIBATI	26 DE JULIO DE 1984
97.- KUWAIT	9 DE MAYO DE 1960
98.- LESOTHO	7 DE JULIO DE 1967

- 99.- LETONIA
 100.- LIBANO
 101.- LIBERIA
 102.- LITUANIA
 103.- LUXEMBURGO
 104.- MACEDONIA
 105.- MADAGASCAR
 106.- MALASIA
 107.- MALAWI
 108.- MALDIVAS
 109.- MALI
 110.- MALTA
 111.- MARRUECOS
 112.- MAURICIO
 113.- MAURITANIA
 114.- MEXICO
 115.- MOLDOVA
 116.- MONACO
 117.- MONGOLIA
 118.- MOZAMBIQUE
 119.- MYANMAR
 120.- NAMIBIA
 121.- NAURU
 122.- NEPAL
 123.- NICARAGUA
 124.- NIGER
 125.- NIGERIA
 126.- NIUE
 127.- NORUEGA
 128.- NUEVA ZELANDA
 129.- OMAN
 130.- PAISES BAJOS
 131.- PAKISTAN
 132.- PALAU
 133.- PANAMA
 134.- PAPUA NUEVA GUINEA
 135.- PARAGUAY
 136.- PERU
 137.- POLONIA
 138.- PORTUGAL
 139.- QATAR
 140.- REINO UNIDO
 141.- REP. ARABE SIRIA
 142.- REP. CENTROAFRICANA
 143.- REP. CHECA
 144.- REP. DE COREA
 145.- REP. DEM. DE COREA
 146.- REP. DEM. DE LAOS
 147.- REP. DOMINICANA
 148.- REP. FED. DE YUGOSLAVIA
 149.- RUMANIA
 150.- RUSIA
 151.- RWANDA
 152.- SAMOA
 153.- SAINT KITTS Y NEVIS
- 4 DE DICIEMBRE DE 1991
 19 DE ENERO DE 1999
 14 DE MARZO DE 1947
 25 DE NOVIEMBRE DE 1991
 3 DE JUNIO DE 1949
 22 DE ABRIL DE 1993
 16 DE ENERO DE 1961
 24 DE ABRIL DE 1958
 9 DE ABRIL DE 1965
 5 DE NOVIEMBRE DE 1965
 17 DE OCTUBRE DE 1960
 1 DE FEBRERO DE 1965
 14 DE MAYO DE 1958
 9 DE DICIEMBRE DE 1968
 7 DE MARZO DE 1961
 7 DE ABRIL DE 1948
 4 DE MAYO DE 1992
 8 DE JULIO DE 1948
 18 DE ABRIL DE 1962
 11 DE SEPTIEMBRE DE 1975
 1 DE JULIO DE 1948
 23 DE ABRIL DE 1990
 4 DE MAYO DE 1994
 2 DE SEPTIEMBRE DE 1953
 24 DE ABRIL DE 1950
 5 DE OCTUBRE DE 1960
 25 DE NOVIEMBRE DE 1960
 4 DE MAYO DE 1994
 18 DE AGOSTO DE 1947
 10 DE DICIEMBRE DE 1948
 28 DE MAYO DE 1971
 25 DE ABRIL DE 1947
 23 DE JUNIO DE 1948
 1 DE MAYO DE 1995
 20 DE FEBRERO DE 1951
 29 DE ABRIL DE 1976
 4 DE ENERO DE 1949
 11 DE NOVIEMBRE DE 1949
 6 DE MAYO DE 1948
 13 DE FEBRERO DE 1948
 11 DE MAYO DE 1972
 22 DE JULIO DE 1946
 18 DE DICIEMBRE DE 1946
 20 DE SEPTIEMBRE DE 1960
 22 DE ENERO DE 1993
 17 DE AGOSTO DE 1949
 19 DE MAYO DE 1973
 17 DE MAYO DE 1950
 21 DE JUNIO DE 1948
 19 DE NOVIEMBRE DE 1947
- 8 DE JUNIO DE 1948
 24 DE MARZO DE 1948
 7 DE NOVIEMBRE DE 1962
 16 DE MAYO DE 1962
 3 DE DICIEMBRE DE 1984

154.- SANTA LUCIA
155.- SAN MARINO
156.- ST. TOME Y PRINCIPE
157.- SN. VICENTE Y
GRANADINAS
158.- SENEGAL
159.- SEYCHELLES
160.- SIERRA LEONA
161.- SINGAPUR
162.- SOMALIA
163.- SRI LANKA
164.- SUDAFRICA
165.- SUDAN
166.- SUECIA
167.- SUIZA
168.- SURINAME
169.- SWAZILANDIA
170.- TAILANDIA
171.- TANZANIA
172.- TAYIKISTAN
173.- TOGO
174.- TONGA
175.- TRINIDAD Y TOBAGO
176.- TÚNEZ
177.- TURKMENISTAN
178.- TURQUIA
179.- TUVALU
180.- UCRANIA
181.- UGANDA
182.- URUGUAY
183.- UZBEKISTAN
184.- VANUATU
185.- VENEZUELA
186.- VIETNAM
187.- YEMEN
188.- ZAIRE
189.- ZAMBIA
190.- ZIMBABWE

MIEMBROS ASOCIADOS

1.- PUERTO RICO
2.- TOKELAU

11 DE NOVIEMBRE DE 1980
12 DE MAYO DE 1980
23 DE MARZO DE 1976
2 DE SEPTIEMBRE DE 1983

31 DE OCTUBRE DE 1960
11 DE SEPTIEMBRE DE 1979
20 DE OCTUBRE DE 1961
25 DE FEBRERO DE 1966
26 DE ENERO DE 1961
7 DE JULIO DE 1948
7 DE AGOSTO DE 1947
14 DE MAYO DE 1956
28 DE AGOSTO DE 1947
26 DE MARZO DE 1947
25 DE MARZO DE 1976
16 DE ABRIL DE 1973
26 DE SEPTIEMBRE DE 1947
15 DE MARZO DE 1962
4 DE MAYO DE 1992
13 DE MAYO DE 1980
14 DE AGOSTO DE 1975
3 DE ENERO DE 1963
14 DE MAYO DE 1956
2 DE JULIO DE 1992
2 DE ENERO DE 1948
7 DE MAYO DE 1993
3 DE ABRIL DE 1948
7 DE MARZO DE 1963
22 DE ABRIL DE 1949
22 DE MAYO DE 1992
7 DE MARZO DE 1983
7 DE JULIO DE 1948
17 DE MAYO DE 1950
20 DE NOVIEMBRE DE 1953
24 DE FEBRERO DE 1961
2 DE FEBRERO DE 1965
16 DE MAYO DE 1980

7 DE MAYO DE 1992
8 DE MAYO DE 1991

ANEXO 3

DISTRIBUCION POR REGIONES DE LOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACION
MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

REGION DE AFRICA

ANGOLA	ERITREA	MALAWI	SEYCHELLES
ARGELIA	ETIOPIA	MALI	SIERRA LEONA
BENIN	GABON	MAURICIO	SUDAFRICA
BOTSWANA	GAMBIA	MAURITANIA	SWAZILANDIA
BURKINA FASO	GHANA	MOZAMBIQUE	TANZANIA
BURUNDI	GUINEA BISSAU	NAMIBIA	TOGO
CABO VERDE	GUINEA	NIGER	UGANDA
CAMERUN	GUINEA - ECUATORIAL	NIGERIA	ZAIRE
COMORAS	KENYA	REP. CENTROAFRICANA	ZAMBIA
CONGO	LESOTHO	RWANDA	ZIMBABWE
COTE D'IVOIRE	LIBERIA	STO. TOME Y PRINCIPE	
CHAD	MADAGASCAR	SENEGAL	

REGION DE LAS AMERICAS

ANTIGUA Y BARBUDA	CUBA	HONDURAS	SN. VICENTE Y LAS GRANADINAS
ARGENTINA	CHILE	JAMAICA	SURINAME
BAHAMAS	DOMINICA	MEXICO	TRINIDAD Y TOBAGO
BARBADOS	ECUADOR	NICARAGUA	URUGUAY
BELICE	EL SALVADOR	PANAMA	VENEZUELA
BOLIVIA	ESTADOS UNIDOS	PARAGUAY	
BRASIL	GRANADA	PERU	Miembro Asociado:
CANADA	GUATEMALA	REP. DOMINICANA	PUERTO RICO
COLOMBIA	GUYANA	SAINT KITTS Y NEVIS	
COSTA RICA	HAITI	STA. LUCIA	

REGION DE ASIA SUDORIENTAL

BANGLADESH	REP. POP. DEM. DE COREA	NEPAL
BUTHAN	SRI LANKA	MYANMAR
INDIA	.TAILANDIA	MONGOLIA
INDONESIA		

REGION DE EUROPA

ALBANIA	ESTONIA	LETONIA	SUECIA
ALEMANIA	MACEDONIA	LITUANIA	SUIZA
ARMENIA	RUSIA	LUXEMBURGO	TAYIKSTAN
AUSTRIA	FINLANDIA	MALTA	TURKMENISTAN
AZERBAIYAN	FRANCIA	MONACO	TURQUIA
BELARUS	GEORGIA	NORUEGA	UCRANIA
BELGICA	GRECIA	PAISES BAJOS	UZBEKISTAN
BOSNIA Y HERZEGOVINA	HUNGRIA	POLONIA	YUGOSLAVIA
BULGARIA	IRLANDIA	PORTUGAL	SAN MARINO
CROACIA	ISLANDIA	GRAN BRETAÑA	KIRGUISTAN
DINAMARCA	ISRAEL	REP. CHECA	ESPAÑA
ESLOVAQUIA	ITALIA	MOLDOVA	
ESLOVENIA	KAZAJSTAN	RUMANIA	

REGION DEL MEDITERRANEO ORIENTAL

AFGANISTAN	EMIRATOS ARABES U.	LIBANO	SOMALIA
ARABIA SAUDITA	IRAN	MARRUECOS	SUDAN
BAHREIN	IRAK	OMAN	TUNEZ
CHIPRE	LIBIA	PAKISTAN	YEMEN
DJIBOUTI	JORDANIA	QATAR	
EGIPTO	KUWAIT	SIRIA	

REGION DEL PACIFICO OCCIDENTAL

AUSTRALIA	I. MARSHALL	PAPUA NUEVA GUINEA	TONGA
BRUNEI DARUSSALAM	I. SALOMON	REP. DE COREA	TUVALU
CAMBOYA	JAPON	REP. DEM. POP. LAO	VANUATU
CHINA	KIRIBATI	SAMOA	VIET NAM
FIJI	MALASIA	SINGAPUR	PALAU
FILIPINAS	MICRONESIA	NIUE	Miembro Asociado:
I. COOK	NUEVA ZELANDIA	NAURU	TOKELAU

OBJETIVOS

Prepararse atención médica a toda la población y mejorar su calidad básica

Reducir la incidencia de las enfermedades transmisibles, limitar las no transmisibles y las accidentales, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo y de detección oportuna de las enfermedades.

Promover la salud de la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud.

Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitaria y del medio ambiente.

Apoyar la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto de las parejas.

Contribuir al bienestar social de la población por medio de la asistencia social a los grupos más vulnerables a fin de incorporarlos a una vida más equilibrada en lo económico y lo social. Promover el desarrollo de la familia y la comunidad, así como su integración social.

ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES

1. **SECTORIZACION.** Agrupamiento de entidades paraestatales que realizan funciones y otorgan servicios afines, cuyas actividades son conducidas, planeadas, programadas, evaluadas, organizadas y controladas por una dependencia del Ejecutivo Federal, que en este caso es la Secretaría de Salud.

2. **DEBENTRALIZACION.** Transferencia de facultades y recursos para acercar la toma de decisiones a los lugares donde se prestan los servicios.

3. **MODERNIZACION ADMINISTRATIVA.** Ajuste dinámico de la organización encaminados a incrementar la eficiencia y elevar la productividad del sector público.

4. **COORDINACION INTERSECTORIAL.** Vinculación con otros componentes de las sectores público, social y privado, con objeto de solucionar aquellos problemas que rebasan la competencia del sector salud.

5. **PARTICIPACION COMUNITARIA.** Colaboración activa de la población.

MEDIDAS

1. Reformar la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Decreto Oficial 29-XI-82), facultar a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, salud pública general, para coordinar los programas y servicios públicos de salud y para planear, normar, coordinar y evaluar, el sistema nacional de salud.

—Emisión de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (Decreto Oficial 14-V-83), conferir mayor capacidad de decisión a los órganos del Poder de las Entidades Paraestatales con el fin de fortalecer su autonomía, clarificar las responsabilidades de sus titulares en forma más amplia y precisa; apoyar el papel rector del coordinador rectoral.

2. Emisión de las Leyes Estatales de Salud y Asistencia Social.
—Conformación de programas estatales de salud e interacción orgánica los servicios (Secretarías Estatales o Departamentos de Salud).

—Creación en 1986 del Consejo Nacional de Salud como instancia coordinadora para la programación y evaluación de la salud pública en los Estados descentralizados y el Gobierno Federal.

Establecimiento de Sistemas Estatales de Asistencia Social.

3. Formulación en julio de 1984 del Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría de Salud.

—Reestructuración de la Secretaría de Salud mediante su compactación, diferenciación de funciones.

4. Acción del Gabinete de Salud (Presidente de la República, SEP, IMSS, ISSSTE y DIF) y del Consejo de Secretarías Generales (SEP, CONACYT, IMSS, ISSSTE, DDF, UNAM, IPN, dos Rectores de Universidades de los Estados, Presidente de la Academia Nacional de Medicina y Experto en Ecología). El primero actúa a nivel técnico y el segundo, con carácter político.

5. La consulta popular.

—Formación de Comités de Salud, en algunos casos de Comités Municipales de salud y patronatos de unidades hospitalarias.

—Campañas sanitarias.

ESTRATEGIAS INSTRUMENTALES	MEDIOS	ALCANCES
1. SECTORIZACION. Agrupamiento de entidades paras estatales que realizan funciones y otorgan servicios afines, cuyas actividades son conducidas, planeadas, programadas, evaluadas, organizadas y controladas por una dependencia del Ejecutivo Federal, que en este caso es la Secretaría de Salud.	<p>1.- Reformar la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Diario Oficial 29-XII-82), faculte a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salud pública general, para coordinar los programas y servicios públicos de salud y para planear, normar, coordinar y evaluar, el sistema nacional de salud.</p> <p>— Emisión de la Ley Federal de las Entidades Paras estatales (Diario Oficial 14.V.86), confiere mayor capacidad de decisión a los órganos del Gobierno de las Entidades Paras estatales con el fin de fortalecer su autonomía, definir las responsabilidades de sus titulares en forma más amplia y precisa, y apoyar el papel rector del coordinador rectorial.</p>	<p>1.- Integración del sector salud agrupando los programas y funciones de las instituciones de seguridad social y de otros componentes de la Administración Pública que prestan estos de salud en el ámbito administrativo, se constituyeron dos subsecretarías: el de Asistencia Social (DIF, INSEIN) y el de los Institutos Nacionales de Salud.</p> <p>— Instauración de un Sistema Nacional de Salud cuyo propósito es establecer mecanismos de coordinación y concertación de acciones que en materia de servicios de salud realice el Gobierno Federal, con los que tienen a su cargo los Gobiernos de los Estados y los sectores social y privado, con objeto de racionalizar el uso los recursos disponibles, ampliar la cobertura de los servicios y homogeneizar su calidad básica, para dar cumplimiento al derecho a la salud.</p>
2. DEBENTRALIZACION. Transferencia de facultades y recursos para acercar la toma de decisiones a los lugares donde se prestan los servicios.	<p>2.- Emisión de las Leyes Estatales de Salud y Asistencia Social.</p> <p>— Conformación de programas estatales de salud e integración orgánica de los servicios (Secretarías Estatales o Departamentos de Salud).</p> <p>— Creación en 1976 del Consejo Nacional de Salud como instancia de coordinación para la programación y evaluación de la salud pública entre los Estados descentralizados y el Gobierno Federal.</p>	<p>— Reducción de gastos y mejoramiento en la calidad de los servicios prestados en las localidades donde carecen de instalaciones y en poblaciones dispersas, como resultado de la coordinación entre el IMSS y el ISSSTE.</p>
3. MODERNIZACION ADMINISTRATIVA. Ajuste dinámico de a organización ensamblados a incrementar la eficiencia y elevar la productividad del sector público.	<p>Establecimiento de Sistemas Estatales de Asistencia Social.</p> <p>3.- Formulación en Julio de 1984 del Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría de Salud.</p> <p>— Reestructuración de la Secretaría de Salud mediante su compactación y diferenciación de funciones.</p>	<p>— Avance en los cuadros básicos de insumos del sector salud, principalmente en la compra consolidada de medicamentos.</p> <p>— Homologación salarial y funcional de la rama médica, paramédicos y afines.</p> <p>— Vinculación de los Institutos Nacionales de Salud de interés nacional, trayendo avances importantes en la investigación.</p> <p>2.- Entrega de la operación de los servicios de salud a 14 de los 32 Estados que componen la Federación: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Estado de México, GUANAJUATO, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.</p> <p>— Financiamiento compartido entre la Federación y los Estados</p> <p>— Constitución de 1840 sistemas Municipales DIF.</p> <p>— Desconcentración de facultades y decisiones de Instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE) en favor de sus Delegaciones.</p>
4. COORDINACION INTERSECTORIAL. Vinculación con otros componentes de los sectores público, social y privado, con objeto de solucionar aquellos problemas que rebasen la competencia del sector salud	<p>4.- Acción del Gabinete de Salud (Presidente de la República, SEP, SS, IMSS, ISSSTE y DIF) y del Consejo de Salud Pública General (SS, DIF, CONACYT, IMSS, ISSSTE, DDF, UNAM, IPN, dos Rectores de Universidades de los Estados, Presidente de la Academia Nacional de Medicina y un Experto en Ecología). El primero actúa a nivel técnico y el segundo tiene carácter político.</p> <p>5.- La consulta popular.</p> <p>— Formación de Comités de Salud, en algunos casos de Comités Municipales de salud y patronatos de unidades hospitalarias.</p> <p>— Campañas sanitarias.</p>	<p>3.- Transición de la SS, de una dependencia prestadora de servicios a la entidad responsable de normar, coordinar, supervisar, evaluar y ser gestora financiera de los programas de salud del país.</p> <p>— Reorganización de la SS mediante la reducción de 108 unidades administrativas que se tenían en 1982 a 48 en 1986</p> <p>— Intensificación de los procedimientos principalmente en lo que atañe a la regulación sanitaria.</p>
5. PARTICIPACION COMUNITARIA. Colaboración activa de la población.		<p>— Actualización de los estadísticos demográficos básicos, mediante el sistema estatal de información básica, y las encuestas nacionales.</p> <p>— La cooperación de la su vez envió a la SS en el manejo de diversos problemas de salud, para lo cual se crearon comisiones internas contra: adicciones, nutrición, salud ambiental y ocupacional, movilización social, salud en las fronteras y salud en la mujer.</p>
		<p>4.- Avance en temas tales como la formación de recursos humanos, la investigación en salud, la elaboración del cuadro básico de medicamentos, el diseño de un programa de fomento y desarrollo de la industria farmacéutica, la planeación familiar y la elaboración de programas contra la farmacodependencia, el alcoholismo, el tabaquismo, y los problemas del medio ambiente</p>
		<p>5.- Se instalaron hasta 1986 cerca de 50 mil Comités donde participan alrededor de 18 mil auxiliares voluntarios de las comunidades. Además, 1,000 Comités Municipales de salud en los que participaron autoridades locales, representantes de la comunidad y de prestadores de servicios.</p> <p>— Se estableció la Fundación mexicana para la salud, en la que un grupo de empresarios mexicanos otorga apoyo financiero para el desarrollo de los servicios de salud y para sufragar investigaciones sobre los principales problemas del país.</p>
		<p>— Amplia participación en los días nacionales de vacunación.</p> <p>— Formación de Comités de lucha contra la farmacodependencia y el alcoholismo.</p>

ANEXO 5

LISTA DE PROGRAMAS DE LA OMS

- Programa de Prevención y Lucha contra el Alcoholismo y el Uso Indebido de Drogas.**
- Programa de Salud de los Adolescentes.**
- Programa de Prevención de Accidentes.**
- Programa de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias.**
- Programa de Presupuesto y Finanzas.**
- Programa de Lucha contra el Cáncer.**
- Programa de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas.**
- Programa de Lucha contra los Riesgos para la Salud relacionados con el Medio Ambiente**
- Programa de Tecnología Clínica, Radiológica y de Laboratorio para Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria.**
- Programa de Coordinación Exterior para el Desarrollo Sanitario y Social.**
- Programa de Lucha Integrada contra las Enfermedades Tropicales.**
- Programa de Lucha contra las Enfermedades Cardiovasculares.**
- Programa de Abastecimiento Público de Agua y Saneamiento.**
- Programa del Director General y de los Directores Regionales para Actividades de Desarrollo.**
- Programa de Calidad, Inocuidad y Eficacia de Medicamentos y Vacunas.**
- Programa de Medicamentos y Vacunas Esenciales.**
- Programa de Acción Humanitaria y en Emergencias.**
- Programa de Inmunización**
- Programa de Inocuidad en los Alimentos.**
- Programa de Administración y Servicios Generales.**
- Programa de Apoyo a los Organos Deliberantes.**
- Programa de Lucha contra el SIDA.**
- Programa de Apoyo de Información Sanitaria.**
- Programa de Lucha para la Salud de las Personas de Edad.**
- Programa de Legislación Sanitaria.**
- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.**
- Programa de Investigaciones sobre Reproducción Humana.**
- Programa de Coordinación de la Estrategia de Salud para Todos.**
- Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud.**
- Programa de Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias.**
- Programa de Información Pública y Educación para la Salud.**
- Programa de Gestión Informática.**
- Programa de Lucha contra la Lepra.**

- Programa de Lucha para la Salud de la Madre y el Niño, Incluida la Planificación de la Familia.**
- Programa de Prevención y Tratamiento de los Trastornos Mentales.**
- Programa del Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud, Incluso la Cooperación Intensiva con los Países y los Pueblos más Necesitados.**
- Programa de Actividades de Prevención y de Lucha contra otras Enfermedades No Transmisibles.**
- Programa de Nutrición.**
- Programa de Actividades de Prevención y de Lucha contra las Enfermedades Transmisibles.**
- Programa de Salud de los Trabajadores.**
- Programa de Salud Bucodental.**
- Programa de Salud contra la Ceguera y la Sordera.**
- Programa de Evaluación de los Riesgos de los Productos Químicos Potencialmente Peligrosos para la Salud.**
- Programa de Personal.**
- Programa de Organización de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria.**
- Programa sobre Factores Psicosociales y de Comportamiento en la Promoción de la Salud y el Desarrollo Humano.**
- Programa para los Comités Regionales.**
- Programa de Investigación y Desarrollo en Materia de Vacunas.**
- Programa para la Rehabilitación.**
- Programa para el Fomento y Desarrollo de las Investigaciones, incluidas las Investigaciones sobre Formas de Comportamiento Favorables para la Salud.**
- Programa de Higiene del Medio en el Desarrollo Rural, Urbano y en la Vivienda.**
- Programa de Suministro de Equipo para los Estados Miembros.**
- Programa de Investigaciones sobre Enfermedades Tropicales.**
- Programa de Tabaco o Salud.**
- Programa de Medicina Tradicional.**
- Programa de Lucha contra la Tuberculosis.**
- Programa sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.**
- Programa de Lucha contra la Zoonosis.**
- Programa Conjunto y de Copatrocinio sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**