

191

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ACATLAN

ANALISIS JURIDICO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: CREACION DE UN ORGANISMO DE CONTROL FINANCIERO EXTERNO.



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
IRMA ARACELI GUTIERREZ LOPEZ

ASESOR: LIC. JUAN JOSE LOPEZ TAPIA



OCTUBRE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la ENEP Acatlán y a los profesores que me dieron la formación profesional.

A Dios por estar siempre a mi lado y darme tantas bendiciones en mi vida, permitiéndome llegar a esta meta.

A mis papás, Faustino Gutiérrez Dávila y Araceli López Alemán, por darme la vida y apoyarme en mi formación personal y profesional, por todos sus esfuerzos, desvelos y amor puestos en mí. A quienes nunca podré terminar de agradecer lo que han hecho para ser todo lo que soy. Los amo. Gracias.

A mi prometido Guillermo Carrouche Rivera, compañero, amigo y gran amor; por su gran esfuerzo y dedicación para que yo pudiera lograr esta meta, por ser un gran impulso y de quien he aprendido mucho profesionalmente, mi admiración y amor eternos. Gracias por ser parte importante en mi vida presente y futura. Te amo.

A mis abuelitos Rafael López González+ y Ramona Alemán Rocha+, pilares importantes en mi vida y de quien recibí la mejor herencia: su amor y sus grandes valores. Porque siempre están presentes en mi vida más allá de todo.

autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: IRMA ARACELI
GUTIERREZ LOPEZ

FECHA: 12-SEPTIEMBRE-2002

FIRMA: Gutiérrez J.

A mi hermano Juan Francisco Gutiérrez López, a quien adoro y para quien quiero todos los éxitos, esperando ser para él un buen ejemplo a seguir.

A mi hermana Blanca Verónica Gutiérrez López, a quien quiero mucho y para quien deseo toda la felicidad y éxitos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I

CAPÍTULO PRIMERO "EVOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD"

I.	Las Conferencias Sanitarias Internacionales	1
II.	Primeras Organizaciones Sanitarias Internacionales	7
III.	Labor Sanitaria entre las dos Guerras Mundiales	16
IV.	Organismos Sanitarios Internacionales	19
V.	Las Recomendaciones de San Francisco	21
VI.	Comisión Técnica Preparatoria	23
VII.	Conferencia Internacional de la Salud	26
VIII.	Función de la Comisión Interina	33
IX.	Desarrollo Orgánico de la Organización Mundial de la Salud	40

CAPÍTULO SEGUNDO "ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD"

I.	Objetivo	44
II.	Funciones	44
III.	Miembros Originarios y Miembros Asociados	46
	III.1 Derechos y obligaciones de los Miembros Originarios y Asociados	47
IV.	Órganos de la Organización Mundial de la Salud	
	IV.1 La Asamblea Mundial de la Salud	48
	IV.2 El Consejo Ejecutivo	50
	IV.3 La Secretaría	51
	IV.4 Los Comités	52
V.	Organización Regional	52
VI.	Capacidad Jurídica, Privilegios e Inmunidades	54
VII.	Estatuto del Personal de la Organización Mundial de la Salud	54
	VII.1 Obligaciones, Prerrogativas y Deberes del Personal	55
	VII.2 Cese de Funciones	57
	VII.3 Recursos	58
	ANEXO 1. Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud	59
	ANEXO 2. Distribución por regiones de los Miembros de la Organización Mundial de la Salud	64

CAPÍTULO TERCERO
"LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y SU VINCULACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS"

I.	Representación Recíproca	67
II.	Intercambio de Información y Documentos	68
III.	Cooperación con otros Órganos	69
IV.	Relaciones con la Corte Internacional de Justicia	69
V.	Disposiciones concernientes al personal	70
VI.	Servicios de Estadística, Administrativos y Técnicos	70
VII.	Disposiciones Presupuestarias y Financieras	71
VIII.	Acuerdo vinculatorio entre la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud	72

CAPÍTULO CUARTO
"EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL: ÓRGANO RECTOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD"

I.	Desarrollo Económico y Social como objetivo de las Naciones Unidas	81
II.	Creación del Consejo Económico y Social	83
III.	Funciones del Consejo Económico y Social	84
IV.	Composición del Consejo Económico y Social	84

CAPÍTULO QUINTO
"FUNCIONALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DESDE UN ENFOQUE FINANCIERO"

I.	Conceptualización	87
II.	Obtención de Recursos Financieros	89
III.	Vigilancia y Control de las Cuentas Financieras de la Organización Mundial de la Salud	97
IV.	Relación Salud-Desarrollo	100
V.	Situación Sanitaria	102
VI.	Efectos de la Situación Económica mundial en la Salud Pública	105
VII.	Análisis del Reglamento Financiero de la OMS.	109
VIII.	Creación de un órgano de control financiero independiente de la OMS	120
CONCLUSIONES		123
BIBLIOGRAFÍA		125

INTRODUCCIÓN

La inquietud de elaborar la presente tesis por parte de lo sustentante, nace a partir de observar las deficiencias sanitarias existentes en el mundo entero, específicamente en la región de América Latina, ya que en esta región persisten los tradicionales problemas de salud asociados con la pobreza, las deficiencias del medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida.

Asimismo, surgen nuevos desafíos relacionados con la creciente expansión de la movilidad de personas, bienes y servicios impulsada en gran parte por las iniciativas de integración subregionales y regionales, en virtud de la organización acelerada y los modos de vida adoptados que son perjudiciales a la salud, toda vez que la explosión demográfica registrada en las últimas décadas ha rebasado en mucho a las tasas de crecimiento estimada por los distintos gobiernos de la región lo que ha encarecido día a día los servicios de salud que se prestan y que son en detrimento de las condiciones socioeconómicas.

Por otro lado la reaparición de enfermedades epidemiológicas y la resistencia a los antibióticos ratifican la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de enfermedades. Es así como ciertas enfermedades endémicas volvieron a esta región en la presente década después de haber sido "erradicadas" hace casi un siglo y la mayoría de los países que integran la región de las Américas han comunicado alrededor de 1.2 millones de casos desde que se volvió a presentarse esta epidemia, lo cual impone una reflexión sobre la salud de los latinoamericanos, misma que debe servir como motivación y estímulo para una acción vigorosa en el sentido de restablecer y de preservar el mayor patrimonio de cada ciudadano latinoamericano: su salud.

Por ejemplo, en México anteriormente las causas de muerte eran infecciosas y parasitarias, en la actualidad son enfermedades relacionadas con el corazón, los tumores malignos, las lesiones y accidentes, además de una de las enfermedades de las que se denominan enfermedades de la pobreza. Es menester señalar que la disposición sanitaria de aguas residuales y de excretas es insuficiente ya que sólo alcanza al 69% de la población, y aún así sólo el 10% de las aguas residuales que se recolectan reciben algún tratamiento previo a su disposición final.

Otros problemas ambientales importantes en la mayoría de los países de la región, son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas, acentuándose más en las zonas sobrepobladas.

En este orden de ideas nos conlleva a tratar las limitaciones económicas que afectan gravemente al sector salud de esta región y del mundo entero, imponiendo con frecuencia reducciones drásticas en la disponibilidad de ciertos artículos como medicamentos, equipo médico 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.

II

Cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud estableció un programa llamado "Salud para todos en el año 2000", pero por la insuficiencia de fondos que pasó a ser un factor de suma importancia, originó que muchos países se vieran imposibilitados para poner en toda su magnitud esta estrategia planteada por la O.M.S.; en virtud de que en la mayoría de los países de la Región se han puesto en marcha procesos de modernización del Estado y de reforma del sector salud, las acciones derivadas de estos procesos han afectado en grado diverso a la dinámica política, económica y social de los países involucrados, y en particular a sus sistemas de servicios de salud, afectando además a la construcción de la ciudadanía, la democratización, la gobernabilidad de las instituciones y del Estado, y el desarrollo humano en su conjunto. Es importante, hacer mención de que la Organización Mundial de la Salud anteriormente exigía que todos los viajeros internacionales portaran un comprobante de vacunación contra el cólera, sin embargo, ha eliminado esta disposición de su Reglamento Sanitario Internacional, lo que ha llevado a un descontrol de la epidemia.

Es sabido que la evolución histórica de los contextos económicos y sociales desempeña un papel determinante en la situación y sus tendencias, pero debe recordarse que las modificaciones coyunturales producidas en las relaciones del Estado con los sectores sociales influyen además, positiva o negativamente, en la salud de la población, y los estudios que se han ido efectuando con el tiempo se pone de manifiesto que los grupos pobres son los que presentan el peor estado de salud.

Los movimientos de democratización iniciados en la Región durante la presente década es quizás, el mayor desafío para que la consolidación de las democracias sea superar las inequidades sociales y económicas, y prevenir la exclusión de los sectores más desfavorecidos de los beneficios del crecimiento económico, factores que desencadenan conflictos sociales y violencia, debiéndose forzosamente asegurar la gobernabilidad de las instituciones políticas, para lograr una mejor distribución del poder del Estado, debiendo de promover una auténtica participación social; es por lo anterior que los países de la Región expresan un creciente interés en explorar nuevas formas de financiamiento de los sistemas de salud, mismos que se han visto profundamente afectados por los procesos de reforma en curso.

En este contexto, la salud y por consiguiente, el cometido de la Organización Mundial de la Salud, se ha hecho cada vez más prominente a medida que se ha comprendido que el crecimiento económico se 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, y por lo tanto un elemento indispensable del desarrollo económico y social.

III

Asimismo, cabe señalar que las evaluaciones que realiza la OMS han puesto de manifiesto que la pobreza y el subdesarrollo, así como la crisis económica actual, y el financiamiento de los programas, han sido factores determinantes para obstaculizar el logro de mejores niveles de salud e incluso ésta última ha implicado el retroceso en algunos aspectos y enfermedades en los que ya se había ganado terreno al aplicar estrategias y que en la actualidad se vuelven a presentar.

Es por lo anterior que la promoción de la salud, así como la prevención y el efectivo control de las enfermedades deberán de ser condicionantes fundamentales para el mejoramiento continuo de la salud de la poblaciones, así como la eliminación de desigualdades sociales, en busca de acelerar el mejoramiento de la situación socioeconómica de la Región, mismo que repercutirá directamente en la accesibilidad a los servicios y la disponibilidad de recursos entre todos los países para procurar que los beneficios del desarrollo lleguen con equidad a todos los grupos de población, a lo que la OMS debe de poner mayor interés para que se pueda cumplir, o revisar arduamente los mecanismos con los que se ha ido desarrollando hasta el momento, para poder corregirlos oportunamente, para no convertirse en una Organización obsoleta en el umbral del nuevo milenio.

CAPITULO PRIMERO

"EVOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD"

I. LAS CONFERENCIAS SANITARIAS INTERNACIONALES.

La inquietud por elevar al ámbito internacional los problemas referentes a la salud pública surge el 23 de julio de 1851, inaugurándose la Conferencia Sanitaria Internacional de París, en donde participaron doce gobiernos que fueron: Austria, Cerdeña, las dos Sicilias, España, Estados Pontificios, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, la Sublime Puerta (Turquía) y Toscana, siendo la primera de estas características; dándose la misma por la preocupación existente entre los países que conformaban Europa Occidental, en virtud de que alrededor de 1831, se había registrado el primer brote de cólera en estos lugares, y durante todo este tiempo hasta 1851 había ido avanzando la enfermedad; surgiendo con esto especulaciones interminables y vanas acerca de la naturaleza de enfermedades epidémicas en general, particularmente la enfermedad antes citada, ya que se preocupaban sobre el impacto que pudiera tener esta y la vinculación que tuviera con las condiciones sanitarias, meteorológicas y geofísicas que presentaban en aquellos tiempos.

Aunado a lo anterior cabe destacar, que durante el transcurso de esos veinte años se fueron desarrollando considerablemente las aplicaciones industriales del vapor, dándose un gran auge y extendiéndose los ferrocarriles en todas partes, así como la navegación de tipo mecánica dándole un empuje considerable al comercio internacional, lo anterior llevando una íntima relación con la propagación de las epidemias como el cólera, siendo consecuencia inmediata la mayor rapidez y facilidad de los transportes de aquella época, estimulados por el comercio internacional ya que esto facilitó y a la vez aceleró la propagación del cólera debido a que en esos tiempos las condiciones sanitarias se tornaron precarias por la miseria y el hacinamiento que motivó en gran medida la revolución industrial que se vivía.

En la discusión sostenida por los integrantes de la Conferencia Sanitaria en mención uno de los puntos medulares de las pláticas de esta conferencia, como fue la Revolución Industrial, misma que se presenciaba en aquél momento y parecía ser que las rivalidades existentes se habían olvidado, ayudándose mutuamente los países desarrollados industrialmente, exponiéndose en esa reunión que si bien era cierto que la industria en este siglo era fecunda de igual manera se acrecentaban las condiciones de miseria y hacinamiento en las que se venía dando el desarrollo industrial, conllevando y desencadenando a una situación de carencia sanitaria alarmante a nivel mundial, siendo este el objetivo primordial de la Conferencia; coincidiendo en este año que mientras varios países se vanagloriaban de sus procesos técnicos, en la Exposición Universal en Londres en el mismo momento se publicaban por un autor interdependiente Henry

Mayhew un libro intitulado " London Labour At The London Poor" (Trabajo y Pobreza en Londres) destacando que este era un verdadero modelo de encuesta social en donde se describía el sufrimiento y penalidades que sufrían las clases trabajadoras y las familias de estas en su vida, la misma impresión gráfica de la pobreza y degradación en las que se desenvolvían las clases bajas de una gran ciudad.

Esta publicación surgió nueve años después del informe oficial de Edwin Chadwick, denominado "Informe General Sobre la Situación Sanitaria de la Población Trabajadora en la Gran Bretaña ". Al año siguiente de la publicación de Henry Mayhew, William Farr, precursor de la estadística sanitaria, estableció en base a los resultados sobre defunciones y comparando con Francia, Prusia, Austria y Rusia, que Inglaterra era en ese momento el país más sano del mundo.

Bajo la agitación y contrastes violentos comenzó la internacionalización de la salud pública, donde a la par se observaba el avance material y proceso de saneamiento muy precario en ciudades con un rápido crecimiento y de sobrepoblación. Sin embargo, eso prevalecía únicamente en países Europeos donde estaba prestada toda la atención, mientras que en los países de América no surgía el interés para impulsarlos industrialmente, ni en plantear proyectos de salud pública, salvo lo que las potencias Europeas aportaban a sus colonias.

Tal fue el impacto que tuvo el establecer programas de saneamiento que ocasionó la promulgación de leyes especiales en materia sanitaria, todo esto con el fin de mejorar las condiciones de las ciudades en dicho rubro; en materia del trabajo se reglamentaron en las fábricas las actividades y la forma en que estas se desempeñaban; y por otro lado el gobierno se concientizó ofreciendo a los pueblos la oportunidad de alcanzar un buen nivel higiénico, y sanitario, designando médicos de sanidad en puestos y bajo los beneficios de cualquier funcionario público.

Con la primer Conferencia Sanitaria Internacional en 1851, surge una cooperación a nivel mundial en materia de salud pública siendo consecuencia de un movimiento universal en una época de nacionalismo, donde se complementan también el desarrollo del intercambio y comercio internacionales aunado al progreso de los medios de comunicación y de transporte.

A través del tiempo se observó que para el estudio de los problemas técnicos por medio de expertos de varios países, los métodos tradicionales de negociación bilateral entre diplomáticos profesionales llevados a cabo durante la primera mitad del siglo XIX, se sustituye en la segunda mitad del mismo siglo por la convocatoria de conferencias internacionales, para llegar a acuerdos diversos a parte de los que se tomaban en la política.¹

La Exposición Universal de 1851, ya mencionada anteriormente produjo una gran oportunidad para permitir el intercambio de impresiones y opiniones entre científicos de diversas nacionalidades, donde un resultado fehaciente fue el Primer

¹ LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Publicado por la división de información de la O.M.S. Palacio de las Naciones. Ginebra, Suiza. 1958. p. 3-5.

Congreso Internacional de Estadística en Bruselas en el año de 1853 cuyo punto medular fue establecer una nomenclatura universal de causas de defunción.

Posteriormente se realizaron múltiples conferencias internacionales abocadas a muy diversos rubros, todas estas contando con un carácter gubernamental; sin embargo surgieron otros Congresos y asociaciones no gubernamentales en la segunda mitad del siglo, destacando una gran serie de Congresos Internacionales de medicina celebrándose el Primero en París en 1867, año en que surge un nuevo principio de la cirugía antiséptica. Al finalizar el siglo se habían celebrado en once países diferentes doce Congresos Internacionales en materia de medicina.

Esta Primera Conferencia Sanitaria Internacional, tuvo como primer objetivo que los doce Estados participantes ya mencionados anteriormente lograron llegar a un acuerdo sobre las condiciones de la cuarentena marítima, prestando a la par reconocidos e importantes servicios a la navegación del Mediterráneo y al comercio, a la vez que procuraban la salud pública.

La idea de convocar a la multitudada Conferencia surge del Ministro de Agricultura y Comercio en Francia, en sus funciones de jefe de la Administración sanitaria y comercial; la participación de cada gobierno se presentó por medio de dos delegados, un diplomático y un médico.

Después de seis meses de su apertura, el diecinueve de enero de 1852 la conferencia clausuró sus trabajos tras una serie de cuarenta y ocho sesiones plenarios y numerosas reuniones, lográndose obtener como resultado la existencia de un Convenio Sanitario Internacional anexándole su respectivo reglamento, consistente en 137 artículos, ambos firmados por las doce Naciones miembros a través de sus representantes, el diecinueve de diciembre de 1851; verificándose después su revisión el dieciséis de enero de 1852.

Dichas rúbricas no obligaban a los miembros, posteriormente, después de cuatro meses sólo lo firmaban cinco de los doce estados participantes los cuales fueron: Cerdeña, Francia, Portugal, la Sublime Puerta (Turquía) y Toscana. EL 18 de mayo de 1852 tras la obligación de ratificar el convenio actúan Francia y Cerdeña entrando en vigor entre ambos países. Portugal se adhiere un poco más tarde, sin embargo, este país y Cerdeña se retiran provocando que quedara sin efecto alguno dicho convenio.

El fracaso producido creó polémica, en cuanto a sus causas, algunos consideraron que se debía al procedimiento ya que adoptaron el método de que votara cada uno de los delegados individualmente y no así por medio de cada uno de los estados representados. Esto trajo como consecuencia contradicción entre los representantes de un mismo país, ya que lo hacían en forma diferente lo cual no reflejaba la unanimidad de los representantes ni mucho menos sus mismos puntos de vista, manifestando únicamente las diferencias entre administradores y médicos.

Por otra parte se consideró la ignorancia prevaleciente tanto de los diplomáticos como de los médicos participantes durante la realización de la primera conferencia,

toda vez que no hubo una aportación para contrarrestar y atacar la propagación de las enfermedades examinadas como lo eran el cólera, la peste y la fiebre amarilla.

Durante el siglo XIX la epidemia del cólera tuvo gran atención a nivel mundial, tal fue la importancia que la literatura lo tomó como tema primordial.

Mucho tiempo antes de que la enfermedad se presentara en Francia el Ministro del interior se dirigió a la Real Academia de Medicina para que a la brevedad posible se establecieran medidas preventivas e instrucciones para el tratamiento del cólera, sin embargo su única aportación fue que no se había demostrado que fuera una enfermedad transmisible.

La aportación de la literatura durante las tres primeras décadas de la aparición del cólera, fueron investigaciones epidemiológicas bastante completas, publicándose primeramente el informe de una Comisión Oficial sobre la primera epidemia del cólera en París. Cabe mencionar que se estableció por medio de la Junta de Sanidad que el origen de dicha enfermedad venía de las actividades ilícitas de contrabando a través del canal de la Mancha, sin embargo dada la naturaleza de estas actividades no podía aplicarse la medida de cuarentena. Pero la realidad era que el cólera había aparecido en Sunderland, en la costa Oriental de Inglaterra, meses antes de invadir Francia, en este país llegó el 15 de marzo de 1832 a Calais desde Inglaterra, apareciendo en París ocasionando un número elevado de víctimas en muy poco tiempo; en el informe mencionado aparecían estadísticas del cólera, tomando en consideración datos importantes como edad, sexo, duración de la dolencia, temperatura atmosférica, situación de la localidad, riesgo de exposición, latitud, humedad del suelo, densidad de población, clase social, empleo, entre otros factores.

Le siguieron aún mas estudios epidemiológicos como los realizados por William Farr en 1848-1849 relativos a la presencia del cólera en Inglaterra, también participó en un Comité llevado a cabo en 1854, permitiendo esta serie de trabajos llegar a la conclusión de que existe una relación causa-efecto entre el cólera y el ambiente.

Desde el surgimiento del cólera se tenía la idea de la influencia de un agente externo para provocar en parte el cólera. Esta teoría fue seguida por John Snow en dos ocasiones, primero en 1849 y posteriormente en 1855 de forma más detallada constituyendo sólo una hipótesis aunque Robert Koch, tiempo después estableció la relación entre el cólera y el bacilo, no vino a destacar la existencia de la idea anterior.

En virtud de los resultados obtenidos con relación al cólera, un representante de Austria en la Primera Conferencia Internacional, propuso que se eliminaran del orden del día el tema relativo al cólera ya que era inútil actuar con medidas de cuarentena para combatirlo y era sólo una enfermedad epidémica, hecho que fue apoyado por los delegados de Francia y Reino Unido.

Para establecer una generalidad se creó un Comité, integrado por cuatro médicos y tres funcionarios consulares; dichos miembros además de considerar inaceptable el aislamiento de pasajeros procedentes de buques donde se presentaba la

enfermedad infecciosa, también consideraron humillante la práctica a través de la cual se impedía la conveniente dispersión de los viajeros por todos los medios posibles. Pero a pesar de todo lo anterior, en el Convenio se estipulaba como medida preventiva contra la dispersión del cólera, la cuarentena al igual que otras enfermedades. El considerar que no era necesario tal medida se debía a que en aquellos tiempos consideraban que una enfermedad de origen epidémica sólo se transmitía bajo determinadas circunstancias, condiciones de clima y suelo, afectando a una gran cantidad de gente sin que esto se transmitiera de un individuo a otro. En fin, tanto al término de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional como durante los treinta años subsecuentes, los delegados médicos aportaron tan sólo hipótesis en ocasiones contradictorias que no aportaron nada nuevo en materia de sanidad pública, logrando resultados muy precarios.

Ocho años después de la Primera Conferencia, en 1859 surge la Segunda Conferencia Sanitaria Internacional en París, ya no bajo el mismo esquema que el anterior, descartando la participación de los delegados médicos y teniendo una duración de cinco meses. En dicha Conferencia se logró la realización de un nuevo proyecto de Convenio, corriendo con la misma suerte que el anterior pues ya nadie tuvo conocimiento acerca de él.

En 1866 en Constantinopla tiene lugar la tercera Conferencia Sanitaria Internacional con una duración de siete meses. Durante estas sesiones se obtuvo un gran avance en cuestiones de salud pues elaboró un acuerdo cuyo punto importante fue el abundante estudio de cuestiones técnicas, aunque más tarde se probó que no habían alcanzado un grado máximo de exactitud científica. Existieron de su parte reconocimientos unánimes acerca de que el cólera era una enfermedad endémica en la India, pero no así en los demás países, así como darle el carácter de transmisible, además de que el aire era el principal agente causante y que el agua contribuye bajo ciertas condiciones a la propagación del cólera.

La Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional tuvo como lugar de inauguración la ciudad de Viena, esto el primero de julio de 1874, caracterizándose por su corta duración de un mes, esta fue la primera después de la apertura del Canal del Suez en 1869. Alemania participó con dos delegados, Alexander Hirsch y Max Von Pettenkofer, este último ofreció dieciocho años más tarde su demostración de amplia fe en cuestiones de teorías erróneas acerca del cólera.

Durante esta Conferencia los delegados de las veintiún naciones representadas estudiaron exhaustivamente las recomendaciones científicas de la Tercera Conferencia y por unanimidad de votos llegaron a las siguientes conclusiones:

A) El cólera endémico existente en la India constituía una enfermedad importada en los otros países;

B) Era transmitida por seres humanos procedentes de lugares infecciosos, así como efectos personales;

C) Debían considerarse a los cadáveres de las víctimas del cólera como peligrosos;

D) El aire constituía el principal agente transmisor de las enfermedades, sin embargo estudios atmosféricos no permitían una total certeza;

E) El agente causante perdía su capacidad patógena al contacto con aire puro;

F) No habían podido establecer los medios para lograr un ataque contra la enfermedad, sin embargo se reconocía la amplia importancia de medidas preventivas de higiene.²

Cabe destacar que no se obtuvo una opinión general acerca de la forma de transmisión a través de alimentos, bebidas, animales, mercaderías; duración del periodo de incubación y la posibilidad de descubrir que algunos desinfectantes conocidos actuaran destruyendo el agente causante o atenuar sus efectos.

Pese a todos estos acuerdos a medias se logró un punto satisfactorio, la formación de una Comisión Internacional permanente de las Epidemias, cuyo precursor y defensor fue el Doctor A. Proust miembro de la representación Francesa; se propuso y por mayoría de votos se estableció como sede, la ciudad de Viena en Suiza. Se compondría de médicos de cada gobierno participante, abocándose únicamente a cuestiones científicas, cuyo estudio comprendía las causas del cólera y su prevención, comenzando con el estudio de las condiciones climáticas y telúricas en regiones del Mediterráneo Oriental y del mar Negro, así como la epidemiología de dicha enfermedad presente en buques y puertos así como su periodo de incubación.

Para 1881 participa por primera vez los Estados Unidos de América, en una Conferencia Sanitaria Internacional, reunida en Washington, constituyendo la única de las ya celebradas que se efectuó en el hemisferio occidental. Primordialmente se llegó a un acuerdo para la creación de un " Organismo Sanitario Internacional " formado por dos oficinas que dividían al mundo, una constituida en Viena la cual estaba encargada de reunir y distribuir las informaciones relativas a Europa, Asia y África; y por otra parte existía una segunda oficina en la Habana, con la misma finalidad que la anterior pero en lo concerniente a las Américas; naciendo el interés y la propuesta de crear otra oficina en Asia para lo cual se requería contar con contribuciones por parte de los gobiernos participantes, quienes debían ser notificados en cuanto a la cuantía que les correspondiera por Austria-Hungría y España, previa la existencia de un presupuesto anual.

La notificación hecha a los participantes era un claro precedente de la importancia y la comunicación del sistema internacional y claro en cuanto a la información que se generaba sobre las epidemias.

Durante esta Conferencia se presentan acontecimientos que pasarían a la historia, a los cuales no les prestaron mayor atención, tal es el caso del delegado

² ídem. p. 6-11.

especial de España que a la vez representaba a Cuba y Puerto Rico, Carlos Finlay con su aportación de que las recomendaciones acerca de las preocupaciones que se debían tomar para no contraer la fiebre amarilla eran formuladas desde diversos enfoques, resultando contradictorias, por eso la idea de establecer una tercera opinión por parte de él "La intervención de un agente intermedio en la transmisión de una enfermedad epidémica" buscando con esto que existieran alternativas para atacar dichas enfermedades. Al mismo tiempo se descubría el mosquito que desde su punto de vista era el transmisor de la fiebre amarilla teniendo un impacto de incredulidad, hasta que en 1900 la Comisión de fiebre amarilla del ejército de los Estados Unidos la confirma plenamente.

Posteriormente se llevaron a cabo más Conferencias Sanitarias en Roma (1885), Venecia (1892), Dresde (1893), París (1894) y Venecia (1897), formulándose en todas y cada una de ellas un convenio con trascendencia limitada referente al cólera o a la peste.

En todas estas Conferencias se perseguía crear una universalidad de ideas y decisiones científicas para salvaguardar los intereses nacionales en cuanto a la salud pública, sin embargo se tornó lento durante los primeros cincuenta años de lucha, lo cual no permitió descubrir los elementos de los problemas que tenía la humanidad y que eran los enfoques primordiales.

Es de suma importancia el tomar en cuenta las ideas principales de las conferencias, en primera, la necesidad de neutralizar los obstáculos que impedían el avance comercial y de transportes; y por otro lado la inquietud de Europa por inmunizarse contra las enfermedades epidemiológicas de esos tiempos.³

II. PRIMERAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTERNACIONALES.

Al comenzar el siglo XX sigue persistiendo una inquietud internacional por lograr una excelente salud en los diferentes rincones del mundo, es así que en 1903 nuevamente en París se inaugura la Onceava Conferencia Sanitaria Internacional cuya finalidad era principalmente la unificación de los convenios celebrados en 1892 (Venecia), 1893 (Dresde), 1894 (París) y en 1897 (Venecia) para recopilarlos en uno solo denominado "El Convenio Sanitario Internacional de 1903", tocando nuevamente los temas del cólera y de la peste. Esta Conferencia se celebró al mismo tiempo en que se despejaba todo el ambiente de obscuridad presente en investigación referente a las tres enfermedades epidémicas más importantes en la historia (el cólera, la peste y la fiebre amarilla), surgiendo así de la aplicación de métodos científicos con resultados plenamente comprobados acerca de su transmisión.

³ Idem. p. 12-14.

En lo concerniente al cólera se logra establecer su carácter fundamental declarando el Presidente de la Conferencia el conocimiento de las medidas preventivas contra el cólera.

En la Conferencia Sanitaria Internacional de 1903 se notaba ya un ambiente positivo sobre los conocimientos científicos que permitieron descubrir la intervención de las ratas en la transmisión de la peste y del mosquito *Aedes aegypti* en la producción de la fiebre amarilla, contra el cual se crearía una campaña para erradicarlo de la Habana actuando la Comisión de la fiebre amarilla del ejército, de los Estados Unidos de América.

Ahora vendría el problema de emplear a la práctica los problemas científicos en materia de salud pública; es así que la delegación de Francia propone la creación de una Oficina Internacional, dicha sugerencia se aprueba y se crea una Comisión de Medios y Arbitrios que se encargó de estudiar toda la información contenida respecto de las seis oficinas internacionales en funcionamiento cuya ocupación era respectivamente la propiedad literaria, propiedad industrial, servicios postales, servicios telegráficos, ferrocarriles y pesas y medidas; y bajo la observación de las necesidades imperantes en esa época sobre la salud pública hace una propuesta para la creación de una oficina internacional de sanidad, bajo el esquema de la Oficina Internacional de pesas y medidas, cuya sede sería París.

Se presentaron discrepancias al tratar de establecer sus funciones, algunos opinaban que no debía intervenir en asuntos nacionales, sin embargo otros, como el primer Presidente del Comité, pugnó porque tuviera un carácter ampliamente internacionalizado de independencia respecto al país en que tuviera su sede, se abocaría sólo a prestar una ayuda moral a las administraciones de salud pública de cada gobierno, es decir, sólo opinaría y aconsejaría en cuanto a la prestación y organización de servicios de higiene prestados a la población. Dicha sugerencia trascendió, pues propusieron a Francia que de manera oficial hiciera la propuesta de la creación de la Oficina antes mencionada, incluyéndose en el artículo 181 del Convenio Sanitario Internacional de 1903 tal disposición.

Es así que el 9 de diciembre de 1907 firman los representantes de doce de los Estados miembros (Bélgica, Brasil, Egipto, España, EE.UU., Francia, Gran Bretaña, Italia, Países Bajos, Portugal, Rusia y Suiza) el acuerdo de Roma para el cual se declaraba la fundación de la Oficina Sanitaria Internacional con la opinión general de que la sede fuera París, denominándose "The Office International D'Hygiène Publique" (OIHP). Su organigrama estaría compuesto por un Comité, integrado de delegados representantes de los países miembros, teniendo la autoridad y el control, los delegados según la Constitución de la Oficina, debiendo fungir como representantes técnicos aunque figuraban tanto médicos como diplomáticos.

Para los países que no habían firmado el acuerdo de Roma podían adherirse después obligándose obviamente a cumplir con su Constitución, cubriendo las contribuciones respectivas para el presupuesto obteniendo de esta forma el derecho de contar con representación en el Comité Permanente.

Tomando en consideración las propuestas hechas en la Conferencia se crea el Office International D'Hygiène Publique, con su carácter enteramente internacional al no interferir en las actividades de las administraciones sanitarias internacionales sólo sostendría una comunicación directa con estas, contando con independencia ante las autoridades del país donde se situara.

Entre sus funciones la Oficina Sanitaria Internacional distribuiría informaciones que atrajeran el interés general en materia sanitaria, principalmente en lo concerniente a enfermedades transmisibles y las medidas preventivas en consideración, sugiriendo algunos cambios y modificaciones dirigidos al mejoramiento de convenios sanitarios internacionales. Su idioma oficial sería el francés el mismo que se manejaría en el boletín que publicaría. En su organización contaría con un Director y un secretario general designados ambos por el Comité Permanente y con cargos de tiempo completo. Serían nombrados además otros funcionarios que fueran necesarios, los miembros se dividirían en seis categorías, cada Estado elegiría a la categoría que deseaba pertenecer; los de la primera, contribuirían al presupuesto con veinticinco unidades disponiendo de seis votos mientras que los de la última aportarían solamente tres unidades correspondiéndoles, únicamente un voto.

En la Constitución se estipulaba el presupuesto anual que no debía de rebasar de 150 mil francos franceses, salvo que tuviera la autorización de las potencias signatorias. Tal cantidad excepcionalmente podría rebasar su límite con las aportaciones de los Estados que se adhirieran posteriormente al acuerdo.

La primera sesión del Comité Permanente del OIHP se celebró el 4 de noviembre de 1908 en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia, participando sólo nueve países de los doce firmantes incluyéndose en esta reunión Brasil, Países Bajos y Portugal, asistiendo además delegados de la India Británica, Serbia y Túnez.

Tras la participación del Señor Camille Barrère en múltiples Conferencias Sanitarias Internacionales, para ser más exactos desde la séptima, no podía pasar inadvertida su asistencia en la Oficina Sanitaria Internacional donde festejó su nacimiento como resultado de la conjunción y cooperación de países europeos tanto en el rubro científico como en el diplomático.

El primer Presidente del Comité Permanente, el Profesor Rocco Santoliquido puntualizó una de las funciones más importantes de la OIHP al divulgar toda la información necesaria que surgiera sobre enfermedades que causaran alarma por un grado de ataque a la población de países civilizados.

Observamos por todo lo anterior que al principio solo importaba la afectación higiénica, que tuvieran los países europeos, pero después sus fronteras se ampliaron al integrarse casi sesenta nuevos países al acuerdo de Roma, tornándose con un enfoque más internacional.

El Comité Permanente actuó administrativamente con el nombramiento de un director y un secretario general, la elaboración y aprobación de un reglamento, la

búsqueda exhaustiva de locales adecuados para la sede de la Oficina, fijar el número de funcionarios necesarios y las condiciones y requisitos que se les exigiera.

No cesaban las diversas opiniones, algunos consideraban que el director de la OIHP debía ser un médico, ante esta propuesta el presidente y el señor Camille Barrère emiten un voto negativo, ya que desde el punto de vista del segundo se violaría el objetivo primordial y se rompía con el fin del convenio en cuanto a la conjugación de la medicina con la diplomacia, volviéndose de un carácter puramente médico, continuaron de esta forma las discusiones pese a la votación favorable de la tesis del señor Camille Barrère, pues no se ponían de acuerdo sobre el procedimiento de selección. Algunos de los miembros fueron sorprendidos al comunicárseles que en la primera reunión se haría la elección del director y el secretario general por lo que proponen que se diferieran las elecciones aplazándose hasta que tuvieran la oportunidad todos los miembros de presentar sus candidaturas y se hiciera un anuncio público de vacantes, sin embargo no tuvieron suerte y desechan la proposición por mayoría de votos por lo que el 9 de noviembre de 1908 se elige al primer director el señor Jacques De Cazotte, totalmente ajeno a la medicina.

Inmediatamente procedió a elegir al Secretario General ocupando tal puesto el Doctor H. Pottevin, sucesor tiempo después de su conacional en el cargo de Director de la OIHP. Asimismo se dieron a la tarea de designar a un jefe de sección, dos redactores, traductores, un contador, un archivista, y dos ordenanzas de oficina todos como miembros del personal.

El lugar elegido para instalar la OIHP resultó insatisfactorio para sus miembros, por lo que en abril de 1909 en una segunda reunión, el Comité Permanente se instala en el 195 de Boulevard Saint Germain, primeramente en forma provisional para después convertirse en sede definitiva.

En cuanto a su régimen de sesiones en el reglamento del Comité Permanente se estableció que en octubre se llevara a cabo la reunión ordinaria anual y una segunda posiblemente en abril, y por iniciativa del Presidente o por el voto de una tercera parte como mínimo de los miembros del Comité en mención, se celebrarían otras reuniones extraordinarias. Sin embargo, en sus funciones ya de forma práctica se celebraron una reunión ordinaria en octubre, presentándose con la misma regularidad en abril o mayo, una con carácter extraordinario continuando con este formato hasta que debido a la Primera Guerra Mundial de 1914 impidió la reunión ordinaria correspondiente a ese año.

Gracias a los resultados que dejó la Revolución Industrial y a los adelantos científicos vinculados con el avance de las profesiones sanitarias pudieron establecerse nuevos métodos de control de enfermedades transmisibles, lo cual se daba a la par del arranque de actividades de la Oficina en comento, además no podía definirse aún la diferencia entre un médico profesional cuyo trabajo fuera únicamente la medicina, y el médico que desempeñaría funciones administrativas sanitarias, pero más tarde se establece la especialización.

Durante las reuniones del Comité se presentaba un ambiente de polémica y discusiones gracias a la poca asistencia de sus miembros, permitiendo el intercambio de opiniones y debates con respecto a las cuestiones técnicas y científicas plasmadas en las actas levantadas en las primeras sesiones, donde se recopilaban aquellos puntos importantes sobre la situación de las ciencias sanitarias imperantes en aquellos tiempos, conformando una gran aportación al mundo, a través de la difusión mensual del boletín de la Office International D'Hygiène Publique.

No hubo que esperar mucho tiempo para que se presentaran problemas económicos ya que se requería atacar a los agentes intervencionistas en las enfermedades como lo eran los roedores que provenían de las embarcaciones a la tierra y viceversa, de aquí la necesidad de estudiar la manera de canalizar el capital. El doctor H. Pottevin, en su cargo de Secretario General fue el encargado de elaborar el informe consistente en la mención de aquellos métodos utilizados hasta ese momento, aunque tuvo una aceptación general dicho documento; también se creó polémica acerca de sus alcances para comprometer a la OIHP por lo que considerando que sus planteamientos no eran ley, se giró una copia a todos y cada uno de los delegados para que asentaran sus observaciones y de esta forma imprimir uno definitivo.⁴

Los alcances de la Office International D'Hygiène Publique fueron amplios durante sus primeros nueve meses de existencia donde se realizaron programas de fumigación de ratas e insectos, se ventilaron los problemas de la fiebre amarilla, cólera, la tuberculosis, peste, paludismo, fiebre tifoidea, entre otros, y las medidas preventivas tomadas en consideración. Además su interés llegó también a trabajar sobre la sanidad alimentaria, construcción y administración de hospitales y las cuestiones higiénicas, en industrias y centros escolares, un acuerdo importante de la segunda reunión en 1909 fue la estandarización biológica.

Es así que la Oficina en comento tiene un éxito rotundo pues logra convertirse en la principal fuente informativa internacional de los avances científicos y médicos de los directores de varios servicios de sanidad. Las aportaciones hechas por esta Oficina permitió a los Estados miembros, un conocimiento acerca de cómo dirigir sus actividades en situaciones controvertidas. En 1910 el Comité Permanente considera urgente el crear un acuerdo sobre patrones de sueros y vacunas.

Se firma posteriormente el 12° Convenio Sanitario Internacional en 1912, posterior a la revisión del Convenio de 1913, surgen así mismo recomendaciones provenientes de estudios y debates concentrados de diversos países las cuales consistían en 1913, en que los gobiernos convirtieran en una participación nacional, la inspección de aguas tanto potables como servidas; la obligatoriedad de notificar las estadísticas de casos de tuberculosis y las defunciones, producto de la mencionada enfermedad; en 1914 recomiendan las medidas profilácticas de la fiebre tifoidea y que la notificación de casos de lepra fuese obligatoria así como la vigilancia y el aislamiento.

El estallido de la guerra repercutió en las actividades de la OIHP, pues estas fueron suspendidas pero no así la publicación regular del boletín.

⁴ Idem. p. 15-19.

El profesor Rocco Santoliquido Presidente del Comité Permanente, en la primera reunión convocada después de la guerra, manifestó que la garantía de alcanzar un alto nivel de salud internacional era el prestarle atención primeramente en el campo nacional de cada Estado, ya que no siempre los métodos empleados en las grandes ciudades tendrían el mismo efecto en comunidades rurales, donde la salud era precaria, considerando anticuado científicamente tanto el término de cuarentena como la defensa contra las enfermedades por medio de una barrera; debían atacarse y exterminarse los lugares de origen de las enfermedades transmisibles, ocasionando con esto una limitación en la extensión de los servicios sanitarios.

Así la educación cotidiana tomaría un lugar importante para la información y transmisión de dichas disposiciones. Es por lo anterior que el 3 de junio de 1919 en una reunión intergubernamental quedan cimentadas las bases para las actividades sanitarias.

Todos los resultados obtenidos se vieron truncados al estallar la Segunda Guerra Mundial, pues se produjo una desorganización internacional. En 1919, en la primera reunión del período de postguerra, el presidente del Comité Permanente se vanagloriaba de las actividades a nivel internacional en materia de salud pues consideraba un período de expansión y expectativas para el OIHP, pero cinco meses después en la siguiente reunión tal sueño se vino abajo, pues el Pacto de Sociedad de Naciones incluiría en su inciso f del artículo XXIII el esfuerzo de los miembros por implantar medidas de orden internacional para el combate y nulidad de enfermedades.

En la segunda reunión de octubre de 1919 el entonces presidente Dr. O. Velghe anunció que había asistido a Londres a una reunión extraoficial el 15 de julio del mismo año; invitación recibida por parte del Ministro de sanidad de la Gran Bretaña, para analizar el artículo del Pacto de la Sociedad de Naciones antes señalado; contando con la asistencia de delegados de Francia y de los Estados Unidos de América; y de representantes de la liga de Sociedad de la Cruz Roja y el doctor H. Pottevin en funciones de Secretario General del Office International D'Hygiène Publique.

Al finalizar la reunión el 30 de julio de 1919 se obtiene por parte de los miembros de que el OIHP continuara con sus funciones con la salvedad de un posible cambio en su denominación y se subordinara a la Sociedad de las Naciones. A pesar del cuestionamiento sobre la intervención sanitaria de la Sociedad de las Naciones no se encuentran plasmados los motivos, pero se considera que fue el interés de contar con una mayor coordinación y así lo aseguró un antiguo miembro de la Comisión de la Conferencia de Paz de la Sociedad de las Naciones, pues el mismo Pacto en referencia en su artículo 24 regulaba la autoridad de la Sociedad sobre todas las oficinas internacionales de cualquier índole, creadas por tratados colectivos.

Además debe considerarse el estado higiénico en que se encontraba la comunidad internacional durante la última fase de la Segunda Guerra y el primer período de la postguerra, tiempo en que se han acrecentado las enfermedades epidémicas y de otro tipo. Aunado a lo anterior, el declive económico de la OIHP y la reducción de recursos humanos lo colocó en un estado de retroceso.

A petición del Consejo de la Sociedad de Naciones del 13 al 17 de abril de 1920, en Londres se lleva a cabo una Conferencia Sanitaria Internacional con la participación de cinco países: EE.UU., Francia, Gran Bretaña, Japón e Italia, así como representantes de la Liga de Sociedad de la Cruz Roja y del OIHP, gozando de plenitud de derechos y voto, Bélgica y Brasil que habían sido invitados no pudieron asistir debido al cambio de fechas.

Como punto medular de la Conferencia existe la recomendación por parte del Consejo de la Sociedad de las Naciones, de la creación de una organización internacional de higiene conformado en su estructura por un Comité Ejecutivo, una oficina internacional de higiene y un Comité General, el cual contaría con delegados de los países miembros de la sociedad, así como también de los no miembros pero que contarán con representación del OIHP. Dicha Organización fungiría como órgano permanente de la Sociedad.

Salvo la opinión de los países signatarios del acuerdo de Roma (1907) la OIHP pasaría a ser parte integrante de la recién creada Organización Internacional de Higiene, haciendo las modificaciones pertinentes a su Constitución. Este plan se aprueba en agosto de 1920 por el Consejo de la Sociedad de Naciones y por la Asamblea de la Sociedad celebrada en diciembre de ese mismo año.

Se hacen cambios y el Comité Ejecutivo se transforma en Comité Técnico designando sus miembros el Comité General, el cual no podía constituirse hasta en tanto no dieran su consentimiento los Estados firmantes del acuerdo de Roma.

Como medida preventiva, y antes de que entrara en funcionamiento la Organización Internacional de Higiene, el Consejo de la Sociedad de Naciones en una resolución acordada el 13 de marzo de 1920, solicita a la Conferencia presente, planes para actuar oficialmente a examinar los efectos y problemas existentes en Polonia con motivo de la epidemia de Tifo; así como también, que solicitara a dicho gobierno su cooperación con la información referente a la enfermedad, es así que Polonia envía una delegación al frente de su viceministro de Sanidad, Doctor W. Chodzko y el doctor L. Rajchman, quien al año siguiente es nombrado director médico de la Organización Internacional de Higiene.⁵

La Conferencia en su informe rendido al Consejo de la Sociedad de las Naciones declara en estado de alarma a Polonia por lo que hace a la epidemia del Tifo, manifestando que se requería de una cooperación internacional y que sólo la Sociedad de Naciones podía actuar en la prevención. Por la gravedad de la situación se requería que la Sociedad de las Naciones comenzara a actuar sin detenerse a esperar la autorización de cada uno de los gobiernos miembros del Office International D'Hygiène Publique, acerca de su subordinación e incorporación a la Sociedad.

De tal forma el Secretario General de dicha Sociedad emite un comunicado el 11 de marzo de 1921, dirigido al presidente del Comité Permanente del OIHP, donde proponía que se creara inmediatamente un Comité Técnico de índole temporal, estaría

⁵ Idem. p. 20-23.

integrado por delegados de los cuatro Estados representados en forma permanente en el Consejo de la Sociedad, cinco miembros del Comité Permanente del OIHP, y un representante de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y otro de la Organización Internacional del Trabajo; propuesta que no tuvo éxito y se rechazó por el Comité Permanente, en la reunión del mes de abril, debido, según a lo manifestado por el presidente de dicho comité a la negativa de los Estados Unidos de América por aceptar que una organización internacional de cualquier índole a la que perteneciera se incorporara a la Sociedad de las Naciones.

Como consecuencia, en los treinta años subsecuentes se crean a la vez dos Organizaciones Internacionales de Higiene independientes.

Los días 5 y 6 de mayo de 1921 se conforma un Comité interino de Higiene de la Sociedad de Naciones compuesto por los cuatro miembros permanentes del Consejo de la Sociedad de las Naciones y representantes de la Organización Internacional del Trabajo y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, pero los miembros del Comité Permanente del OIHP dudan de la legal integración del Comité Interino de Higiene, pues no estaba apegado a la resolución del Consejo de la Sociedad de las Naciones en cuanto a su estructura. Posteriormente se toma la decisión de que dicho Comité estaba incapacitado para realizar sus atribuciones, y en una nueva determinación se invita al Consejo de la Sociedad a que formara un nuevo Comité interino de higiene, el cual consideraba la participación del OIHP con representantes aunque sólo se hiciera con carácter consultivo.

Es así que el 22 de junio se crea un nuevo Comité que sesionó por primera vez del 25 al 29 de agosto donde participaron además de los miembros originales los representantes del Comité Permanente de la Oficina Sanitaria Internacional.

Sin embargo, los problemas por establecer el carácter de las actividades sanitarias prevalecieron, pues existía la preferencia de que la Sociedad de las Naciones en la integración del Comité técnico interino tuviera un carácter tan sólo político; estaría compuesto de los delegados de los cuatro estados miembros de manera permanente así como los otros miembros, los representantes de la Organización Internacional del Trabajo y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y por último los delegados gubernamentales elegidos entre los miembros del Comité del OIHP.

Al establecerse el Comité provisional de Higiene, el Consejo de la Sociedad de Naciones les hace un pedimento consistente en que actuaran desempeñando sus funciones no por interés de su nación exclusivamente, sino de manera técnica y ética en cuanto al cargo que ocuparan y al desempeño de su profesión.

La invitación para participar en el Comité Provisional era extraoficial y su elección correspondía al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del Comité del Office International D'Hygiène Publique, con lo que se deseaba que las funciones en materia de Sanidad no fueran efectuadas a la vez por el Comité de Higiene Internacional y el Comité del OIHP.

En octubre de 1921 y mayo de 1922 sesiona el Comité Provisional de Higiene en su segunda y tercera reunión respectivamente. Para la reunión número cuarta se anuló el término "provisional" quedando únicamente la denominación "Comité de Higiene" de la Sociedad de las Naciones.

Con el transcurso de los años, continuaba el interés por lograr la cooperación entre el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones y del OIHP, de esta forma el 30 de enero de 1923 el Consejo de la Sociedad de las Naciones, decide sobre la creación de un Comité Mixto integrado por igual número de representantes del Comité de Higiene de la Sociedad y del OIHP.

Dicho Comité mixto, con el cargo de crear una Organización Permanente, se reúne el 27 de mayo de 1923 con la asistencia de sus dieciséis miembros en los términos de igualdad participativa por el Comité y el OIHP cuyos miembros de este último tenían como consignación la no aceptación de sugerencias que trajeran como consecuencia una modificación en su Constitución o en sus funciones.

El Comité Mixto en su informe recomendaba que en su estructura la Organización Permanente se formara por:

- 1) Un Consejo General Consultivo de Higiene.
- 2) Un Comité de Higiene.
- 3) Una sección de Higiene de la Secretaría de la Sociedad.

De esta forma el Comité Permanente del OIHP participó como Consejo Consultivo General de Higiene fungiendo bajo su mismo estatuto.

El Comité de Higiene estaba integrado por el Presidente del Comité Permanente del OIHP, quien designaría a su vez a nueve de los otros quince miembros, los nueve primeros estarían en funciones por un período de tres años, mientras que los seis restantes se nombrarían por el consejo de la Sociedad de Naciones bajo la asesoría del Comité de Higiene.

Se procuró que cada uno de los gobiernos miembros permanentes del Consejo de la Sociedad de las Naciones, contara con representación en el Comité de Higiene, el cual, además, contaría con cuatro miembros más, siendo estos, expertos en salud pública por designación del Consejo de la Sociedad convirtiéndose en veinte los miembros del Comité de Higiene.

Esta forma de trabajar se aprobó por la Asamblea de la Sociedad de las Naciones en septiembre de 1923.

En 1934, con motivo de estudiar la organización y estructura de los Comités de la Sociedad y específicamente del Comité de Higiene, se constituye un Comité de encuesta el cual como resultado concluye que el Comité de Higiene tenía un número muy amplio de miembros lo que a la vez impedía realizar de forma amplia sus funciones de Conferencia general y se truncaba su actividad de Consejo Consultivo. Y

como consecuencia en septiembre de 1936 sufre un cambio la estructura del Comité de Higiene con aprobación del Consejo de la Sociedad de las Naciones; de tal forma que contaría sólo con doce miembros de la siguiente forma: el Presidente del Comité del OIHP fungiría como vicepresidente *ex officio* y los restantes serían nombrados por la Sociedad de Naciones por un período de tres años.

Pero a pesar de todo el Office International D'Hygiène Publique no perdió sus funciones como Consejo Consultivo de Higiene de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.⁶

III. LABOR SANITARIA ENTRE LAS DOS GUERRAS MUNDIALES.

Como se pudo observar en el punto anterior la actividad sanitaria internacional durante los veinte años intermedios entre las dos Guerras Mundiales fijan grandes cimientos, tal y como se desprende en la cooperación visible al funcionar el Comité Permanente del OIHP como Consejo General Consultivo de Higiene de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, aunque el primero no perdiera su característica de autonomía. Por lo tanto se puntualizó en una reunión del 21 de agosto por el Comité Provisional de Higiene el riesgo existente de una probable sanción por parte de la Asamblea de la Sociedad de las Naciones, ante la presencia de dos Instituciones Sanitarias. Sin embargo había de fijarse más que nada las diferencias entre ambas, y no las atribuciones concernientes de cada una respectivamente.

Tanto el OIHP como la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones cada una por su parte, formulaba nuevos proyectos de trabajo, empleando técnicas y avances científicos para actualizarse y darle mayor empuje a la Salud a nivel mundial.

En el período de postguerra de la Primera Guerra Mundial el OIHP se enfoca a la revisión y estudio del Convenio de 1912, siendo reemplazado por el Convenio de 1926, consistiendo sus reformas en un aumento del número de las enfermedades en las que debía utilizar la cuarentena como medio de prevención para el contagio; estas enfermedades fueron viruela y el tifo lo que daba como resultado cinco enfermedades en esa lista, interviniendo el OIHP en las medidas preventivas, quien para esto primeramente contaría con un informe presentado por los países en el que se comunicara los brotes de enfermedades transmisibles como el cólera, la peste, la fiebre amarilla, el tifo y la viruela. Asimismo, el OIHP se veía obligado a dar aviso por vía telegráfica a todos los países que estuvieran en peligro de riesgo de contagio por su cercanía o sus relaciones marítimas con dichos países.

Toda esta información se recopilaba en un comunicado semanal y a la vez se producía en los informes epidemiológicos semanales. Se sugirió el empleo del radio como medio transmisor de dichas estadísticas, siendo rechazado en octubre de 1931 por

⁶ Ídem. p. 24-27.

el Comité Permanente. El OIHP tenía encomendado solicitar a los gobiernos el envío periódico de todas sus informaciones para ser canalizadas y ordenadas en el *Annuire Sanitaire Maritime International*. Posteriormente surgieron otros medios de publicación como: un *Relevè Annuel*, acerca de la desratización de buques y puertos, y un *Rèpertoire Sanitaire Maritime International*.

Para 1928 se forma una Comisión del Peregrinaje, con la finalidad de estudiar el informe elaborado anualmente con respecto al peregrinaje a la Meca, cuya elaboración correspondía al Consejo Sanitario, Marítimo y de Cuarentena de Egipto, organización regional con funciones encomendadas por el OIHP; mientras que el Comité Permanente buscaba crear interés en las normas de cuarentena, empleadas en el tránsito aéreo, creándose en 1932 como resultado un Convenio Sanitario Internacional sobre navegación aérea firmado por doce países, sin embargo entra en vigor en 1935 tras la ratificación de diez países.

Las atribuciones conferidas al *Office International D'Hygiène Publique* eran muy extensas pero las primordiales consistían en vigilar que se llevaran al pie de la letra las labores de medidas internacionales de cuarentena mejorando la elaboración de proyectos y métodos técnicos para dicho fin; y de conformidad con el acuerdo de Bruselas de 1924 enfatizar en las enfermedades de tipo venéreas de los marinos, la estandarización del suero antidiftérico y el control de estupefacientes.

En este período intermedio entre las dos guerras, la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones concentró también su atención a las secuelas heredadas por la Primera Guerra Mundial, viéndose en la necesidad de crear una Comisión Internacional de las Epidemias con la encomienda de realizar visitas a todos aquellos países en donde la situación epidemiológica era grave; asesorando a los funcionarios encargados de la salud en esos lugares.

A pesar de que para 1922 las enfermedades epidémicas iban en detrimento, el servicio de informaciones epidemiológicas de la Organización de Higiene siguió recabando las informaciones y estadísticas respectivas para su debida publicación.

El continente Asiático también fue cuna de las enfermedades epidémicas, por lo que la Organización de Higiene decide establecer en 1925 su oficina de oriente, propuesta incluida desde 1881 en la sesión de la Conferencia Sanitaria Internacional.

La Sociedad de las Naciones tenía aún que cumplir con muchos objetivos entre estos, tenía la tarea de fijar medidas combativas contra el paludismo; y para esto en 1923 crea la Comisión del Paludismo.

El cáncer se había convertido también en tema de interés, y en ese mismo año nace la Comisión del Cáncer con funciones primordialmente de orden informativo a través de una serie de publicaciones respecto del tratamiento radiológico del cáncer intrauterino. Surgieron con el tiempo y acorde a las necesidades otras Comisiones Técnicas sobre estandarización biológica, vivienda, educación física, tifo, lepra,

educación médica y salud pública, higiene rural, y recopilación de los libros que contenían los medicamentos utilizados internacionalmente y la forma de prepararlos.

La nutrición tomó un papel muy importante en las actividades de la Organización de Higiene para 1934, pero es hasta 1936 que las bases fisiológicas de la nutrición nacen al mundo gracias al informe de la Comisión Técnica en el año de 1933, el cual se considera con una gran trascendencia histórica.

En años anteriores a la Segunda Guerra Mundial la Organización de Higiene pone mayor atención a las enfermedades de carácter social; pero al estallar dicha guerra decaen las actividades en este rubro; sufriendo las Instituciones Sanitarias las secuelas de la guerra, para junio de 1940 solo había dos médicos en la sección de higiene dificultándose el contacto con el Comité de Higiene. Al acrecentarse los problemas y las contrariedades en el mundo, en 1942 la Oficina de Oriente suspende sus actividades. Pero la sección de Higiene continúa en pie de lucha, siguiéndose publicando el boletín respectivo con las estadísticas sanitarias de la guerra.

En 1944 se añaden a la División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA) los dos funcionarios que formaban el Servicio de Informaciones Epidemiológicas mandados a los Estados Unidos para integrar un servicio de investigación.

La UNRRA, a partir de enero de 1945 atrás las atribuciones del OIHP para llevar a la práctica los preceptos de los Convenios Sanitarios Internacionales; durante la duración de la guerra el OIHP se ve imposibilitado en el ejercicio de sus funciones.

Al tranquilizarse la situación mundial impera la necesidad de combatir las epidemias y restablecer los servicios sanitarios en países afectados.

El Consejo de la UNRRA en su primera reunión en 1943, precavidamente asume las actividades sanitarias internacionales como una de sus ocupaciones más preferentes, lo anterior, por la urgencia de la inexistencia de una Organización Internacional que se encargara de dicho rubro.

La labor de la División de Higiene de la UNRRA en lo referente a la lucha contra las epidemias, y en la aplicación de los Convenios Sanitarios Internacionales, el otorgamiento de equipo médico esencial y la ayuda a quince países para levantar nuevamente y mejorar sus servicios de sanidad fue el vínculo entre la acción intergubernamental presente tanto antes como después de la guerra. Su carácter provisional de la UNRRA no influyó en su trascendencia, y por eso le son encomendadas dichas funciones.⁷

De esta forma hemos observado que en el período existente entre las dos guerras, toda la atención se concentró en crear las medidas necesarias para atacar y erradicar las enfermedades epidemiológicas de la postguerra.

⁷ Ídem. p. 28-31.

IV. ORGANISMOS SANITARIOS REGIONALES

Es de suma importancia el considerar asimismo los diversos Organismos Sanitarios Regionales que se fueron creando a la par de los organismos e instituciones sanitarias a nivel mundial.

La primera Oficina Internacional con una secretaría propia se instituyó en América, pues en 1902 todos los estados integrantes de este Continente unen sus intereses y conforman una Oficina Sanitaria Internacional, antecesora del Office International D'Hygiène Publique; esta oficina de América tras la madurez alcanzada, en 1923 se denomina "Oficina Sanitaria Panamericana" (OSP).

La OSP participó ampliamente en el campo internacional, pues conservaba una comunicación en materia de salud, principalmente en lo concerniente a las epidemias, con el Consejo Sanitario, Marítimo y de Cuarentena de Egipto como intermediario del OIHP y en forma extraoficial con la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

El descubrimiento del medio transmisor de la fiebre amarilla en América y la utilización de una campaña en la Habana, fueron factores influyentes para que se formara la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual, continúa con las mismas encomiendas en cooperación con otras instituciones, siendo un gran momento de la actividad internacional por medio de creación de servicios consultivos.

Una característica de la ayuda que prestaban la OSP y otras instituciones encargadas de la salud pública, fue la firma, el 1° de julio de 1949, del acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana.

En el transcurso del siglo XIX se constituyen cuatro Organismos Sanitarios Regionales más en la zona del Mediterráneo, tenían una conformación de juntas o consejos sin oficinas propias se encontraban representados el país Musulmán sede y algunas potencias europeas. Estos organismos surgen de la necesidad de que la cuarentena en esa región se nombrara.

El Consejo Superior de Salud de Constantinopla procede de la nota oficial emitida por el gobierno del Imperio Otomano el 18 de abril de 1838 donde se crea este primer Consejo, con la finalidad de que se erradicara la peste que atacaba en aquellos tiempos a la población tomando como medio la cuarentena en su territorio; se formaría de este modo y para tal fin una comisión especial.

Las potencias europeas expresaron su inconformidad ante tal determinación del Imperio Otomano, pues según ellos se violaban los derechos plasmados en tratados anteriores, por lo tanto manifiestan que debe existir previa autorización de los gobiernos bajo cuya bandera navegara el buque. Como consecuencia, el 10 de junio de 1839, signan un acuerdo reglamentario del control higiénico en navegación extranjera en puertos de posesión otomana los asistentes al recién creado Consejo Superior de Salud

de Constantinopla, conformado por los miembros del Consejo de Salud Otomano y delegados de las potencias marítimas.

Durante la primera Conferencia Sanitaria Internacional en 1851, la estructura del Consejo estaba integrada por ocho funcionarios del gobierno otomano dentro de los cuales se encontraban médicos extranjeros y delegados de nueve estados europeos: Austria, Bélgica, Cerdeña, Francia, Gran Bretaña, Prusia, Rusia y Toscana.

En todo el territorio del Imperio otomano se distribían sesenta y tres oficinas Sanitarias locales bajo la custodia del Consejo; se conformaban cada una respectivamente por un director musulmán, un médico de una facultad del Continente Europeo y funcionarios subalternos cuyo número variaba.

Los directores no dependían de las oficinas locales sino del Consejo a quien enviaban cada semana su informe. Los médicos tenían la función de rendir un informe a los directores acerca de las condiciones de sanidad de sus zonas, vigilar la exacta aplicación de medidas higiénicas y el cumplimiento al pie de la letra de los reglamentos en materia de salud pública. Cada oficina contaba en los principales distritos de su zona de agentes que vigilaban el paso al país por tierra y por mar, y de informar sobre el estado de salud en sus distritos.

Posteriormente, bajo el mismo concepto, en 1843 se crea otro Consejo Sanitario denominado "Consejo Sanitario Marítimo y de Cuarentena de Egipto". De este Consejo se desprende el nacimiento en 1831 de la Junta de Sanidad con sede en Alejandría, la cual tenía lazos con oficinas sanitarias instaladas en las provincias; cobra mayor fuerza con la apertura del Canal de Suez y después funge como oficina epidemiológica regional del OIHP.

Para 1938 el Ministerio de Sanidad de Egipto absorbe las funciones de la Junta de Sanidad, sin embargo en 1946 toman la decisión los países unidos a la Liga de los Estados Árabes que actuaran nuevamente como oficina regional. Pero tres años más tarde, en 1949 sus funciones son transmitidas a la Organización Mundial de la Salud.

De esta forma y como antecedente a la primera Conferencia Sanitaria Internacional existía ya un Sistema Informativo de Epidemias bajo la dirección de dos Consejos Consultivos. El convenio que resultó de la Conferencia Sanitaria Internacional de 1849 contaba con aportaciones para acrecentar los alcances de ese sistema.

Entre tanto, en 1840 el sultán de Marruecos se preocupó por la vigilancia de la salud pública en sus límites territoriales, tomando en consideración normas aplicables a dicha materia delegando estas funciones a los agentes de las potencias cristianas. Y nace a la luz el Consejo Sanitario de Tanger con la encomienda de la prevención de una posible propagación de enfermedades epidémicas por medio de la cuarentena. Estas enfermedades epidémicas eran transmitidas por los peregrinos de la Meca al entrar o salir; esta función la vemos desempeñada posteriormente como lo observamos en el punto anterior, por la Comisión del Peregrinaje de 1928.

La falta de recursos y de apoyo del país donde se encontraban sus instalaciones hacen que este Consejo desaparezca al estallar la Primera Guerra Mundial; un posterior Consejo Sanitario de Teherán (1867) corre con la misma suerte por las mismas causas.

Persia fue también punto clave para la creación en 1904, del Consejo Sanitario del Imperio por declaración del Sha de Persia, con carácter nacional estaba integrado por médicos, a pesar de su corta existencia mantiene con las representaciones extranjeras contacto informativo sobre sus reuniones.

La universalidad y variedad en los objetivos de estos cuatro Consejos Sanitarios impedían una cooperación más directa con el sistema regional de la Organización Mundial de la Salud. Además las potencias marítimas no estaban conformes y consideraban insuficientes las medidas cuarentenables para atacar las epidemias.⁸

V. LAS RECOMENDACIONES DE SAN FRANCISCO.

Como hemos observado en los puntos expuestos anteriormente, la comunidad internacional puso todo su entusiasmo para lograr una cooperación mundial en cuestiones de salud, pero no tuvo éxito, pues los alcances en los conocimientos científicos todavía estaban retrasados. Pero esto tiene su empuje a fines del siglo XIX y resurgen las ideas de la formación de un organismo internacional permanente de salud pública, apoyado por los adelantos médicos de ese época.

Así también nos percatamos del objetivo del Office International D'Hygiène Publique (OIHP) prevalecte en sus primeros cinco años de existencia, pues trataba de controlar las enfermedades transmisibles. Mientras que las enfermedades no transmisibles son ampliamente estudiadas en el período de postguerra principalmente las concernientes en la falta de elementos nutritivos esenciales.

Los avances y la evolución de los descubrimientos científicos y técnicos en el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial maduraron, aumentando los fines de la actividad sanitaria internacional. Dentro de estos descubrimientos encontramos la penicilina y el D.D.T. sustancias que hicieron más visible la lucha contra las enfermedades transmisibles.

El campo de estudio se amplió al detectar por parte de los científicos, los factores fisiológicos y psicológicos que influyeran en el aumento o disminución del rendimiento de los hombres pues era exigido por los adelantos industriales.

En 1945 se celebra la Conferencia de San Francisco sobre Organización Internacional, inspirada por el interés de los pueblos de alcanzar de nuevo la paz mundial por medio de instrumentos científicos, tal y como se establecía en un

⁸ Idem. p. 32-34.

memorándum interpuesto por Brasil donde el cardenal Spellman confirma la intervención necesaria de la medicina para lograr la paz.

El citado memorándum sirve de empuje para mencionar en la carta la importancia y competencia de la salud en las Naciones Unidas, así como para la redacción de una declaración de las delegaciones de Brasil y de China la cual contenía:

1) Recomendación para celebrar una convocatoria en los siguientes meses a una Conferencia General para conformar una Organización Sanitaria Internacional.

2) Se continuará la consulta a los representantes de las demás delegaciones para la invitación a dicha conferencia, participándoles a los gobiernos representados el interés de la asistencia de sus representantes.

3) Recomiendan que se consideren las relaciones y métodos de asociación entre una organización sanitaria internacional que se establezca y las demás instituciones sanitarias de carácter nacional o internacional existentes o de posterior creación.

4) Por último, que la organización sanitaria internacional a crearse tenga un vínculo con el Consejo Económico y Social.

Es así que la salud jugaría un papel importante en la paz y la seguridad mundial.

La anterior declaración se aprueba por la Conferencia de San Francisco por unanimidad de votos y toda vez que los órganos primordiales de las Naciones Unidas no habían de crearse sino hasta 1946, dicho asunto es turnado a la Asamblea General constituida el 10 de enero de 1946; una semana después empieza a funcionar el Consejo Económico y Social.

El Consejo Económico y Social toma cartas en la declaración conjunta y pone a la práctica las sugerencias manifestadas, es así que después de trabajar en la discusión de un proyecto manifiesto por el Delegado de China, resuelve el 15 de febrero lanzar una convocatoria para celebrar una Conferencia Internacional con la finalidad de valorar los alcances y la debida y acertada organización de las actividades internacionales en el rubro de la sanidad pública, además de considerar las propuestas realizadas acerca de la formación de una sola Organización Internacional de Salud de las Naciones Unidas.

En uno de los puntos resolutivos estipulaba la fundación de una Comisión Técnica Preparatoria integrada por técnicos elegidos por su capacidad, cuyo objetivo de elaborar un proyecto de orden del día y las propuestas que deba calificar y estudiar la Conferencia.

Además tendría que entregar a más tardar el 1º de mayo de 1946, un informe a los Estados miembros de las Naciones Unidas y al Consejo Económico y Social. Por último, se le encarga al secretario general de las Naciones convoque a una Conferencia a celebrarse el 20 de junio de 1946.

Casi inmediatamente, las recomendaciones hechas en la Conferencia de San Francisco fueron realizadas dentro del plazo estipulado por el Consejo Económico y

Social, lo cual no reflejaba que hubieran contado con errores y como muestra podemos observar la rapidez con la que se formó un nuevo organismo especializado la "Organización Mundial de la Salud" pues solo se llevaron cuatro meses de trabajo contados desde la primera reunión de la Comisión Técnica Preparatoria, el 18 de marzo y la firma de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud el 22 de julio; cabe mencionar que China y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, países firmantes, signaron sin algún inconveniente.

La justificación de la rapidez con la que se conformó la Organización Mundial de la Salud radica, tal vez, en la preparación que de forma un poco escondida tuvieron los trabajos sanitarios, las instituciones de sanidad y los médicos durante la guerra, además de los cimientos tan fuertes heredados por los precursores y la creencia de que la salud era un factor eminentemente importante para la paz internacional.

Después todo se tornó lento, pues al término de la guerra existió un lapso de casi dos años entre la clausura de la Conferencia de Nueva York y la Constitución final de la Organización Mundial de la Salud.⁹

VI. COMISIÓN TÉCNICA PREPARATORIA.

Como observamos al final del punto precedente se instituye la Comisión Técnica Preparatoria el 18 de marzo de 1946 bajo la estructura de técnicos, es así que en París en los meses de marzo y abril de 1946 sesiona la Comisión Técnica Preparatoria integrada de 16 miembros y fungiendo como presidente el Dr. René Sand. El buen funcionamiento de la Comisión se debió a las sugerencias más o menos definidas de los países de Francia, el Reino Unido, los Estados Unidos de América y Yugoslavia para la constitución del Nuevo Organismo en materia de salud pública, contenidos en unos memorándums los cuales no han podido considerarse como documentos históricos. Aunados dichos memorándums a las manifestaciones de las Instituciones y Organizaciones Sanitarias que funcionaban hasta esas fechas como la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), el Office International D'Hygiène Publique (OIHP), la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones y la División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA); conforman una gran y bien establecida estructura para la discusión, de tal forma que una considerable parte de su contenido y fondo se añade a la Constitución.

La Comisión Técnica Preparatoria prepara el orden del día escrito para la Conferencia de la Salud donde incluía la existencia de las propuestas y de algunas resoluciones.

Las propuestas son calificadas con un grado de principios generales en que podía cimentarse la constitución de la Organización Mundial de la Salud; tal calificación fue

⁹ Idem. p. 37-39.

realizada por el relator de la Comisión en su informe rendido al Consejo Económico y Social. Sin embargo, toda intención de darle un carácter jurídico a dicha organización fue desechado. Existía la posibilidad de darle un pequeño giro a las propuestas y convertirlas en un convenio multilateral y así ocurrió, presentándose algunas modificaciones, adiciones y supresiones, al reunirse poco tiempo después la Conferencia.

La Comisión Técnica Preparatoria primeramente en sus propuestas presenta una introducción que contiene la línea general a seguir de la disciplina sanitaria internacional, así como los fines, objetivos, funciones y atribuciones de la Nueva Organización.

De una de las propuestas manifestadas se desprende el interés de que todos los estados del mundo formaran parte del nuevo organismo, de aquí que la Comisión decidiera utilizar un título más extenso y que abarcara tal finalidad denominándolo "**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**", término más amplio que los que se pensaban utilizar como Organización Internacional de la Salud u Organización Internacional de la Salud de las Naciones Unidas; este último nombre lo deseaban emplear algunos expertos pues de esta forma se observaría de una manera más firme la vinculación del Organismo especializado y las Naciones Unidas, además de resaltar la autoridad del órgano principal.

Posteriormente se estableció la estructura de la Organización Mundial de la Salud formada por tres órganos funcionales:

- a) Conferencia Mundial de la Salud.
- b) Consejo Ejecutivo.
- c) Secretaría.

La Conferencia Mundial de la Salud contaría con poderes semilegislativos.

El Consejo Ejecutivo estaría conformado por no menos de doce personas ni más de dieciocho evaluadas como técnicamente capaces en el campo de la salud, serían designadas por igual número de Estados miembros. Los miembros del Consejo actuarían no como representantes de sus Estados ni en protección sólo de ellos, sino lo harían a nombre de la Conferencia y en función de un órgano.

Se contemplaban en las propuestas asuntos de índole administrativo, de presupuesto, relativos al estatuto jurídico, a los informes que debían ser presentados anualmente a los Estados miembros, a las relaciones con las Naciones Unidas así como las organizaciones especializadas intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales.

La decisión de elegir el lugar sede de la Organización le correspondería a la Conferencia, todos los miembros coincidieron en que debía ser una ciudad que contara con servicios sanitarios y médicos de primer nivel, con fáciles y accesibles medios de comunicación con todo el mundo; de esta forma algunos miembros presionaron para

tomar una decisión pronta en este asunto, pues sugerían que fuera la de las Naciones Unidas.

Manifestaron que las ventajas de la cercanía de esta Organización con el órgano central serían muy benéficas pues se reforzaría la autoridad de la Organización; existiría una mejor cooperación con los demás organismos de las Naciones Unidas y con fines comunes, además se economizarían los servicios administrativos y auxiliares al utilizarlos comúnmente.

Los interesados en que la sede estuviera en lugar distinto de las Naciones Unidas, señalaron que los problemas de capital no serían obstáculo pues esto se compensaría con los frutos obtenidos al encontrarse en distintos puntos del mundo organismos internacionales; pues ya habían observado la suerte con la que corrió la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones.

Posteriormente surgieron otros problemas y temas a discusión como lo fue la regionalidad de la Organización. Es así que nueve miembros de la Comisión votan a favor de un sistema donde las oficinas regionales que se crearan por primera vez o por ser absorbidas por las ya existentes pertenecerían al organismo principal. Mientras que seis miembros optaron por un sistema más moldeable que agrupara a todos los organismos regionales en una sola administración, o bien que cada uno contara con autonomía pero en una periódica comunicación y relación con la sede, además deberían tomar en cuenta el amplio campo de trabajo de la O.M.S.

La Comisión Técnica Preparatoria decide proponer los dos sistemas y dejarlo a votación de la Conferencia Internacional.

En cuanto al punto de la Constitución de la Organización, la Comisión resuelve que entrarla en vigor al ratificarse por quince estados signatarios, o bien, se hubiese firmado sin reservas en cuanto a la ratificación.

En los puntos resolutivos del Informe de la Conferencia se sugiere al Consejo Económico y Social que haga la petición a los Estados miembros de las Naciones Unidas que confirieran a sus delegados el amplio poder de decisión en la Conferencia Mundial de la Salud a celebrarse el 19 de junio de 1946 en Nueva York para signar una convención con el fin de crear lo antes posible una Organización Sanitaria Internacional única.

Son invitados a la Conferencia observadores de los Estados no miembros de las Naciones Unidas, el Office International D'Hygiène Publique, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Liga de la Sociedad de la Cruz Roja.

Las resoluciones también comprendían la creación de una Comisión Interina cuyos fines los estudiaremos más adelante. Se solicita también al Secretario general de las Naciones Unidas establecer emergentemente una organización provisional que absorbería las actividades de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y se abocara a atender otros problemas higiénicos urgentes, se propone que para evitar

duplicidad en los trabajos, esa organización provisional se subordinara a la Organización Mundial de la Salud o de su Comisión Interina.

Por último, existía la petición de que la Organización Mundial de la Salud extrajera el OIHP y atribuirse las funciones y obligaciones de la UNRRA en el rubro de la salud pública.

Una vez recibido el informe de la Comisión, el Consejo Económico y Social comenzó a actuar; se celebró el segundo período de sesiones de mayo a junio de 1946, donde se estudió minuciosamente el informe y resuelve el 11 de junio lo que anteriormente ya se había expuesto:

- * Se invitó a Estados y organizaciones que mandaran observadores a la Conferencia.

- * Aprueba la creación de una Comisión Interina.

- * Decide que el Departamento de asuntos sociales de las Naciones Unidas actuara en carácter de Secretaría de la Comisión Interina y atrajera las funciones de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; todo esto mientras comenzaba sus funciones la Organización de la Salud.

- * Por último aprueba la proposición de la Comisión Técnica Preparatoria en lo referente al OIHP y a la UNRRA.¹⁰

VII. CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA SALUD.

La Conferencia Internacional de la Salud celebrada el 19 de junio de 1946 fue la primera celebrada bajo el amparo de las Naciones Unidas; se inauguró siete meses después de la Primera Asamblea General de las Naciones Unidas, con la asistencia de todos los 51 estados miembros de las Naciones Unidas; además de representantes de las autoridades aliadas de ocupación en Alemania, Japón y Corea. Tres Estados no miembros Afganistán, Rumanía y Yemen no aceptaron la invitación del Consejo.

Se contó con la presencia también de observadores de organismos e instituciones especializadas que de alguna u otra forma tenían interés e injerencia en el tema de la salud, tales fueron: Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Provisional de la Aviación Civil Internacional y Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); así como también del Office International D'Hygiène Publique, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, la Federación Sindical Mundial y la Fundación Rockefeller.

¹⁰ Idem. p. 40-43.

La Secretaría se integró con personal de la División de Higiene de las Naciones Unidas así como funcionarios de las mismas Naciones Unidas, miembros de varios Estados miembros, de la ya antigua Secretaría de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y del OIHP.

La primera sesión fue presidida por Sir Ramaswami Mudaliar, presidente del Consejo Económico y Social dando la bienvenida el presidente de los Estados Unidos de América Harry S. Truman, asimismo presenciaron discursos del Secretario General de las Naciones, y del Secretario adjunto quien se encargaba de los asuntos sociales.

Las actividades de la Conferencia fueron inmediatas, se eligió como presidente al Sr. Thomas Parran, general de los Estados Unidos de América y presidente de la representación de este país.

Se nombraron a cinco vicepresidentes: el Dr. Geraldo H. de Paula Souza (Brasil), el Dr. James Kofoi Shen (China), el Dr. André Chavallon (Francia), el Dr. Fedor Gregorievitch Krotkov (U.R.S.S.) y Sir Wilson Jameson (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte).

Con estos cinco miembros anteriores se forma la mesa encargada de fungir como mediadora en los debates y de la coordinación general de los trabajos; estaría conformada también por 3 delegados más, designados por la Conferencia y con los presidentes de las cinco Comisiones creadas. Esta mesa se subordinaría al Presidente.

La urgencia y la rapidez con que actuaron, lograron la creación en tan sólo cuatro semanas y media de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y un protocolo para poner fin al Acuerdo de Roma signado el 9 de diciembre de 1907; y así mismo transferir las funciones y obligaciones del OIHP a la Organización o a la Comisión Interina; creada esta última por decisión de la Conferencia y con la finalidad de preparar la Primera Asamblea Mundial de la Salud y de vigilar que siguiera con sus actividades el OIHP y la UNRRA, y los servicios de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; en fin, funcionaría para atender asuntos urgentes hasta no entrara en completo funcionamiento la O.M.S.

Como punto final de la Conferencia se redacta y firma un acta final que entre otras cosas se manifestaba el agradecimiento al Secretario General de las Naciones Unidas del establecimiento de medidas provisionales para que la actividad de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones continuara favorablemente y asimismo se le hace la petición que las funciones de dicha Organización se transfirieran a la Comisión Interina.

En la Conferencia, se plantea nuevamente la idea de integrar a las Naciones Unidas en el nombre del nuevo organismo, sin embargo con 30 votos a favor, 17 en contra y una abstención, rechaza la Conferencia esa idea, aprobando inmediatamente por unanimidad el nombre que era menos limitativo propuesto por la Comisión Técnica Preparatoria.

El órgano principal del nuevo organismo encargado del rubro de la Salud Mundial tiene un cambio, pues su nombre original, Conferencia Mundial de la Salud cambia al de Asamblea Mundial de la Salud pues fue considerada más importante para destacar las funciones del órgano deliberante del nuevo organismo.

Como ya se mencionó anteriormente, dicho organismo no intervendría en asuntos internos de los Estados, esto fue tema importante para discutir en la Conferencia de la Salud, pues esto se encontraba bien estipulado en la Constitución, porque si bien por un lado era una autoridad directora y coordinadora en materia de salud internacional por el otro la asistencia que brindaría a los estados tenía que tener la aprobación, petición o aceptación del gobierno interesado.

En la Constitución se plasmaba, a través de la propuesta de la Comisión Técnica Preparatoria, la facultad otorgada a la Asamblea Mundial de la Salud de adoptar a través de la vía de resoluciones, reglamentos acerca de la variedad de problemas técnicos, mismos que contarían con vigencia una vez establecido el período después de haberse notificado la aprobación de la Asamblea de la Salud, salvo que algún estado miembro manifestara su rechazo o bien su aceptación con reservas. De esta forma tenía conferidos hasta cierto punto poderes cuasi-legislativos. Esta facultad la ejercita y el 24 de junio de 1948 en su 16ª sesión plenaria aprueba el reglamento número uno de la Organización Mundial de la Salud, que versaba sobre la nomenclatura de enfermedades y causas de defunción.

Dentro de la Constitución no se establecieron algunas otras propuestas, es así que se descartó el otorgar a los delegados en la Asamblea Mundial de la Salud plenos poderes para signar los convenios internacionales a nombre de sus gobiernos y de esta forma estipularon una cláusula donde la Asamblea aprobaría convenios por mayoría de dos tercios y entraría en vigor para cada miembro en tanto sean aceptados por éste de acuerdo a sus procedimientos constitucionales.

Las cuestiones de seguridad social resurgieron una vez que ya se habían discutido en el Consejo Económico y Social las propuestas de la Comisión Técnica Preparatoria. Se cuestionó sobre a quien competía el seguro contra la enfermedad y algunos delegados impugnaron la idea de que la Organización Internacional del Trabajo se encargara de esto, y sostuvieron que todo lo concerniente a la seguridad social de cierto modo tenía vinculación con los problemas de salud. Es así que el campo de trabajo de la O.M.S. se acorta en esa esfera avocándose sólo a la investigación, el análisis y la notificación de casos todo esto en cooperación con otros organismos especializados bajo el mismo rubro.

La integración de miembros en la O.M.S. también creó polémica, pues la Conferencia y la Comisión Técnica Preparatoria consideraron que la O.M.S. debía estar abierta a todos los Estados sin excepción; sin embargo no se pudo llegar a un acuerdo viable como hubiera sido admitir como miembro de la O.M.S. a todo Estado que tuviese la disposición de firmar la Constitución y ratificarla debidamente.

Aquellos que habían alegado sobre la libre admisión a la Organización se basaban principalmente en el principio de que la salud es uno de los primordiales derechos humanos y que para lograr un excelente cumplimiento a ese fin es necesario la colaboración internacional, y que al obstaculizar la admisión se violaría el derecho plasmado en el principio.

Cabe mencionar que la Constitución no regula el retiro de los miembros de la Organización, por tal motivo la Conferencia de la Salud decidió incluir en las actas de sus deliberaciones oficiales una declaración donde se aseguraban los derechos de los Estados miembros para no aceptar una reforma a la Constitución por considerar que no está en condiciones; pues no se le obligaría a seguir en la Organización si sus derechos y obligaciones se modificaran por alguna reforma de la Constitución.

Asimismo no se encuentra en su marco jurídico ningún procedimiento de expulsión, pues sólo se encuentra la sanción de suspender los derechos de voto y servicios a que un miembro tuviera derecho al dejar de cumplir con sus obligaciones financieras con la Organización o en otras circunstancias excepcionales.

La calidad de miembros asociados trajo muchos problemas en cuanto a su participación como territorios no responsables de sus relaciones exteriores en los trabajos de la O.M.S. Esto en base al procedimiento para considerarlos miembros asociados sin hacer a un lado la responsabilidad del estado miembro u otra autoridad encargada de dirigir las relaciones internacionales de estado de que se trate.

Es así que el artículo 8º de la Constitución, estipula que para admitirse los miembros asociados tienen que presentar una solicitud por medio de la autoridad responsable de la dirección de sus relaciones internacionales, para que así la Asamblea de la Salud los admita. Se creó divergencia para conceptualizar los derechos de los miembros asociados, correspondiéndole este punto a la Asamblea de la Salud y sólo se encuentra plasmada una cláusula donde tienen derecho los miembros asociados a estar representados en los Comités Regionales correspondientes.

El Consejo Ejecutivo por decisión de la Conferencia, se integraría de 18 miembros, ejercería en nombre y representación de la Asamblea de la Salud las atribuciones que ésta le haya delegado. Tras la propuesta de que el Consejo fuera simplemente una Comisión Permanente de la Asamblea de la Salud, vinieron las oposiciones de la mayoría de las delegaciones quienes consideraban que el Consejo debía tener los poderes más amplios. Se desapruueba también la idea de que el Director General fuera miembro del Consejo sin derecho a voto y se decidió que estuviera bajo el mando del Consejo, por supuesto, en calidad de principal funcionario técnico y administrativo de la O.M.S.

El nombramiento de los miembros del Consejo se encuentra supeditado a su competencia técnica y no por imposición de un país, pues su carácter representativo se refiere al que ejercen conjuntamente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Existía también la sugerencia de crearse un cuarto órgano bajo la estructura de Consejo Consultivo, con una nueva existencia apegada a los Comités técnicos especiales que estableciera la O.M.S., sería un tipo de oficina de investigaciones conformada por peritos reconocidos en las diferentes áreas de la salud. Dicho Consejo Consultivo trabajaría en comunicación con los Consejos nacionales de investigación, además establecería listas de personas destacadas en materia de salud pública así como redactar monografías. Sin embargo tal propuesta fue abandonada.

Las funciones y nombramiento del Director General se encuentran plasmadas en el capítulo VII de la Constitución que habla de la Secretaría; lo cual se tratará en el Capítulo Segundo del presente trabajo.

A pesar de haber considerado los principios sobre el lugar de sede de la nueva Organización plasmados por la Comisión Técnica Preparatoria, la Conferencia no logra llegar a un acuerdo. Tal decisión la tomaría la Primera Asamblea de la Salud con la consulta de las Naciones Unidas, lo cual no hacía obligatorio aceptar las sugerencias de las Naciones Unidas.

En cuanto a las votaciones, en un principio la Conferencia aceptó que fuera como tradicionalmente se llevaba a cabo, un miembro un voto; lo cual creó muchos problemas. La Comisión Técnica Preparatoria aconsejó que se aplicara el mismo sistema en todos los órganos de la Organización, es decir, se tomaran las decisiones por mayoría simple de los miembros presentes y votantes salvo prescripción en contrario. Pero esto los llevó a la conclusión de que aceptar este procedimiento haría que la mayoría de los miembros de la Organización estuviera bajo las decisiones y voluntad de la minoría.

Posteriormente se propone que las decisiones se tomaran por la mayoría del total de los miembros del órgano que se tratara, lo que fue reprobado pues se pensaba que con esto, entre otras cosas, se retrasaría considerablemente la votación de las decisiones.

De tal forma la Conferencia retoma la Carta de las Naciones Unidas al respecto y por unanimidad adopta el procedimiento a través del cual para las decisiones de carácter importante, sería necesaria una mayoría de dos tercios de los miembros presentes y votantes; mientras que para cuestiones simples bastaría una mayoría simple.

La Constitución también se encargaría de regular las cuestiones referentes en la regionalidad, pues la Conferencia consideró que esto permitiría la unidad de acción de la Organización central con los problemas sanitarios a nivel mundial y la atención que se enfocara a las necesidades imperantes en las regiones.

En el artículo 44 de la Constitución de la Organización se encuentra plasmada la facultad de la Asamblea de la Salud para especificar las regiones geográficas en las que sea necesario establecer una organización regional, esto bajo su buen criterio y con la aprobación de la mayoría de los miembros incluidos en cada región.¹¹

¹¹ Idem. p. 44-51.

Cada organización regional dependerá y formará parte de la Organización Mundial de la Salud, se integrará por un Comité Regional y una Oficina Regional. El Comité Regional contará con representantes de los Estados miembros y miembros asociados de la región correspondiente; una de sus funciones consiste en formular la política empleada para regir los asuntos que surjan en cada región. Mientras que la Oficina Regional constituye el órgano administrativo del Comité Regional, pero bajo el mando del Director General.

Cabe mencionar también que las Organizaciones Intergubernamentales regionales sanitarias que existían se conformarían en la Organización Mundial de la Salud.

Surgieron así muchos problemas, tal es el caso de la Organización Sanitaria Panamericana donde la Conferencia tomó cartas en el asunto tal y como lo hizo la Comisión Técnica Preparatoria quien dio a elegir a la Conferencia entre dos opciones: la primera consistía en que "la Conferencia estableciera comunicación con los organismos sanitarios regionales en el lugar donde estos se encontraran, a través de acuerdos especiales de cambios que con base a los convenios existentes, se utilizaran ampliamente y de forma permanente los recursos y servicios de los organismos y se facilitara la transformación en oficinas regionales de la Organización o en parte de dichas Organizaciones". En la segunda proposición consistía simplemente en "arreglos especiales con los Organismos Sanitarios Intergubernamentales de tal forma que los recursos y servicios se pudieran utilizar, en la mayor medida posible como oficinas regionales de la Organización".

La decisión tomada fue, que los organismos regionales que se establecieran formaran parte integrante de la O.M.S., fincando relaciones entre ambos por medio de arreglos especiales en los que estuviera considerada su transformación en oficinas regionales o bien la utilización de sus recursos y servicios mientras se integraba, lo cual se daría gradualmente conforme se presentaran las cosas.

Posteriormente se añadió una cláusula bajo la cual la Organización Sanitaria Panamericana además de actuar elaborando y realizando programas y proyectos sanitarios en los países americanos, fungiría también como Comité Regional de la O.M.S. en el hemisferio occidental. Esto fue apoyado por un grupo de delegaciones que comulgaban con la idea de que la OPS conservara su propia identidad, mientras que un segundo grupo puso mayor énfasis en que la integración de la OPS se hiciera en forma gradual; y por otro lado el tercero pugnaba por una rápida e inmediata transformación de todos los organismos sanitarios en Comités Regionales bajo la autoridad de la Organización Mundial de la Salud.

De tal forma una delegación sugirió que a la Oficina Sanitaria de la Liga Árabe se le considerara en los mismos términos que a la Oficina Sanitaria Panamericana.

La intención de integrar la OPS suscitó muchas deliberaciones por parte de un Comité donde se ventilaba un ambiente armonioso bajo el cual se consideró que la composición que había de llevarse a cabo fuera tan rápido como las circunstancias lo

permitieran, así como la cooperación y consentimiento necesarios de las autoridades competentes y manifestado por las organizaciones interesadas.

Surge la inquietud y con esto las divergencias acerca de quién tendría competencia y autoridad para nombrar tanto a los directores regionales como al personal técnico de las oficinas regionales. En un principio se estableció que fueran nombrados por el Comité regional con aprobación del Consejo; sin embargo la Conferencia aprueba por 41 votos contra 7 que el Consejo Ejecutivo nombre al Director General mientras que el nombramiento del personal de la oficina regional se haría conforme la determinación establecida al respecto, pero mediante acuerdo entre el Director General y el Director Regional, esto de conformidad con los artículos 52 y 53 respectivamente de la Constitución.

La Conferencia retoma el punto de vista de la Comisión Técnica Preparatoria relativo a la independencia financiera de la nueva Organización. Posteriormente se propone que los gastos que generara la Organización corrieran a cargo de las Naciones Unidas, propuesta que fue rechazada.¹²

En lo referente al párrafo anterior también la Constitución en su artículo 55 hace mención que "el Director General prepara y somete el proyecto de presupuesto anual de la Organización al Consejo Ejecutivo que a su vez, lo somete a la Asamblea de la Salud con las recomendaciones pertinentes"¹³

Se fijaría una escala por medio de la Asamblea de la Salud, de las contribuciones de los miembros esto para cubrir los gastos anuales de la Organización, salvo lo que se encuentre dispuesto en algún acuerdo elaborado con las Naciones Unidas.

Cabe mencionar la importancia que tiene el estudiar la conformación y estructura de la Organización Mundial de la Salud, pero esto se analizará más ampliamente en el Capítulo Segundo del presente trabajo.

Los resultados obtenidos fueron producto de los conceptos e ideas contenidos en los memorándums básicos presentados a la Comisión Técnica Preparatoria en sus sesiones y en los debates ocurridos en la Conferencia de Nueva York. Es así que los representantes de los 61 estados en la Conferencia Internacional de la Salud aceptan la Constitución. Con su firma, libre de toda condición China y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte se convierten en los dos primeros miembros de la Organización Mundial de la Salud.¹⁴

¹² Idem. pág. 52.

¹³ O.M.S. Documentos Básicos. Edición 37ª. Ginebra, Suiza 1988, pág. 13.

¹⁴ LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE LA O.M.S. Ob. cit. p. 52-53.

VIII. FUNCIÓN DE LA COMISIÓN INTERINA.

Toda vez que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud no entraría en vigor hasta en tanto no se hubiese ratificado ante el Secretario General por 26 Estados miembros de las Naciones Unidas, existiendo de esta forma un intervalo entre la fecha de la firma en Nueva York el 22 de julio de 1946 y la fundación definitiva de la O.M.S.; se aprueba la propuesta de la Comisión Técnica Preparatoria consistente en crear una Comisión Interina la cual se daría a la tarea de preparar y convocar a la primera reunión de la Asamblea Mundial de la Salud y de empezar a agilizar los trabajos que no podían retrasarse, en materia de salud.

En base a un acuerdo llevado a cabo en Nueva York, 14 estados representados en la mesa de la Conferencia y otros cuatro más elegidos por la misma, tienen como atribución de elegir, como parte integrante de la Comisión Interina, a una persona que tenga reconocida aptitud técnica en el campo de la salud. Dichos estados fueron: Australia, Brasil, Canadá, China, Egipto, Estados Unidos de América, Francia, India, Liberia, México, Noruega, Países Bajos, Perú, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Socialista Soviética de Ucrania, U.R.S.S., Venezuela y Yugoslavia.

Así también se estableció la facultad de la Comisión para nombrar un Secretario Ejecutivo con carácter de jefe superior de los servicios técnicos y administrativos y con capacidad de nombrar a los demás funcionarios de la Comisión; se trataban las formas en que se cubrirían los gastos de la Comisión y la anulación de esta se contemplaría cuando la Asamblea de la Salud en su Primera reunión resolviera al respecto.

En la primera reunión la Comisión Interina nombró como presidente al Dr. F. G. Krotkov viceministro de salud pública de la U.R.S.S., el cual debido a sus múltiples ocupaciones tuvo que renunciar al cargo, sucediéndolo el Dr. Andrija Stampar, profesor de salud pública y medicina social en la Universidad de Zagrebí Yugoslavia estando en funciones mientras existió.

En el cargo de Secretario Ejecutivo se eligió al Dr. Brock Chisholm, viceministro de sanidad y asistencia social del Canadá. En la reunión mencionada se tomaron medidas de organización, se aprobó un reglamento, y se establecieron vínculos de orden administrativo y financiero con las Naciones Unidas.

Aproximadamente cada 4 meses se realizaron las 4 reuniones faltantes de la Comisión celebradas en Ginebra. Casi la mayoría del personal se instaló en el Palacio de las Naciones, sin embargo la sede de la Comisión permaneció en Nueva York. La Comisión Interina tuvo una existencia de casi dos años, a pesar de que no le daban más de 4 meses de funciones; esta prolongación se debió al retraso de las ratificaciones de la Constitución. Asimismo afrontó muchos problemas técnicos y para solucionarlos tuvo que actuar enlistando dichos problemas conforme el orden de importancia y urgencia, adaptando por tal efecto sus actividades al complicado mecanismo administrativo de las

Naciones Unidas, sus organismos especializados y otras Organizaciones oficiales y privadas.

Su desenvolvimiento se encontró ventilado en una serie de políticas y métodos, que aunque no se contemplaron en la Conferencia de Nueva York, constituyeron un antecedente en la conformación y evolución de la O.M.S. durante sus primeros años de existencia.

La Comisión Interina, como ya hemos mencionado tenía en sus manos la resolución de muchos problemas, es por eso que se establecieron cinco Comités Interinos: Administración y Finanzas, Relaciones, Asuntos Técnicos, Prioridades y Sede. En lo relativo a cuestiones técnicas constituyó nueve Comités de Expertos. Es así que dicha Comisión en base a las disposiciones que tuvo que tomar urgentemente, asumió y abarcó las funciones de tres organizaciones antiguas que el nuevo Organismo debía de atraer.

De esta forma en casi cuatro meses la Comisión Interina, cubriendo el objetivo encomendado, atrajo las funciones de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones con sus principales finalidades como lo eran el continuar con los servicios que había emprendido en materia epidemiológica y sus actividades de estandarización biológica.

En lo concerniente a la Oficina de Oriente con sede en Singapur, la Comisión Interina, se encarga de sus funciones de algunas de sus propiedades al mismo tiempo que hace planes para la adjudicación a la Organización de dos premios bajo la administración de la Sociedad de las Naciones: el de la Fundación Darling y el de la Fundación León Bernard.

Se acuerda acerca de la oportunidad de la Comisión Interina para poder hacer uso de las secciones de Higiene y de la Biblioteca de la Sociedad de las Naciones; y posteriormente logra un avance más al volver a poner en marcha los servicios sanitarios de la Sociedad de las Naciones que se habían visto truncados durante la guerra.

En cuanto al Office D'Hygiène Publique su cambio fue periódico, pues en 1946 la Comisión Interina estaba ya a cargo temporalmente de la prestación de los servicios de informaciones epidemiológicas. Así también, bajo un acuerdo resuelven ambos organismos, que la Comisión Interina podía hacer uso de instalaciones de biblioteca, archivos técnicos y otros servicios más del OIHP y éste a su vez remite a la Comisión Interina el análisis de determinadas cuestiones comprendidas en su programa de trabajo.

Para 1947 la Comisión toma posesión de la administración de la caja de pensiones del OIHP. Al año siguiente (1948), en febrero, la Comisión ya había abarcado en su totalidad las funciones del OIHP en lo referente a los países que integran el protocolo de 1946, pero toda vez que debido a lo extenso de esta actividad no lograría terminar, antes de que feneciera el acuerdo de Roma de 1907, la transmisión del activo y pasivo del OIHP, éste toma la decisión de otorgarle la facultad a la

Comisión de disponer de los recursos necesarios para sufragar los gastos generados con la realización de algunas actividades traspasadas al nuevo organismo.

Como recordamos, otro organismo encargado de actividades sanitarias fue la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA por sus siglas en Inglés), quien entre otras actividades se encargaba de lo referente a la materia epidemiológica; y siguiendo con su labor la Comisión Interina de atraer funciones, el 1º de diciembre de 1946 se transfiere, atrayendo la función epidemiológica del Organismo en cita en lo concerniente a aplicar convenios sanitarios internacionales de 1944 y a las notificaciones epidemiológicas. Al poco tiempo, siguiendo con su ritmo, la Comisión se hace cargo de casi el total de las actividades de ayuda que elaboraba la División de Higiene de la UNRRA.

La Comisión Interina en cuanto a lo referente de los organismos regionales, tenía a su cargo realizar acuerdos con la Organización Sanitaria Panamericana y otros organismos sanitarios intergubernamentales de carácter regional, acerca de la forma en como se efectuaría su integración a la O.M.S. y en qué términos, aunque no surtirían efectos hasta en tanto no los aprobara la Asamblea de la Salud. Se dio la necesidad de que la Comisión Interina constituyera dos subcomités, que tendrían la función de negociar y estudiar la situación informando al respecto con la Organización Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria de la Liga Árabe de Alejandría en Egipto.

El subcomité redactó un anteproyecto de acuerdo, que serviría de cimiento para las negociaciones con la Organización Sanitaria Panamericana, este documento fue exhibido en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1947. La Conferencia tuvo que resolver sobre el acuerdo que se concertaría con la O.M.S., así como la declaración anexada donde constaban las bases que tomaría en consideración el Consejo Directivo de la OPS, para la aprobación de dicho acuerdo, pues la celeridad se debió a que los miembros de la Conferencia en referencia, presentaban una inquietud porque la OPS conservara su autonomía aún cuando se integrara a la O.M.S. y la plena seguridad de que la Organización desempeñara un excelente trabajo cubriendo la protección y defensa de la salud en el área del hemisferio occidental. Las pláticas para llegar a una solución siguieron por varios meses, pues la preocupación de la Comisión Interina, era el anular un artículo propuesto por el Consejo directivo que regulaba la posibilidad de que cualquiera de las partes podía revisar o denunciar el acuerdo con un plazo de notificación de un año; por tal motivo la Comisión sugiere que se continuara con la ayuda y cooperación entre las secretarías de ambos organismos.¹⁵

La complejidad del asunto hace que se interrumpa su cuestionamiento hasta en tanto no se analice y estudie por la Asamblea Mundial de la Salud; sin embargo, el 30 de junio de 1949, por fin la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, en su décima sesión plenaria aprueba el acuerdo relativo a la integración de la Organización Sanitaria Panamericana en la O.M.S.; entrando en vigor a partir del 1º de julio del mismo año.

En el año de 1926 aunque todavía no se hablaba de una Organización Mundial, el Office International D'Hygiène Publique, en su zona del mediterráneo oriental, ya

¹⁵ Ídem. p. 54-57.

contaba con una oficina regional como lo era el Conseil Sanitaire Maritime et Quarentenaire de Egipto y su oficina regional de información epidemiológica, de conformidad con el Convenio Sanitario Internacional del año en mención. Es por lo anterior que la Comisión Interina decidió continuar con sus relaciones con esta oficina regional.

Esta situación hizo presumir que el marco jurídico no se encontraba bien definido, por ello la Comisión Interina encargó a un subcomité especial que considerara la cuestión de las relaciones de la O.M.S. con la oficina. El Presidente de la Comisión redactó un informe sobre la oficina, que posteriormente se integrará al informe general de la Comisión rendido a la Primera Asamblea Mundial de la Salud. Es hasta que en la resolución aprobada por el Consejo Ejecutivo de la O.M.S. en su Tercera reunión de febrero a marzo de 1949, se fusionan las funciones de la oficina regional de Alejandría, a las de la oficina regional de la O.M.S.

En lo referente a las relaciones que se generarían entre la O.M.S. y las Naciones Unidas, así como con sus organismos especializados y las organizaciones no gubernamentales, no serían únicamente de carácter administrativo; de tal forma que se conforma un Comité de Relaciones, con la encomienda de estudiar el origen, naturaleza y alcances de las relaciones que establecieran para colaborar con aquellos organismos que directa o indirectamente se interesaran en problemas de salud, o en las Ciencias Médicas, esto con el fin de lograr que la O.M.S. se convirtiera en un excelente instrumento que cumpliera con los objetivos plasmados en su Constitución.

La colaboración se vio retratada en la relación que entabló la Comisión Interina con el Consejo Económico y Social en lo concerniente a las cuestiones técnicas; así como también con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Posteriormente surgieron algunos proyectos de acuerdo fundados en la cooperación en asuntos de interés común, entre la Comisión y diversas organizaciones internacionales como lo son: la Organización para la Agricultura y la Alimentación, la Organización de la Aviación Civil Internacional (OACI), la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, dichos proyectos después se convirtieron en arreglos temporales. En lo concerniente a la UNESCO la colaboración fue más palpable pues se reflejó en la práctica la acción para mejorar los servicios de documentación.

Por lo que toca a la Comisión Preparatoria de la Organización Internacional para los Refugiados, se le asistió en variados sectores principalmente en la reinstalación de trabajadores sanitarios que habían sido desalojados.

La Comisión Interina se encargó también de las relaciones con organizaciones privadas, enfocándolas hacia un aspecto técnico y profesional, creando un subcomité especial con la atribución de enlistar criterios que fueran de utilidad para decidir si una organización no gubernamental podía sostener relaciones con la O.M.S., determinar un procedimiento para la inscripción de las organizaciones autorizadas en la lista

correspondiente y de definir las prerrogativas que gozarían las organizaciones admitidas, a mantener relaciones con la O.M.S.

La Comisión Interina tendría la encomienda, de conformidad a lo dispuesto por el acuerdo del 22 de julio de 1946, de vigilar el debido cumplimiento de los Convenios Sanitarios Internacionales de 1926, 1933 y 1944. Como medida la Comisión crea un comité de expertos de la cuarentena. También sería su tarea iniciar trabajos preparatorios para revisar, unificar y reforzar los Convenios Sanitarios Internacionales vigentes constituyéndose un Comité de Expertos en Control de Epidemias.

Previo a las medidas antes mencionadas, la Comisión Interina se vio en la necesidad de ayudar de manera práctica para combatir a la epidemia del Cólera presentada en Egipto en 1947, permitiendo hacer una evaluación del mecanismo empleado para el control internacional de la enfermedades epidémicas, descubriéndose que habría de modernizar el sistema de transmisión y difusión de informaciones epidemiológicas a fin de poder atacar la grandeza de la situación.

Lo prescrito por los convenios sanitarios vigentes, era considerado aceptado para combatir la situación, sin embargo algunos países iban más allá de lo establecido y ocasionaban entorpecimiento en el comercio y el abastecimiento de víveres en varios países. Ante tal situación, la Secretaría de la Comisión intervino para que se modificaran en varias ocasiones las disposiciones; mientras tanto la Comisión ayudó al gobierno de Egipto haciéndose cargo de la mayor parte de los envíos de vacuna contra el Cólera y facilitó equipo y suministros médicos en calidad de préstamo o donación. El empeño demostrado también por las autoridades de ese país, trajo como resultado que disminuyera el índice de mortandad y se evitó su expansión por otros países.

Se integró otro Comité de Expertos en relación con la fiebre amarilla para asesorar al respecto en base al Convenio Sanitario Internacional sobre Navegación Aérea de 1944; empleándose medidas tales como vacunas, estudios de inmunidad y de zonas geográficas endémicas.

El Comité de Expertos en Control Internacional de la Epidemias, estudió todo lo relativo a las enfermedades endémicas llegando a la conclusión de que las medidas preventivas llevadas a cabo en las fronteras, solo mitigaban el problema, y lo que se debía hacer primero era detectar las zonas donde se originaban las epidemias y segundo luchar contra esos focos endémicos de preferencia con ayuda técnica de la O.M.S.; es así como todas estas sugerencias son enviadas a la Primera Asamblea Mundial de la Salud, además de proponer la modernización de Información Epidemiológica.

Fue también labor de la Comisión Interina examinar el problema del Peregrinaje de la Meca; instituyendo un subcomité especial compuesto por seis expertos de los países directamente interesados, mismo que después presentaría un proyecto de reglamento al respecto para que más tarde se sometiera a la Primera Asamblea de la Salud.

Otro Comité de Expertos se encargó de elaborar unas listas de carácter general de la clasificación de enfermedades más presentadas e índice de mortalidad, pues consideraban que una clasificación única referente tanto a causas de enfermedad como de defunción, permitiría una uniformidad en estadísticas. Es así como se elabora en la segunda reunión del comité la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, aprobada con reservas por los veintinueve Estados que asistieron a la Conferencia Internacional convocada por Francia siendo la sede París en abril de 1948. La Comisión Interina las aprueba y decide someterlas a la Primera Asamblea Mundial de la Salud.

Se consideró necesario elaborar patrones biológicos internacionales así como unidades más urgentemente necesarias, y para opinar al respecto la Comisión Interina constituye un Comité de Expertos, el cual recomienda que se motive a los países que no contarán con centros para la custodia y distribución de patrones internacionales para que los organizaran. Así mismo el Comité estudió las reglas recomendables para algunas vacunas, vitaminas y grupos sanguíneos.

La idea de integrar una Farmacopea Internacional proveniente de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, fue retomada por la Comisión Interina conformando un Comité de expertos con la finalidad de elaborar un proyecto de acuerdo internacional para la unificación de farmacopeas.

La Farmacopea Internacional solo tendría fuerza legal en los países que la adoptaran oficialmente. Recomendando de esta forma el Comité a la 1ª Asamblea Mundial de la Salud que continuara con esa labor.

Por lo que respecta a la lucha contra enfermedades, la Comisión Interina actuó rápidamente en aquellas de suma importancia como lo eran el paludismo, la tuberculosis y las infecciones venéreas, para lo cual constituyó un Comité de expertos en cada caso, con el fin de estudiar la enfermedad respectiva y asesorar a la Comisión.

Con el fin de que se tomaran en cuenta en el primer programa de actividades de la O.M.S., la Comisión Interina inició estudios preliminares en relación a otras cuestiones técnicas en salud, vivienda, delincuencia, etc.

A pesar de que las actividades de la Comisión, en relación con la O.M.S., se limitaron por cuestiones financieras, ésta se adelantó a los intereses de la 1ª Asamblea Mundial de la Salud con el fin de orientarla sobre el estado de los problemas existentes.

Las actividades de campo continuaron por parte de la Comisión Interina pues fue un legado de la UNRRA. El programa comprendía prestación de servicios de asesoramiento y de asistencia general de cuestiones médicas y de salud pública, incluso el envío de misiones de expertos previa consulta con los gobiernos interesados, se continuó con el sistema de becas y otras actividades docentes de la UNRRA, mediante conferencias, demostraciones sobre temas de salud pública, medidas preventivas y estudios de nutrición maternoinfantil.

La actividad publicitaria continuó, pues la Comisión Interina se aseguró de que no cesaran las actividades editoriales heredadas de otros organismos, aunque no se dejó de proporcionar información técnica sobre problemas actuales a las administraciones de salud pública, a los médicos y otros profesionales interesados; además se habían reservado ciertas publicaciones a la O.M.S. entre informes y boletines.¹⁶

Para atender cuestiones urgentes se reimprimió el Código epidemiológico AA. Los agentes de ventas de las Naciones Unidas se encargaron de la distribución y ventas de publicaciones, aún cuando algunas publicaciones se entregaran gratuitamente a determinadas instituciones.

Dentro del informe rendido a la 1ª Asamblea Mundial de la Salud por parte de la Comisión Interina, ésta presentaba algunas recomendaciones relativas al programa de publicaciones de la O.M.S. y una estimación de los costos.

Por lo que respecta a los servicios de biblioteca y documentación de la OIHP y de la sección médica de la biblioteca de la Sociedad de las Naciones en Ginebra, que dependía ya de las Naciones Unidas, lograron conseguir que enviaran un gran número de revistas médicas y técnicas a cambio, en su mayoría, de las publicaciones que enviaba la Comisión Interina.

Es obvio que la Comisión Interina requiriera de presupuesto para realizar sus actividades, y de conformidad con lo dispuesto en el acuerdo del 22 de julio de 1946 sus gastos se costearían con fondos otorgados por las Naciones Unidas, o si fueran insuficientes, mediante anticipos de los gobiernos.

Para designar a su personal y establecer un organigrama de servicios administrativos, la Comisión Interina dependió en un principio de las Naciones Unidas, pues sus reglamentos y disposiciones se basaron en precedentes de las Naciones Unidas.

Surgió posteriormente la necesidad de aumentar considerablemente el personal, esto se hizo procurando que los nombramientos fueran equitativos en cuanto a nacionalidades. Es así que llegó el momento de que la Comisión convocara a la 1ª Asamblea Mundial de la Salud preparando el orden del día así como otros documentos de trabajo y recomendaciones tales como proyectos de programa y presupuesto para el primer año de la O.M.S. en lugar de la sede la regionalización, proyectos de reglamento financiero y el estatuto del personal.

Al mismo tiempo la Comisión se preparaba para su cese, pues tenía que presentar a la Asamblea un informe de su gestión administrativa pues esta resolvería su disolución. Al llegar el momento de que tenía que entrar en vigor la Constitución de la O.M.S., una vez notificado por el 26º estado signatario, miembro también de las Naciones Unidas, se convocó la Asamblea para el 24 de junio de 1948 designando la ciudad de Ginebra como punto de reunión.

¹⁶ Ídem. p. 58-67.

La Comisión elaboró el orden del día y el proyecto de programa para el primer año de existencia de la Organización, se propuso que se tomara la misma atención tanto a casos urgentes como de menor importancia. Se plantearon disposiciones para seguir con las actividades heredadas de las antiguas instituciones sanitarias y continuar con los servicios generales indispensables para el funcionamiento del nuevo organismo.

En lo referente al programa, se sugirieron métodos y órganos de ejecución. Para las cuestiones relativas al personal se presentaron anteproyectos del estatuto del personal y del reglamento financiero; se instituyó un Comité especial para la cuestión de la sede, éste dio a elegir a la Asamblea entre Nueva York, Ginebra y París. La Comisión mandó una circular a los estados miembros, dieciocho votaron por Ginebra; cuatro por Nueva York; uno por París; uno por Washington D.C. y uno por cualquier lugar de Europa.

Para la sede de las oficinas regionales también envió la Comisión una segunda circular y las comunicaciones se enviaron a la Asamblea Mundial de la Salud.

Durante el desarrollo de este punto, se observa que la Comisión Interina cumplió al pie de la letra sus funciones y obligaciones conferidas en el acuerdo del 22 de julio de 1946; pero llegó a su fin el 31 de agosto de 1948 por resolución de la Asamblea y en base a ésta, los bienes, archivos, activo y pasivo, responsabilidades, obligaciones, derechos e intereses de la Comisión en cuestión, son transferidos a la O.M.S.¹⁷

IX. DESARROLLO ORGÁNICO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

El 24 de junio de 1948, se reunió en el Palacio de Naciones (Palais des Nations) de Ginebra Suiza la 1ª Asamblea Mundial de la Salud, con la asistencia de la representación de todos los estados miembros, con la participación de observadores de estados no miembros, de las autoridades aliadas de ocupación de Alemania, Japón y Corea del Sur y de las Naciones Unidas y representantes de la Oficina Internacional de Higiene Pública.

Esta Asamblea se enfrentó a un trabajo arduo, difícil y sin precedentes, puesto que se estaba incorporando una nueva forma de organización con funciones mucho más amplias e importantes que cualquier Organización sanitaria internacional que le antecediese, en dicha Asamblea se definió la política de la O.M.S., determinando en todo momento sus fines, objetivos y metas, llevando a cabo como primer paso prioritario el estructurar y poner en marcha un plan para dar cabal cumplimiento a la nueva y gran misión de lograr la continuidad de las actividades y éxitos obtenidos en materia de salud hasta la fecha por los predecesores de la O.M.S., mismos que eran la UNRRA y la Oficina Internacional de Higiene Pública, situaciones que ya se habían

¹⁷ Idem. p. 68-71.

asumido por la Comisión Interina de la Organización, para estar en posibilidad de realizar un programa general de las actividades de la Organización naciente, en la citada Asamblea se designó como presidente al Dr. Andrija Stampar, que era el jefe de la delegación de Yugoslavia y presidente de la Comisión Interina; instituyendo en esta Asamblea cinco comisiones para desahogar el orden del día y se nombró una mesa que iba a ser la encargada de coordinar los trabajos.

Dentro de los actos importantes que se efectuaron en dicha Asamblea fue la de elegir a los 18 estados que tuvieran derecho a designar una persona para integrar el Consejo Ejecutivo, fijándose la atención en resolver el problema de la distribución geográfica equitativa para constituir el Consejo, ya aceptados los miembros del Consejo para analizar entre otras cosas el nombramiento del director general de la Organización, nombrando al Dr. Brock Chisholm quien se desempeñaba como secretario ejecutivo de la Comisión Interina, ejerciendo su cargo hasta 1953, sucediéndolo el Dr. Marcolino G. Candan.

La Comisión Interina aportó diversas recomendaciones que tomó en cuenta la Asamblea para elaborar su programa de políticas futuras a cubrir, de esta política el primer paso fue el de agrupar las materias en varias categorías y según su importancia, constituyéndose un grupo que fue de prioridad absoluta, en donde se ubicaran enfermedades como: enfermedades venéreas, tuberculosis, la higiene materno infantil, el paludismo, la nutrición y el saneamiento del medio.

La segunda prioridad fue la de lograr una óptima administración de la salud; la tercera prioridad fue la de investigar todo lo referente a la parasitosis para estar en posibilidad de controlarla; el cuarto y quinto lugar en cuanto a prioridad para la Organización en estudio, fue la de enfermedades ocasionadas de forma viral y en lo referente al rubro de salud mental respectivamente, estableciéndose un sexto rubro para otro tipo de cuestiones diversas, y para atender y en todo caso solucionar las necesidades de salud pública que le ponían a su consideración los estados miembros, al ver esto la Organización reformó este mecanismo para volverlo más flexible, adaptando a las necesidades y demandas de asistencia que en forma concreta le hacían los estados miembros, tomando en consideración para la solución de lo anterior, el desarrollo y los conflictos internos de cada país.

Por otra parte la Asamblea autorizó la constitución de comités y cuadros de expertos para atender y resolver los asuntos de prioridad absoluta antes referidos, ampliándose el sistema que la Comisión Interina había estructurado y que al conjugarlo y aplicarlo a otros problemas técnicos, se convirtió en lo subsecuente para la Organización de nueva creación, en una fuente muy valiosa en cuanto a información, orientación y asesoramiento.

El presupuesto con el cual contó la Organización durante los primeros cuatro meses de su función ascendió a cuatro millones ochocientos mil dólares ya que de la misma se iba a reembolsar la cantidad de dos millones ciento cincuenta mil dólares a las Naciones Unidas, que era la deuda contraída por la Comisión Interina.

En 1949 se aprobó un presupuesto de cinco millones de dólares, estableciéndose que para determinar las contribuciones de los estados miembros de la Organización se basaría en una escala establecida previamente por las Naciones Unidas en donde se encontraban los criterios de imposición que la Organización aplicaba a sus miembros.

Otro de los aspectos de gran trascendencia fue la de ubicar el lugar donde habría de instalarse la sede de la Organización Mundial de la Salud, este punto fue uno de los que no tuvo mayor problema ya que de las respuestas vertidas por los estados miembros a la encuesta realizada por la Comisión Interina, todos se inclinaban porque fuera en Ginebra, estableciendo la Asamblea de la Salud, la sede de la O.M.S. en esa ciudad, previa consulta con las Naciones Unidas como lo estipula el artículo 43 de la Constitución, y en virtud de que fue una decisión unánime fue confirmada posteriormente, aprobándose un "Acuerdo de residencia", concertado por el Consejo Federal de Suiza, en el cual se especificó la situación jurídica de la Organización en ese país, fijándose las relaciones entre la misma y las autoridades federales de Suiza.

Por otro lado la Asamblea Mundial de la Salud formalizó sus relaciones con las Naciones Unidas, con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; y aprobó los correspondientes proyectos de acuerdo con esos organismos. También se decidió continuar con la estrecha colaboración que previamente había establecido la Comisión Interina con el Consejo Económico y Social y sus comisiones, en lo referente a las drogas toxicomaníacas, estadísticas demográficas, prevención del delito y tratamiento del delincuente, problemas sanitarios en las migraciones, proyectos sobre niveles de vida, higiene de la vivienda, problemas de población y la declaración de los derechos del niño. También se estableció nexos con la Organización de Aviación Civil Internacional y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

La Comisión Interina llegó a culminar y concluir con sus funciones, dejando de existir el 31 de agosto de 1948 a resolución de la Asamblea de la Salud.

ORGANIZACIÓN REGIONAL

Uno de los puntos discutidos por su complejidad y delicadeza fue la descentralización de las actividades del nuevo organismo, prevista en los artículos del 44 al 54 de su Constitución, haciendo mención que el sistema regional ideado por la Primera Asamblea Mundial de la Salud, con el paso del tiempo se convirtió en uno de los rasgos que distingue la estructura de la Organización, en dicha Asamblea se abordó este punto y se encomendó a la Comisión de la sede y de la organización regional, el trabajo de delimitar las zonas en que habrían de crearse comités y oficinas regionales, teniendo como finalidad la buena marcha de la Organización.

Para llevar a cabo la organización regional, se tomó muy en cuenta los factores como el nivel de salud de los países incluidos en cada región; existencia en los países de importantes focos de epidemia y que fueran permanentes, la eficacia con que los países habían logrado superar las consecuencias de la guerra en el aspecto sanitario,

aportaciones que pudieran ser retomadas de las administraciones sanitarias existentes, así como la manera y capacidad de resolver los problemas que se les presentaran.

Para poder realizar el proceso de descentralización se tuvo que tomar en consideración el orden financiero, aspecto que limitó un poco la posibilidad de imprimir un ritmo rápido a este proceso; finalmente después de discutir que el proceso se fuera efectuando de manera escalonada, dando prioridad a un orden de países preestablecido, se llegó al acuerdo de realizarlo conforme a la propuesta del delegado de Filipinas, para que con fundamento en lo dispuesto por el artículo 44 de la Constitución de la Organización se recomendara el establecimiento inmediato de una organización regional en una zona determinada tan pronto se contara con el asentamiento de la mayoría de los estados miembros que se ubicaran dentro de determinada zona, quedando por regiones geográficas plasmadas dentro de un informe que la Comisión presentó para su aprobación ante la Asamblea de la Salud, siendo las regiones geográficas las siguientes:

- 1) Región del Mediterráneo Oriental.
- 2) Región del Pacífico Occidental.
- 3) Región de Asia Sudoriental.
- 4) Región de Europa.
- 5) Región de África.¹⁸

Cabe hacer mención que esta delimitación ha sufrido cambios desde 1948 a la fecha, misma que se analizará en capítulos subsiguientes del presente trabajo de tesis.

¹⁸ Idem. p. 72-78.

CAPITULO SEGUNDO

“ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD”

I.- OBJETIVO

Dentro de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud ubicamos como objetivo primordial y la finalidad prioritaria de dicha Organización, el alcanzar para todos los pueblos del mundo el grado más óptimo y posible de salud, perseguido también por los países miembros de dicha Organización, estableciéndose de la misma forma que el disfrute máximo de la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; ya que la salud la debemos pensar como condición fundamental para conseguir paz y seguridad a nivel mundial, toda vez que los resultados conseguidos por cada estado en referencia al fomento, procuración y protección de la salud son de gran importancia para la generalidad, aunado a la desigualdad que prevalece en varios países en lo referente al rubro antes citado, constituyéndose un peligro común debido a que no existe un efectivo control de enfermedades y en específico de las transmisibles.

Es por lo anterior que en 1977 la Asamblea Mundial de la Salud dio a conocer el objetivo antes citado conociéndosele como “Salud para todos en el año 2000”; obligándose a los gobiernos y a la propia O.M.S. ha lograr que los pueblos de todo el mundo tengan o consigan un óptimo nivel de salud, mismo que les permita disfrutar de una vida social y económicamente productivas.¹⁹

II. FUNCIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Para poder hacer mención de las funciones de la Organización Mundial de la Salud, cabe recordar que dicho organismo especializado tiene como objetivo primordial el alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud y para esto se requiere de una labor extrema, pues es bien sabido que la salud a nivel mundial se está volviendo precaria, ya que últimamente se ha observado el resurgimiento de enfermedades que ya se encontraban erradicadas.

Es así que la Organización Mundial de la Salud actuará como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional pues regulará la actividad de los países del mundo en materia sanitaria; asimismo y en relación a esta función establece y mantiene colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos

¹⁹ ABC DE LAS NACIONES UNIDAS. Publicado por el departamento de información pública de las Naciones Unidas. Nueva York, 1995. p. 302-303.

especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que juzgue convenientes; a petición de los gobiernos presta ayuda con la finalidad de fortalecer sus servicios de salubridad, esto reflejado en el campo técnico y en casos de emergencia presta cooperación necesaria que soliciten o acepten.

Provee o ayuda a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicomitados. Establece y mantiene los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística. En lo referente a las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, estimula y adelanta labores destinadas a erradicarlas.

Promueve, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, la prevención de accidentes y 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.

De la misma forma encaminado al mejoramiento de la salud, promueve la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales para que éstas contribuyan a tal fin.

La Organización Mundial de la Salud propone convenciones, acuerdos y reglamentos y hace recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que le sean asignados en ellos y que estén vinculados y de acuerdo con su finalidad.

Con la preocupación de que la salud en la integración familiar también repercute, la promueve en el aspecto maternal e infantil así como la asistencia requerida, fomentando la capacidad de vivir en armonía pese a los cambios constantes del mundo.

La investigación en el rubro sanitario también es importante pues la Organización la promoverá y realizará ampliamente.

Para lograr un buen adelanto en la salud es necesario que se cuente con un excelente nivel de preparación y para esto la O.M.S. promueve el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines.

Asimismo, estudia y da 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 del seguro social.

Su aportación a la sanidad internacional se ve plasmada también en el suministro de información, consejo y ayuda en dicho campo, de tal forma que esto contribuya a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada.

Establece y revisa, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública; así como las normas uniformes de diagnóstico pertinentes.

Para crear una uniformidad mundial desarrolla, establece y promueve normas internacionales con respecto a productos alimenticios, farmacéuticos y similares.²⁰

Como hemos podido observar la Organización Mundial de la Salud actúa tomando todas las medidas necesarias para alcanzar su finalidad, teniendo siempre en consideración la evolución de las necesidades, obstáculos y oportunidades.

III. MIEMBROS ORIGINARIOS Y MIEMBROS ASOCIADOS.

Dentro de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud podemos observar en sus preceptos la regulación relativa a las condiciones para poder ser miembro de dicha Organización.

La calidad de miembro de la Organización puede ser atribuida a todos los estados. Para aquellos Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas que deseen formar parte de la O.M.S. basta con que firmen o declaren aceptar la Constitución bajo los respectivos procedimientos.

Sin embargo para los Estados restantes es necesario someterlo al voto de la Asamblea Mundial de la Salud y obtener su aprobación.

Por lo que respecta a los Estados que fueron invitados a la Conferencia Internacional de Salubridad llevada a cabo en Nueva Guinea en 1946, pueden ser miembros, firmando o aceptando mediante otro medio la Constitución conforme al procedimiento respectivo, sin embargo esta firma o aceptación deben ser presentadas antes de la Primera reunión de la Asamblea de la Salud.

Los Estados que no puedan obtener su calidad de miembros por alguno de los medios antes descritos, podrán presentar una solicitud de miembros para que ésta posteriormente sea aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, esto sujeto a las condiciones de todo acuerdo que se establezca entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

Todo miembro al no cumplir con sus obligaciones adquiridas con la Organización o en otras circunstancias excepcionales, será sancionado por la Asamblea

²⁰ OMS. Documentos Básicos. Constitución. Ob. cit. p. 2-3.

Mundial de la Salud con la suspensión de los privilegios de voto y los servicios a que tenga derecho tal miembro, esto en las condiciones apropiadas. El goce de estos privilegios o derechos suspendidos serán restituidos por la misma Asamblea.

Existe también la calidad de miembros asociados, la cual pueden adquirir por medio de la Asamblea, los territorios o grupos de territorios que no sean responsables de sus relaciones internacionales. La solicitud que deben presentar estos territorios o grupos de territorios, la harán en su nombre un miembro y otra autoridad responsable de la dirección de sus relaciones internacionales. Los representantes de los miembros asociados deberán contar con competencia técnica en el sector de la salud y tendrán que ser originarios de dicho territorio.

El alcance de sus derechos y obligaciones será determinado por la Asamblea Mundial de la Salud.²¹ [*ver anexo I final del capítulo*]

III.1 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS ORIGINARIOS Y ASOCIADOS.

Dentro de las obligaciones de los miembros se encuentra el rendir cada miembro, un informe anual sobre las medidas tomadas y los adelantos obtenidos para mejorar la salud de su pueblo; asimismo elaborará otro donde manifieste las medidas tomadas respecto a las recomendaciones sugeridas por la Organización Mundial de la Salud y respecto a convenciones, acuerdos y reglamentos.

Cada miembro deberá transmitir lo más pronto posible a la Organización, las leyes, reglamentos, informes y estadísticas oficiales de importancia relativos a la salubridad que hayan sido publicadas en el Estado. Asimismo, presentará cada miembro informes estadísticos y epidemiológicos en la forma que determine la Asamblea y toda aquella información obtenida sobre la salubridad.

Los miembros asociados tendrán derecho a:

- a) Participar sin derecho a voto en las deliberaciones de las Asambleas de la Salud y de sus comisiones principales.
- b) Participar con derecho a voto en las demás comisiones o subcomisiones de la Asamblea y a formar parte de sus mesas, excepto la mesa de la Asamblea, la Comisión de credenciales y la Comisión de Candidaturas.
- c) Participar con las reservas establecidas, en las deliberaciones sobre las cuestiones relativas a la dirección de las sesiones de la Asamblea y de sus comisiones.
- d) Proponer la adhesión de puntos en el orden del día provisional de la Asamblea.

²¹ *Idem.* pág. 5.

e) A recibir en igual forma que los miembros todos los documentos, notificaciones, informes y actas.

f) Participar en las mismas condiciones que los miembros en el procedimiento de convocación a reuniones especiales.

Los miembros asociados contarán con los mismos derechos que los estados miembros, a presentar proposiciones al Consejo Ejecutivo y a participar en las deliberaciones de las comisiones constituidas por éste último; sin embargo no podrán formar parte del Consejo.

Todos los miembros tendrán las mismas obligaciones, sin embargo, en el caso de miembros asociados se tomará en cuenta la diferencia de su régimen estatutario al determinar el importe de su contribución al presupuesto de la Organización.²²

IV. ÓRGANOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

IV.1 LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano y autoridad suprema de la Organización Mundial de la Salud. Está compuesta por delegados representantes de los miembros los cuales no serán más de tres; uno designado por el miembro como Presidente de la delegación. Los delegados podrán ser acompañados por los suplentes y asesores.

Dicha Asamblea sesionará anualmente para examinar la labor de la Organización y establecer su política, programa y presupuesto, esto de manera ordinaria y extraordinaria cuando sea necesario, esta última será convocada a solicitud del Consejo de la mayoría de los miembros.

Durante su sesión anual la Asamblea de la Salud, designará el país o región en el cual se celebrará la siguiente sesión anual, mientras que el Consejo fijará el lugar posteriormente; así como cuando se trate de una sesión extraordinaria.

Por lo que respecta a la fecha en que habrán de celebrarse cada sesión anual o extraordinaria, será fijada por el Consejo previa consulta con el Secretario General de las Naciones. En la celebración de cada sesión anual, al principio de ésta, la Asamblea de la Salud elegirá su presidente y demás funcionarios, permaneciendo en su cargo hasta que se elijan sus sucesores. Para poder funcionar adecuadamente la Asamblea fijará su propio reglamento interno.

²² Ídem. p. 14-20.

Podrá adoptar la Asamblea de la Salud convenios o acuerdos relativos a cualquier asunto que competa a la Organización, lo cual podrá realizarse con el voto de aprobación de las dos terceras partes de la Asamblea. Los convenios o acuerdos entrarán en vigor para cada miembro cuando este lo acepte mediante los procedimientos constitucionales establecidos.

Los miembros están obligados a que dentro de los 18 meses posteriores a la fecha de que la Asamblea de la Salud adopte una convención o acuerdo, resuelvan sobre su aceptación notificando al Director General. Si su resolución es negativa rendirá una declaración para manifestar las razones de su negación; en caso de ser positiva, cada miembro presentará un informe anual al Director General.

La Asamblea Mundial de la Salud tiene autoridad para adoptar reglamentos relativos a:

- a) Requisitos sanitarios y de cuarentena y de otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades;
- b) Nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y prácticas de salubridad pública;
- c) Normas uniformes sobre procedimientos de diagnóstico de uso internacional;
- d) Normas uniformes sobre la seguridad, pureza y potencia de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional, así como su propaganda y rotulación.

Estas reglamentaciones tendrán vigencia para todos los miembros después de que la Asamblea de la Salud dé el debido aviso de su adopción; excepto para los miembros que comuniquen al Director General que las rechazan o hacen reservas dentro del período fijado en el aviso.

La Asamblea de la Salud como máxima autoridad de la Organización Mundial de la Salud tendrá a su cargo funciones muy importantes tales como:

- * Determinar la política de la Organización;
- * Nombrar los miembros que tengan derecho a designar una persona para el Consejo;
- * Nombrar al Director General;
- * Estudiar y aprobar los informes y actividades del Consejo y del Director General y dar instrucciones al Consejo, sobre los asuntos en los cuales se considere conveniente acción, estudio, investigación o informe;

- * Establecer los Comités que consideren necesarios para el trabajo de la Organización;
- * Vigilar la política financiera de la Organización, estudiando y aprobando su presupuesto;
- * Dar instrucciones al Consejo y al Director General para llamar la atención de los miembros y de las organizaciones internacionales, gubernamentales o no gubernamentales, sobre cualquier asunto relacionado con la salubridad que estime conveniente la Asamblea de la Salud;
- * Invitar a cualquier Organización internacional o nacional, gubernamental o no gubernamental, que tenga responsabilidades relacionadas con las de la Organización la que nombre representantes para participar, sin derecho a voto, en sus reuniones o en las de Comités y Conferencias celebradas bajo sus auspicios, en las Comisiones que prescriba la Asamblea de la Salud, pero en el caso de Organizaciones nacionales, las invitaciones se harán solamente con el consentimiento del gobierno interesado;
- * Considerar las recomendaciones sobre salubridad hechas por la Asamblea General, el Consejo Económico y Social, el Consejo de Seguridad o el Consejo de Administración Fiduciaria de las Naciones Unidas, e informarles sobre las medidas tomadas por la Organización para poner en práctica tales recomendaciones;
- * Informar al Consejo Económico y Social, conforme a los acuerdos que se concerten entre la Organización y las Naciones Unidas;
- * Promover y realizar investigación 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;
- * Establecer otras instituciones que considere conveniente;
- * Empezar cualquier acción apropiada para el adelanto de la finalidad de la Organización.

Asimismo la Asamblea de la Salud tendrá la facultad y contará con la autoridad para hacer recomendaciones respecto a cualquier asunto de este dentro de la competencia de la Organización.²³

IV.2 EL CONSEJO EJECUTIVO.

Otro órgano importante de la Organización Mundial de la Salud es el Consejo Ejecutivo quien ejercerá, en nombre y representación de toda la Asamblea de la Salud, las funciones delegadas por ésta.

²³ Ídem. p. 5-8.

El Consejo estará integrado por 31 personas designadas por igual número de miembros. La Asamblea de la Salud, teniendo en cuenta una distribución geográfica equitativa, elegirá a los miembros que tengan derecho a designar a una persona para integrar el Consejo. Sin embargo no podrá elegirse a menos de 3 miembros de cada una de las Organizaciones regionales establecidas. La representación de cada miembro en el Consejo debe ser una persona técnicamente capacitada en el campo de la salubridad, que podrá ser acompañada por suplentes y asesores.

Sus miembros se elegirán por un período de tres años y podrán ser reelegidos. El Consejo se reunirá por lo menos dos veces al año y determinará el lugar de cada reunión. Elegirá entre sus miembros a su presidente, y adoptará su reglamento interior.

Las funciones del Consejo se resumen en:

- * Dar efecto a las decisiones y a la política de la Asamblea de la Salud.
- * Actuar como órgano ejecutivo de la Asamblea de la Salud,
- * Desempeñar toda otra función que la Asamblea de la Salud le encomiende;
- * Asesorar a la Asamblea de la Salud en los asuntos que ésta le encomiende y en los que sean asignados a la Organización por acuerdos, convenciones y reglamentos;
- * Asesorar y presentar propuestas a la Asamblea de la Salud por iniciativa propia;
- * Preparar el programa de las sesiones de la Asamblea de la Salud;
- * Someter a la Asamblea de la Salud, para su aprobación y consideración, un plan general de trabajo para un período determinado;
- * Estudiar todo asunto que esté dentro de su competencia;
- * Tomar medidas de emergencia de conformidad con las funciones y recursos financieros de la Organización.²⁴

IV.3 LA SECRETARÍA.

La Secretaría se integrará por el Director General y del personal técnico y administrativo que requiera la Organización.

El Director General será nombrado por la Asamblea de la Salud a propuesta del Consejo, y será el funcionario principal técnico y administrativo de la Organización, así como también Secretario *ex officio* de la Asamblea de la Salud, del Consejo, de todas

²⁴ Ídem. p. 8-9.

las comisiones y Comités de la Organización y de las Conferencias que ésta convoque. Tendrá la facultad de delegar funciones.

El Director General podrá tener acceso a las Instituciones o dependencias de salubridad de los miembros previo acuerdo con estos últimos; asimismo podrá establecer relaciones directas con organizaciones internacionales cuyas actividades estén dentro de la Organización e informará a las oficinas regionales de todo asunto que concierna a las respectivas regiones.

Los balances y proyectos de presupuestos de la Organización serán preparados y presentados por el Director General al Consejo.

El Director General nombrará al personal de la Secretaría de acuerdo con el reglamento del personal que establezca la Asamblea de la Salud. Cada uno de los miembros de la Organización se compromete por su parte, a respetar el carácter exclusivamente internacional del Director General y del personal.²⁵

IV.4 LOS COMITÉS.

Los Comités serán establecidos por el Consejo en el número que la Asamblea de la Salud lo determine; sin embargo por iniciativa propia o a propuesta del Director General, el Consejo podrá establecer cualquier otro Comité que considere conveniente para cumplir otro propósito que este dentro de la competencia de la O.M.S.

El Consejo puede disponer la creación de Comités conjuntos o mixtos con otras organizaciones o la participación en ellos de la Organización, así como la representación de ésta en Comités establecidos con otras organizaciones.

La Organización Mundial de la Salud realizará conferencias convocadas por la Asamblea de la Salud o por el Consejo, las cuales podrán ser locales, generales, técnicas u otras de índole especial para el estudio de cualquier fin de la Organización.²⁶

V.- ORGANIZACIÓN REGIONAL.

Como ya lo analizamos en el punto número nueve del capítulo primero, hubo la necesidad de delimitar zonas geográficas para que la Organización Mundial de la Salud, actuara en forma regional y así pudiera obtener un mayor control en materia de salud.

Las regiones geográficas en donde se establecerá una Organización Regional, serán determinadas periódicamente por la Asamblea Mundial de la Salud, esto con la

²⁵ ídem. p. 9-10.

²⁶ ídem. p. 10-11.

aprobación de la mayoría de los miembros. En cada región no habrá más de una Organización Regional. *[ver anexo 2 al final del capítulo]*

En cada Organización Regional existirá un Comité Regional y una oficina regional. Los Comités Regionales serán integrados por representantes de los Estados miembros y miembros asociados que pertenezcan a la región de que se trate, aunque queda abierta la posibilidad y el derecho, que en caso de que los territorios o grupo de ellos de la región que no tengan responsabilidad sobre la dirección de sus relaciones internacionales y que sean miembros asociados, tendrán derecho a ser representados y tener participación en los Comités Regionales.

El alcance y la naturaleza de los derechos y obligaciones que gozarán los territorios antes mencionados, dentro de los Comités Regionales, serán determinados a través de la Asamblea de la Salud con la participación del miembro o la autoridad que sea responsable de la dirección de las relaciones internacionales de dichos territorios, y con los Estados miembros del Comité.

Las reuniones del Comité Regional se verificarán con la frecuencia que se considere necesaria, debiendo de especificar y señalar en todo momento, el lugar donde se realicen las reuniones, así mismo se les otorga a los Comités la facultad de adoptar y crear su reglamento interno.

Las funciones que tendrán los Comités Regionales serán:

- Formular los lineamientos sobre los que deberá regir los asuntos de índoles exclusivamente regional.
- Vigilar las actividades de la oficina regional.
- Recomendar en todo momento a la oficina regional la convocatoria de conferencias técnicas y pedir a la misma que se realicen investigaciones adicionales referentes a la salubridad, siempre y cuando, a consideración del Comité Regional sea para promover la finalidad de la Organización en la región.
- Cooperar entre los demás Comités Regionales integrantes de Naciones Unidas, organismos especializados y demás Organizaciones internacionales, siempre que guarden un interés común con la función de la Organización.
- Asesorar a la Organización por conducto del Director General, en materia de salud internacional, siempre que vulnere o tenga un impacto directo en cuestión sanitaria en la región.
- Recomendar contribuciones adicionales a cargo de los gobiernos de la región que se trate, si es que el presupuesto que asigne la Organización a determinada región, no sea suficiente para que desarrolle eficazmente sus funciones regionales, y
- Las funciones que le serán delegadas al Comité Regional, por la Asamblea de la Salud, el Consejo o Director General.

La Oficina regional será el órgano administrativo del Comité Regional, realizando en la región las determinaciones que tome la Asamblea de la Salud y el Consejo, la Oficina regional contará con un Director regional, mismo que será nombrado por el Consejo con acuerdo del Comité Regional; así mismo el personal que

labore en la Oficina regional será nombrado mediante la forma que sea determinada por el Director general de la Organización y el Director regional.²⁷

VI. CAPACIDAD JURÍDICA, PRIVILEGIOS E INMUNIDADES.

La Organización gozará de la capacidad jurídica que sea necesaria para agotar todas sus finalidades y funciones en los territorios de sus Estados miembros; asimismo gozará o disfrutará de los privilegios e inmunidades que se consideren necesarios, exclusivamente para cumplir con sus propósitos.

Estos privilegios e inmunidades se extenderán a los representantes de los miembros, personas designadas para conformar el Consejo, el personal técnico y administrativo de la Organización; quienes tendrán la independencia necesaria para desempeñar totalmente con sus funciones en relación con la Organización.

Los rubros en comento se definirán por el acuerdo que realizará la Organización, previa consulta con el Secretario general de las Naciones Unidas y que se discutirán con la totalidad de los Estados miembros.²⁸

VII. ESTATUTO DEL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

La finalidad y objeto del estatuto del personal de la O.M.S., es fijar las condiciones generales de servicio en la Secretaría de la Organización en comento; así como establecer los derechos y obligaciones elementales del personal que labora en dicha Organización.

Asimismo, se exponen las formas y métodos a seguir para ir ubicando la gestión, enfocado a proveer la manera en que se otorguen los puestos y la forma de administrar los servicios, esto con la finalidad de que le sirva de base al Director General de la Organización, para que éste pueda tomar sus decisiones y determinaciones, ya que como principal funcionario de la O.M.S., este podrá aplicar las disposiciones reglamentarias más oportunas que considere pertinentes para la correcta aplicación con las normas contenidas en el estatuto.

²⁷ ídem. p. 12-13.

²⁸ ídem. pág. 15.

VIII OBLIGACIONES, PRERROGATIVAS Y DEBERES DEL PERSONAL.

El Director General para decidir sobre la clasificación y distribución de los puestos, deberá estudiar y observar en todo momento los alcances de las obligaciones y las responsabilidades que traiga aparejado el puesto y los miembros del personal respectivamente.

Todos los funcionarios que integren el personal de la O.M.S. sólo tendrán el carácter de funcionario internacional y no así de nacional, en virtud de que el ámbito en el que se desenvuelve la Organización es del orden internacional primordialmente, ya que al momento de aceptar y protestar un cargo dentro de la Organización lo harán obligándose a cumplir y disciplinar su conducta con miras exclusivamente al servicio de esta.

Asimismo, se verán sometidos a la autoridad del Director General quien tendrá la facultad de encomendarles cualquier empleo tendiente a cumplir con los alcances de la Organización, y será al Director General, a quien exclusivamente le respondan por el desempeño de las funciones que le sean delegadas quedando los miembros del personal de la Organización siempre a disposición de su Director General.

Por otro lado, en cualquier situación o actividad dirigida a cumplir con el servicio encargado, el personal no podrá solicitar o aceptar instrucciones de cualquier autoridad ajena a la Organización, quedando de igual manera obligados a no ejercer otra función profesional que sea incompatible con su buen desempeño dentro de la Organización que le sean conferidos, debiendo de guardar en todo momento una conducta digna que conlleve su propia condición de funcionario internacional; debiendo de evitar cualquier situación o manifestación pública que sea en detrimento de esta condición.

Lo anterior siempre que esto no los obligue a abandonar su identidad nacional o sus convicciones políticas o religiosas, por lo que cuando estos actos públicos revistan la situación antes mencionada lo podrán hacer, pero conduciéndose con discreción y tacto.

En todo asunto oficial, los miembros del personal están obligados a guardar reserva, salvo que tengan la autorización del Director General, teniendo la restricción de no informar a nadie los asuntos que conozcan por razón de su cargo, hasta en tanto no sea publicado; esta obligación se extenderá aún cuando el funcionario haya llegado al cese de su encargo.

El personal de la O.M.S. podrá aceptar distinciones honoríficas, condecoraciones, favores, obsequios o remuneraciones de cualquier autoridad ajena a la Organización, siempre que la aceptación no afecte su condición de funcionario internacional, pero cuando se postulen para la candidatura de algún cargo público de carácter político, deberán de separarse del cargo que ocupen en la Organización en referencia.

Los privilegios e inmunidades que le sean conferidos a la Organización Mundial de la Salud de conformidad con el artículo 67 de su Constitución, son con el objetivo de cumplir con los propósitos de dicha Organización sin excluir con este fuero, a los miembros del personal en relación con sus obligaciones privadas con el cumplimiento de sus leyes y los reglamentos de policía.

Cualquier cuestión que surja con motivo de la aplicación de los privilegios e inmunidades que tendrán embestidos los miembros del personal, será el Director General quien decida la procedencia de retirarlos o mantenerlos.

Al asumir el personal su puesto, deberá cumplir con un juramento o declaración donde se compromete a ejercer debidamente sus funciones. Esta declaración lo harán en diversa forma:

- El Director General lo hará verbalmente en una sesión pública de la Asamblea Mundial de la Salud.
- El Director General adjunto, los subdirectores generales y los directores regionales lo rendirán ante el Director General, y
- Los demás miembros del personal lo harán por escrito.

Tomando en consideración el servicio que preste cada miembro del personal estos serán nombrados. Se examinarán las condiciones de competencia, eficacia e integridad para cuestiones de nombramientos, traslados o ascensos y por el contrario, no habrá distinciones con motivo de raza, religión o sexo; sin embargo siempre que sea posible se harán los nombramientos por concurso.

En el supuesto de encontrarse una vacante en algún puesto, la preferencia la tendrán las personas que ya presten algún servicio en la Organización y recíprocamente sucederá con los funcionarios de las Naciones Unidas y de los organismos especializados vinculados a las Naciones Unidas.

Algunos puestos serán renovables por períodos máximos de cinco años como lo son el del Director General adjunto, los subdirectores generales y los directores regionales; mientras que los demás miembros del personal serán renovados, según lo determinen las normas y los requisitos exigidos por el Director general de manera permanente o temporal. Asimismo, el mismo Director general establecerá las condiciones de salud que deberán reunir los miembros del personal.

Por lo que respecta a la fijación de sueldos, la Asamblea Mundial de la Salud en base a las recomendaciones del Director General y del Consejo Ejecutivo establecerá los sueldos del Director General adjunto, de los subdirectores generales y de los directores regionales.

En cuanto al demás personal, sus sueldos los fijará el Director General teniendo en consideración sus funciones y responsabilidades. Se establecerá un sistema de sueldos y subsidios basado en la escala aplicada en las Naciones Unidas.

Los funcionarios contratados localmente tendrán un sueldo y subsidios basados en las condiciones de empleo de la localidad, mientras que el personal de contratación internacional, su sueldo variará según las condiciones del destino, las circunstancias de sus funciones, el nivel de vida, entre otros.

Todos los miembros del personal gozarán cada año de una licencia adecuada, concediendo algunas de carácter especial al Director General, éste último les dará el tiempo necesario para que los miembros del personal durante su licencia viajen a su país de origen, esto bajo la aprobación de la Organización.

Como goce de un derecho, los miembros del personal podrán afiliarse a la caja común de pensiones del personal de las Naciones Unidas, sometiéndose a las disposiciones del estatuto.

Contarán también con seguro social, donde se contemplará la protección de la salud, la concesión de licencias por enfermedad y por maternidad así como el pago de las indemnizaciones por enfermedad, accidente o muerte por causa de trabajo.

Los miembros del personal también tendrán derecho a que la Organización cubra sus gastos de viaje así como los de las personas a su cargo en los siguientes casos:

1. Por motivo de su nombramiento y su traslado, cuando cambien de residencia por causa oficial.
2. Cuando haya solicitado licencia y se les autorice gozarla en su país de origen.
3. Cuando dejen de prestar servicios.

De la misma forma correrán con los gastos de mudanza previas las condiciones establecidas por el Director General.²⁹

VII.2 CESE DE SUS FUNCIONES.

La renuncia la podrá hacer el miembro del personal que labore en la Secretaría previo aviso al Director General.

Se dará la rescisión del contrato por medio del Director General, cuando así lo establezcan las condiciones de su nombramiento, o cuando lo exijan las necesidades del servicio, o la reducción de plantillas, o el prestador no haya desempeñado adecuadamente sus funciones, o bien, cuando éste por motivo de salud se encuentre incapacitado para seguir laborando.

Al rescindir un contrato, el interesado será avisado previamente, pagándosele una indemnización conforme a las condiciones de su nombramiento.

Asimismo, en causas de repatriación, el Director General tomará las medidas necesarias para pagar los subsidios correspondientes.

²⁹ OMS. Documentos Básicos. Estatuto del personal. Ob. cit. p. 89-92.

También se dará la figura de la jubilación, cuando el miembro del personal llegue a la edad señalada en los estatutos de la caja de pensiones. Sin embargo, en el caso de que la Organización requiera de los servicios de ese empleado, el Director General podrá prorrogar el límite de edad.

Para los casos en que los miembros del personal no tengan un comportamiento satisfactorio en el desempeño de sus funciones, el Director General podrá imponer las sanciones correspondientes, y en caso de faltas graves serán destituidos sumariamente.³⁰

VII.3 RECURSOS.

Se establecerá un órgano administrativo, donde participarán los miembros del personal, su función es asesorar al Director General en los recursos interpuestos por los funcionarios de la Organización contra decisiones administrativas alegando infracción de alguna estipulación de su contrato o de cualquier disposición del estatuto o del reglamento del personal o recursos contra una medida disciplinaria.

Si persiste una situación o divergencia entre la Organización y un miembro del personal sobre la ejecución de su contrato, que los órganos competentes de la Organización no hayan podido resolver lo ventilarán en última instancia ante el Tribunal Administrativo de las Naciones Unidas.³¹

³⁰ ídem. pág. 93.

³¹ ídem. p. 93-94.

ANEXO I

ESTADOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
(OMS)

1. AFGANISTÁN	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	6 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. BÉLGICA	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. CAMERÚN	6 DE MAYO DE 1960
33. CANADÁ	29 DE AGOSTO DE 1946
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
 44. CHIPRE
 45. DINAMARCA
 46. DJIBOUTI
 47. DOMINICA
 48. ECUADOR
 49. EGIPTO
 50. EL SALVADOR
 51. EMIRATOS ÁRABES UNIDOS
 52. ERITREA
 53. ESLOVAQUIA
 54. ESLOVENIA
 55. ESPAÑA
 56. EDOS. FED. DE MICRONESIA
 57. ESTADOS UNIDOS
 58. ESTONIA
 59. ETIOPÍA
 60. FIJI
 61. FILIPINAS
 62. FINLANDIA
 63. FRANCIA
 64. GABON
 65. GAMBIA
 66. GEORGIA
 67. GHANA
 68. GRANADA
 69. GRECIA
 70. GUATEMALA
 71. GUINEA
 72. GUINEA BISSAU
 73. GUINEA ECUATORIAL
 74. GUYANA
 75. HAITÍ
 76. HONDURAS
 77. HUNGRÍA
 78. INDIA
 79. INDONESIA
 80. IRAK
 81. IRAN
 82. IRLANDA
 83. ISLANDIA
 84. ISLAS COOK
 85. ISLAS MARSHALL
 86. ISLAS SALOMON
 87. ISRAEL
 88. ITALIA
 89. JAMAHIRIYA ARABE LIBIA
 90. JAMAICA
- 22 DE JULIO DE 1946
 16 DE ENERO DE 1961
 19 DE ABRIL DE 1948
 10 DE MARZO DE 1978
 13 DE AGOSTO DE 1981
 1 DE MARZO DE 1949
 16 DE DICIEMBRE DE 1947
 22 DE JUNIO DE 1948
 10 DE MARZO DE 1972
 24 DE JULIO DE 1993
 4 DE FEBRERO DE 1993
 7 DE MAYO DE 1992
 28 DE MAYO DE 1951
 14 DE AGOSTO DE 1991
 21 DE JUNIO DE 1948
 31 DE MARZO DE 1993
 11 DE ABRIL DE 1947
 1 DE ENERO DE 1972
 9 DE JULIO DE 1948
 7 DE OCTUBRE DE 1947
 16 DE JUNIO DE 1948
 21 DE NOVIEMBRE DE 1960
 26 DE ABRIL DE 1971
 16 DE MAYO DE 1992
 8 DE ABRIL DE 1957
 4 DE DICIEMBRE DE 1974
 12 DE MARZO DE 1948
 26 DE AGOSTO DE 1949
 19 DE MAYO DE 1959
 29 DE JULIO DE 1974
 5 DE MAYO DE 1980
 27 DE SEPTIEMBRE DE 1966
 12 DE AGOSTO DE 1947
 8 DE ABRIL DE 1949
 17 DE JUNIO DE 1948
 12 DE ENERO DE 1948
 23 DE MAYO DE 1950
 23 DE SEPTIEMBRE DE 1947
 23 DE NOVIEMBRE DE 1946
 20 DE OCTUBRE DE 1947
 17 DE JUNIO DE 1948
 9 DE MAYO DE 1984
 5 DE JUNIO DE 1991
 4 DE ABRIL DE 1983
 21 DE JUNIO DE 1949
 11 DE ABRIL DE 1947
 16 DE MAYO DE 1952
 21 DE MARZO DE 1963

91. JAPÓN
92. JORDANIA
93. KAZAJSTÁN
94. KENYA
95. KIRGUISTAN
96. KIRIBATI
97. KUWAIT
98. LESOTHO
99. LETONIA
100. LÍBANO
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. MÉXICO
115. MOLDOVA
116. MÓNACO
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. PAÍSES BAJOS
131. PAKISTÁN
132. PALAU
133. PANAMÁ
134. PAPUA NUEVA GUINEA
135. PARAGUAY
136. PERÚ
137. POLONIA
138. PORTUGAL
- 16 DE MAYO DE 1951
7 DE ABRIL DE 1947
19 DE AGOSTO DE 1992
27 DE ENERO DE 1964
29 DE ABRIL DE 1992
26 DE JULIO DE 1984
9 DE MAYO DE 1960
7 DE JULIO DE 1967
4 DE DICIEMBRE DE 1991
19 DE ENERO DE 1949
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 1956
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 1946
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

139. QATAR
 140. REINO UNIDO
 141. REP. ÁRABE 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
 154. SANTA LUCÍA
 155. SAN MARINO
 156. ST. TOME Y PRÍNCIPE
 157. SAN VICENTE Y GRANADINAS
 158. SENEGAL
 159. SEYCHELLES
 160. SIERRA LEONA
 161. SINGAPUR
 162. SOMALIA
 163. SRI LANKA
 164. SUDÁFRICA
 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. TURQUÍA
 179. TUVALU
 180. UCRANIA
 181. UGANDA
 182. URUGUAY
 183. UZBEKISTAN
 184. VANUATU
 185. VENEZUELA
 186. VIETNAM
- 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
 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 1960
 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

187. YEMEN
188. ZAIRE
189. ZAMBIA
190. ZIMBABWE

20 DE NOVIEMBRE DE 1953
24 DE FEBRERO DE 1961
2 DE FEBRERO DE 1965
16 DE MAYO DE 1980

MIEMBROS ASOCIADOS

1. PUERTO RICO
2. TOKELAU

7 DE MAYO DE 1992
8 DE MAYO DE 1991

ANEXO 2

**DISTRIBUCIÓN POR REGIONES DE LOS MIEMBROS DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**

REGIÓN DE ÁFRICA

ANGOLA	ERITREA	MALAWI	SEYCHELLES
ARGELIA	ETIOPIA	MALI	SIERRA LEONA
BENIN	GABON	MAURICIO	SUDÁFRICA
BOTSWANA	GAMBIA	MAURITANIA	SWAZILANDIA
BURKINA FASO	GHANA	MOZAMBIQUE	TANZANIA
BURUNDI	GUINEA BISSAU	NAMIBIA	TOGO
CABO VERDE	GUINEA	NIGER	UGANDA
CAMERÚN	GUINEA ECUATORIAL	NIGERIA	ZAIRE
COMORAS	KENYA	REP. CENTROAFRICANA	ZAMBIA
CONGO	LESOTHO	RWANDA	ZIMBABWE
COTE D'IVOIRE	LIBERIA	STO. TOME Y PRÍNCIPE	
CHAD	MADAGASCAS	SENEGAL	

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

ANTIGUA BARBUDA	Y CUBA	HONDURAS	SN. VICENTE Y LAS GRANADINA
ARGENTINA	CHILE	JAMAICA	SURINAME
BAHAMAS	DOMINICA	MÉXICO	TRINIDAD Y
BARBADOS	ECUADORA	NICARAGUA	TOBAGO
BELICE	EL SALVADOR	PANAMÁ	URUGUAY
BOLIVIA	ESTADOS UNIDOS	PARAGUAY	VENEZUELA
BRASIL	GRANADA	PERÚ	
CANADÁ	GUATEMALA	REP. DOMINICANA	MIEMBRO ASOCIADO:
COLOMBIA	GUYANA	SAINT KITTS Y NEVIS	Y PUERTO RICO
COSTA RICA	HAITÍ	SANTA LUCÍA	

REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

BANGLADESH	REP. POP. DE COREA	DEM. DE NEPAL	
BUTHAN	SRI LANKA	MYANMAR	
INDIA	TAILANDIA	MONGOLIA	
INDONESIA			

REGIÓN DE EUROPA

ALBANIA	ESTONIA	LETONIA	SUECIA
ALEMANIA	MACEDONIA	LITUANIA	SUIZA
ARMENIA	RUSIA	LUXEMBURGO	TAYIKISTAN
AUSTRIA	FINLANDIA	MALTA	TURKEMENISTAN
AZERBAIYAN	FRANCIA	MÓNACO	TURQUIA
BELARUS	GEORGIA	NORUEGA	UCRANIA
BÉLGICA	FRECIA	PAÍSES BAJOS	UZBEKISTAN
BOSNIA	Y HUNGRÍA	POLONIA	YUGOSLAVIA
HERZEGOVINA			
BULGARIA	IRLANDA	PORTUGAL	SAN MARINO
CROACIA	ISLANDIA	GRAN BRETAÑA	KIRGUISTAN
DINAMARCA	ISRAEL	REP. CHECA	ESPAÑA
ESLOVAQUIA	ITALIA	MOLDOVA	
ESLOVENIA	KAZAJSTAN	RUMANIA	

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

AFGANISTÁN	EMIRATOS ÁRABES U.	LÍBANO	SOMALIA
ARABIA SAUDITA	IRAN	MARRUECOS	SUDAN
BAHREIN	IRAK	OMAN	TUNEZ
CHIPRE	LIBIA	PAKISTÁN	YEMEN
DJIBOUTI	JORDANIA	QATAR	
EGIPTO	KUWAIT	SIRIA	

REGIÓN DEL PACÍFICO ORIENTAL

AUSTRALIA	ISLAS MARSHALL	PAPUA GUINEA	NUEVA TONGA
BRUNEI	ISLAS SALOMON	REP. DE COREA	TUVALU
DARUSSALAM	JAPON	REP. DEM. POP. LAO	VANUATU
CAMBOYA	KIRIBATI	SAMOA	VIETNAM
CHINA			

FIJI
FILIPINAS

ISLAS COOK

MALASIA
MICRONESIA

NUEVA ZELANDIA

SINGAPUR
NIUE

NAURU

PALAU
MIEMBRO
ASOCIADO
TOKELAU

CAPÍTULO TERCERO

"LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y SU VINCULACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS"

Por principio, cabe mencionar que de conformidad con el artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas, los organismos especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales y que se vean obligados a realizar actividades de carácter internacional en el rubro económico, social, cultural, educativo y sanitario, deberán vincularse con la Organización de las Naciones Unidas. Asimismo, dicha disposición se encuentra plasmada en el artículo 69 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

I. REPRESENTACIÓN RECÍPROCA.

La representación entre la O.N.U. y la O.M.S. se ve reflejado en varios aspectos. Así observamos que la O.M.S. invitará a las Naciones Unidas a que envíe representantes para asistir a las sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, de sus comisiones, las de su Consejo Ejecutivo y a las Conferencias generales, regionales o especiales convocadas por la Organización, participando sin voto en las deliberaciones de esos órganos.

Recíprocamente la O.M.S. será invitada a enviar representantes a las sesiones del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, así como de sus Comisiones y Comités, participando sin voto en las deliberaciones que surjan y relativas a cuestiones sanitarias. También podrá enviar representantes a las sesiones de la Asamblea General y poder ser consultadas sobre cuestiones que competan a la Organización.

Los representantes de la O.M.S. también podrán asistir a las sesiones de las Comisiones principales de la Asamblea General cuando se discutan asuntos que conciernan a sus actividades participando sin voto en los debates.

Se invitarán a representantes de la Organización Mundial de la Salud a las sesiones del Consejo de Administración Fiduciaria, participando sin voto en las deliberaciones de ese órgano en puntos relativos a la competencia de dicha Organización.

Respecto a las declaraciones vertidas por la O.M.S., se distribuirán por la Secretaría de las Naciones Unidas a todos los miembros de la Asamblea General, del Consejo y de sus Comisiones y del Consejo de Administración Fiduciaria según el caso.

Asimismo, las declaraciones que presenten las Naciones Unidas se distribuirán por la O.M.S. a todos los miembros de la Asamblea Mundial de la Salud o del Consejo Ejecutivo.

En lo concerniente a los puntos propuestos y sugeridos por las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, los incluirá en el programa de la Asamblea de la Salud o del Consejo Ejecutivo, según corresponda. Y lo mismo harán la Organización de las Naciones Unidas en el Consejo y sus Comisiones, así como en el Consejo de Administración Fiduciaria, incluyendo en su programa los puntos propuestos por la O.M.S.

La Organización Mundial de la Salud se compromete a adoptar medidas para que lo más pronto posible someta a la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo, o cualquier otro órgano competente de ella, cualquier recomendación oficial que presenten las Naciones Unidas basado en la obligación de éstas de hacer recomendaciones a los organismos especializados.

Dichas recomendaciones serán consultadas entre ambos organismos, informando la O.M.S. a las Naciones Unidas sobre las medidas adoptadas para cumplir con las recomendaciones o sobre los resultados derivados de éstas.

Es así que mediante el acuerdo de ambos organismos, la Organización Mundial de la Salud se compromete a cooperar para que exista una fructífera coordinación con la Organización de las Naciones Unidas.³²

II. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para cumplir mejor con sus funciones se comprometerán a intercambiar información y documentos, sin embargo existirán limitantes en cuanto a documentos confidenciales.

Como manifestación de la cooperación existente entre estos dos organismos, la O.M.S. proporcionará a las Naciones Unidas informes periódicos acerca de sus actividades. Así como también responderá a las solicitudes de informes especiales, estudios o informes presentadas por las Naciones Unidas.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud pedirá al Secretario General de las Naciones Unidas que le comunique las informaciones, documentos u otro material que se vayan comprometiendo a entregar.

Asimismo y como se desprende del artículo 2º de la Constitución de la O.M.S., una de sus funciones es suministrar información a todos los pueblos del mundo para

³² OMS. Documentos Básicos. Acuerdo entre las Naciones Unidas y la OMS. Ob. cit. p. 41-42.

crear una opinión pública en materia de salud y esto lo logrará con la cooperación de las Naciones Unidas.³³

III. COOPERACIÓN CON OTROS ÓRGANOS.

La cooperación de la O.M.S. con la ONU se plasmará al proporcionar la primera al Consejo de Seguridad, la información y ayuda necesaria para mantener o restablecer la paz y seguridad internacionales.

Por lo que respecta al Consejo de Administración Fiduciaria la O.M.S. coopera con éste en el desempeño de sus funciones y le presta ayuda en actividades que sean de interés a la Organización. Asimismo, ayuda a las Naciones Unidas en cuestiones de apoyo para el bienestar y el desarrollo de los pueblos no autónomos.³⁴

IV. RELACIONES CON LA CORTE INTERNACIONAL DE JUSTICIA.

La relación de la Organización Mundial de la Salud con la Corte Internacional de Justicia, órgano de la Organización de las Naciones Unidas, trasciende al proporcionar a la Corte todas las informaciones que suscite. Asimismo, ésta última podrá suministrar sus dictámenes acerca de cuestiones jurídicas que surjan en la realización de sus actividades a la O.M.S., esto con autorización de la Asamblea General. Dicha petición la podrá dirigir la Asamblea de la Salud o el Consejo Ejecutivo.

Sin embargo, al solicitar un dictamen la O.M.S. a la Corte Internacional de Justicia, se deberá informar al Consejo Económico y Social.³⁵

Cabe hacer mención que la Organización Mundial de la Salud pertenece al Consejo Económico y Social, órgano de las Naciones Unidas, de tal forma que dicho Consejo lo estudiaremos en el capítulo siguiente.

³³ Ídem. pág. 43.

³⁴ Íbidem.

³⁵ Ídem. pág. 44.

V. DISPOSICIONES CONCERNIENTES AL PERSONAL.

Tanto las Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud han tomado conciencia de los beneficios que resultan de unificar fuerzas para un fructífero desarrollo de la administración pública internacional coordinada.

Es por lo anterior, que ambos organismos pactan el colaborar en el establecimiento de reglas comunes concernientes a obtener igualdad de condiciones laborales en contrataciones y facilitar el intercambio del personal, esto con la finalidad de mejorar los servicios.

La O.M.S. y la ONU se consultarán para establecer una Comisión de Administración Pública Internacional, la cual tendrá la función de asesorarlas para la contratación del personal de las Secretarías de las Naciones Unidas y de los organismos especializados.

Así también, lo harán para las condiciones de empleo de sus funcionarios y personal, y de sus servicios, duración de nombramientos, categorías, escala de sueldos y subsidios, el retiro y derecho a recibir pensión, reglamento de personal. Lo mismo sucede para realizar intercambios del personal sobre una base temporal o permanente, garantizando los derechos de antigüedad y los derechos a pensión.

Cooperan también, en el establecimiento y funcionamiento de un organismo facultado para resolver controversias laborales.³⁶

VI. SERVICIOS DE ESTADÍSTICA, ADMINISTRATIVOS Y TÉCNICOS.

Una de las tareas primordiales de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, es trabajar en la forma de evitar que exista una duplicidad en las labores de compilación, análisis, publicación y datos estadísticos, utilizando para tal fin a su personal técnico mayor preparado para darle a tal información una adecuada utilidad.

Es de este modo, que la O.M.S. reconoce a la O.N.U. en su carácter de organismo central encargado de concentrar, publicar, analizar y mejorar las estadísticas que sean de utilidad para las organizaciones internacionales. De la misma forma, será reconocida por las Naciones Unidas la labor en dicho rubro de la O.M.S. en cuanto a los fines que le competen; prevalectiendo el derecho de las Naciones Unidas ha solicitar la información y documentación que requiera.

El evitar la duplicidad de datos estadísticos es una ventaja para los organismos internacionales, pues de esta forma no trabajarán en exceso y podrán solicitar a otro organismo los datos que necesiten para el debido cumplimiento de sus funciones.

³⁶ Ídem. pág. 45.

Por lo tanto, las Naciones Unidas contarán con un centro compilador de información donde la O.M.S. enviará sus informes y documentos para su uso general.

En lo concerniente a los servicios administrativos y técnicos, tratarán ambos organismos de unificar métodos, empleando adecuadamente el personal y los recursos, canalizándolos de manera que se evite competitividad entre sí o duplicidad de actividades, aún con otros organismos especializados; para lo cual procurarán establecer servicios administrativos y técnicos comunes.

El depósito y registro de los documentos oficiales se ventilarán bajo las medidas que tomen la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas.³⁷

VII. DISPOSICIONES PRESUPUESTARIAS Y FINANCIERAS.

Las relaciones presupuestarias y financieras entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas deben de ser muy estrechas, pues con esto se quiere tratar de que las operaciones administrativas de las Naciones Unidas con otros organismos especializados tengan un enfoque más económico para lograr la mayor coordinación y uniformidad en dichas operaciones.

Sin embargo, esto es precisamente lo que analizaremos más adelante ¿qué tan bien aplicados son los recursos en la Organización Mundial de la Salud?

Para ello se consultarán ambas Organizaciones para observar las ventajas de incluir el presupuesto de la O.M.S. en un presupuesto general de las Naciones Unidas. El Secretario General y el Director General analizarán la preparación del presupuesto de la O.M.S.; ésta tendrá la obligación de comunicar anualmente a la ONU sus cálculos presupuestarios. La Asamblea General examinará dichos cálculos o bien el presupuesto pudiendo hacer recomendaciones en algunos puntos.

Al examinarse el presupuesto de la Organización Mundial de la Salud o bien sus cuestiones administrativas o financieras, los representantes de ésta podrán participar sin voto en las deliberaciones de la Asamblea General, o de cualquiera de sus Comisiones.

Mediante un acuerdo, las Naciones Unidas podrán recaudar las cuotas de los miembros de la O.M.S. que sean también miembros suyos.

En aquellos casos en que la Organización Mundial de la Salud realice gastos supervenientes con motivo de solicitudes de informes, estudios o asistencia especiales hechas por la Organización de las Naciones Unidas, ambos organismos consultarán la forma de repartir equitativamente los gastos; lo mismo sucederá en los casos en que se trate de gastos relativos a las instalaciones o de los servicios administrativos, técnicos o

³⁷ Idem. p. 45-47.

fiscales o de cualquier otro servicio especial prestado por las Naciones Unidas a la Organización Mundial de la Salud.³⁸

VIII. ACUERDO VINCULATORIO ENTRE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Preámbulo

El artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas dispone que 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 vinculados con las Naciones Unidas.

El artículo 69 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud dispone que la Organización deberá ser vinculada con las Naciones Unidas como uno de los organismos especializados a los que se refiere el Artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas.

En consecuencia, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han acordado lo siguiente:

Artículo I

Las Naciones Unidas reconocen a la Organización Mundial de la Salud como el organismo especializado encargado de tomar todas las medidas conformes a su Constitución a fin de realizar los fines fijados por ella.

Artículo II – Representación Recíproca

1. Las Naciones Unidas serán invitadas a enviar representantes para asistir a las sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud y de sus comisiones, y a las de su Consejo Ejecutivo, así como a todas las conferencias generales, regionales o especiales convocadas por la Organización, y para participar, sin voto, en las deliberaciones de esos órganos.

2. La Organización Mundial de la Salud será invitada a enviar representantes para asistir a las sesiones de la Asamblea General, y poder ser consultados sobre cuestiones de la competencia de la Organización.

³⁸ Ídem. p. 47-48.

3. La Organización Mundial de la Salud será invitada a enviar representantes para asistir a las sesiones de la Asamblea General, poder ser consultados sobre cuestiones de la competencia de la Organización.

4. La Organización Mundial de la Salud será invitada a enviar representantes para asistir a las sesiones de las Comisiones principales de la Asamblea General cuando se discutan cuestiones comprendidas en el campo de sus actividades, y participar, sin voto, en los debates.

5. La Organización Mundial de la Salud será invitada a enviar representantes para asistir a las sesiones del Consejo de Administración Fiduciaria, y para participar, sin voto, en las deliberaciones de ese órgano con respecto a los puntos del programa relativos a cuestiones que sean la competencia de la Organización Mundial de la Salud.

6. Las declaraciones escritas presentadas por la Organización Mundial de la Salud serán distribuidas por la Secretaría de las Naciones Unidas a todos los miembros de la Asamblea General, del Consejo y de sus comisiones, y del Consejo de Administración Fiduciaria, según el caso. Asimismo, las declaraciones escritas presentadas por las Naciones Unidas serán distribuidas por la Organización Mundial de la Salud a todos los miembros de la Asamblea Mundial de la Salud o del Consejo Ejecutivo, según el caso.

Artículo III – Inclusión de puntos en el programa

Con sujeción a las consultas preliminares que sean necesarias, la Organización Mundial de la Salud, incluirá en el programa de la Asamblea de la Salud o del Consejo Ejecutivo, según el caso, los puntos que le sean propuestos por las Naciones Unidas. Análogamente, el Consejo y su comisiones, así como el Consejo de Administración Fiduciaria, incluirán en su programa los puntos propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

Artículo IV – Recomendaciones de las Naciones Unidas

1. La Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta la obligación de las Naciones Unidas de promover los objetivos previstos en el Artículo 55 de la Carta, y las funciones y poderes del Consejo, previstos en el Artículo 62 de la Carta, de hacer o iniciar estudios e informes respecto de asuntos internacionales de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario, y otros asuntos conexos; y de hacer recomendaciones respecto a estas materias a los organismos especializados interesados; y, teniendo en cuenta asimismo la misión de las Naciones Unidas, en virtud de los Artículos 58 y 63 de la Carta, de hacer recomendaciones para coordinar los programas y actividades de los organismos especializados, acuerda adoptar medidas para someter lo más pronto posible, a la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo, o cualquier otro órgano competente de la Organización Mundial de la Salud, según el caso, cualquier recomendación oficial que le dirijan las Naciones Unidas.

2. La Organización Mundial de la Salud conviene en celebrar consultas con las Naciones Unidas, a petición de éstas, respecto a tales recomendaciones, e informará

oportunamente a las Naciones Unidas sobre las medidas adoptadas por la Organización o por sus miembros para dar cumplimiento a esas recomendaciones, o sobre todos los demás resultados que se deriven de la toma en consideración de esas recomendaciones.

3. La Organización afirma su intención de cooperar en cuantas medidas posteriores fueren necesarias para asegurar la coordinación efectiva de las actividades de los organismos especializados y de las Naciones Unidas. Especialmente, conviene en participar en todos los órganos que el Consejo establezca para facilitar tal coordinación y en suministrar las informaciones que fueren necesarias para la realización de este fin.

Artículo V – Intercambio de informaciones y documentos

1. Con reserva de las medidas que sean necesarias para proteger el carácter confidencial de los documentos, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud procederán al más completo y rápido intercambio de informaciones y documentos.

2. Sin perjuicio del carácter general de las disposiciones del párrafo 1:

- a) La Organización Mundial de la Salud conviene en suministrar a las Naciones Unidas informes periódicos sobre las actividades de la Organización;
- b) La Organización Mundial de la Salud conviene en satisfacer, en cuanto se a posible, toda solicitud de informes especiales, estudios o informaciones presentada por las Naciones Unidas, con reserva de las disposiciones del artículo XVI;
- c) El Secretario General de las Naciones Unidas, a petición del Director General de la Organización Mundial de la Salud, comunicará a éste las informaciones, documentos u otro material que, de tiempo en tiempo, convengan entre sí.

Artículo VI – Información Pública

Con respecto a las funciones de la Organización Mundial de la Salud, definidas en los párrafos (q) y (r) del artículo 2 de su Constitución, funciones que consisten en suministrar informaciones concernientes a la salud y en contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en materia de salud, y a fin de fomentar la cooperación y el desarrollo, en el campo de la información al público, de servicios comunes de la Organización y las Naciones Unidas, se concluirá, a este respecto, un acuerdo subsidiario lo más pronto posible después de la entrada en vigor del presente acuerdo.

Artículo VII – Ayuda al Consejo de Seguridad

La Organización Mundial de la Salud conviene en cooperar con el Consejo para suministrar al Consejo de Seguridad las informaciones que éste le pida a fin de mantener o restablecer la paz y la seguridad internacionales.

Artículo VIII – Ayuda al Consejo de Administración Fiduciaria

La Organización Mundial de la Salud conviene en cooperar con el Consejo de Administración Fiduciaria en el desempeño de sus funciones, y, en particular, en prestar al Consejo de Administración Fiduciaria, en cuanto sea posible, la ayuda que éste le pida respecto a los asuntos en que la Organización tenga interés.

Artículo IX – Territorios no autónomos

La Organización Mundial de la Salud conviene en cooperar con las Naciones Unidas en la aplicación de los principios y en el cumplimiento de las obligaciones que establece el Capítulo XI de la Carta, respecto a las cuestiones que influyen en el bienestar y el desarrollo de los pueblos de territorios no autónomos.

Artículo X – Relaciones con la Corte Internacional de Justicia

1. La Organización Mundial de la Salud conviene en suministrar las informaciones que le sean pedidas por la Corte Internacional de Justicia, en virtud del artículo 34 del Estatuto de la Corte.
2. La Asamblea General autoriza a la Organización Mundial de la Salud a pedir dictámenes a la Corte Internacional de Justicia sobre las cuestiones jurídicas que surjan dentro del campo de sus actividades, salvo las que se refieran a las relaciones recíprocas entre la Organización y las Naciones Unidas y otros organismos especializados.
3. Tal petición podrá ser dirigida a la Corte por la Asamblea de la Salud o por el Consejo Ejecutivo en virtud de una autorización de la Asamblea de la Salud.
4. Cuando pida un dictamen a la Corte Internacional de Justicia, la Organización Mundial de la Salud informará de ello al Consejo Económico y Social.

Artículo XI – Sede y oficinas regionales

1. La Organización Mundial de la Salud conviene en consultar con las Naciones Unidas antes de tomar ninguna decisión respecto de la ubicación de su sede permanente.
2. Toda oficina auxiliar regional que sea establecida por la Organización Mundial de la Salud, estará, en cuanto sea posible, estrechamente vinculada con las oficinas auxiliares o regionales que puedan establecer las Naciones Unidas.

Artículo XII – Disposiciones concernientes al personal

1. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud reconocen que le futuro desarrollo de una administración pública internacional unificada es conveniente desde el punto de vista de un eficaz coordinación administrativa, y

a este fin convienen en colaborar en cuanto sea posible en el establecimiento de reglas comunes relativas a los métodos y a las disposiciones destinadas a evitar graves desigualdades en los términos y condiciones de empleo, rivalidad en la contratación del personal, y en facilitar el intercambio de miembros de personal a fin de obtener el mayor beneficio posible de sus servicios.

2. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen en cooperar, en lo posible, en la consecución de dicho objetivo y especialmente en:
 - a) Consultarse mutuamente sobre el establecimiento de una comisión de administración pública internacional encargada de asesorar respecto a los medios de asegurar normas comunes para la contratación del personal de las secretarías de las Naciones Unidas y de los organismos especializados;
 - b) Consultarse mutuamente sobre las cuestiones relativas al empleo de sus funcionarios y de su personal, con inclusión de las condiciones de servicio, la duración de los nombramientos, las categorías del personal, la escala de los sueldos y de los subsidios, el retiro y el derecho a recibir pensión, así como el reglamento del personal, a fin de asegurar la mayor uniformidad posible en tales materias;
 - c) Cooperar en el intercambio del personal, cuando así convenga sobre una base temporal o permanente, procurando garantizar los derechos de antigüedad y los derechos a pensión;
 - d) Cooperar al establecimiento y funcionamiento de un organismo apropiado para resolver las controversias relativas al empleo de personal y a cuestiones conexas.

Artículo XIII – Servicios de estadística

1. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen en cooperar estrechamente a fin de evitar toda duplicación superflua y de utilizar con la mayor eficacia su personal técnico en sus respectivas actividades encaminadas a la complicación, el análisis, la publicación y la difusión de datos estadísticos. Convienen además en aunar sus esfuerzos a fin de asegurar la mayor utilidad y el mejor empleo de sus informaciones estadísticas y de reducir los gastos de los Gobiernos nacionales y de las demás organizaciones de que procedan tales informaciones.
2. La Organización Mundial de la Salud reconoce a las Naciones Unidas como organismo central encargado de compilar, analizar, publicar, uniformar y mejorar las estadísticas útiles para los fines generales de las organizaciones internacionales.
3. Las Naciones Unidas reconocen a la Organización Mundial de la Salud como organismo competente encargado de compilar, analizar, publicar, uniformar, difundir y mejorar las estadísticas de su competencia particular, sin perjuicio del derecho de las Naciones Unidas a interesarse en dichas estadística, en cuanto

sean esenciales para sus propios fines y para el desarrollo de las estadísticas en todo el mundo.

4. Las Naciones Unidas establecerán, en consulta con los organismos especializados, los instrumentos administrativos y el procedimiento por medio de los cuales podrá asegurarse una cooperación eficaz en materia de estadística entre las Naciones Unidas y los organismos vinculados con ellas.
5. Se reconoce la conveniencia de no duplicar los datos estadísticos recogidos por las Naciones Unidas o por un organismo especializado, cuando puedan utilizarse las informaciones y la documentación que otro organismo pueda suministrar.
6. A fin de establecer un centro compilador de datos estadísticos para uso general, se conviene en que los datos suministrados a la Organización Mundial de la Salud para su inclusión en sus series estadísticas básicas y en sus informes especiales serán, en lo posible, puestos a la disposición de las Naciones Unidas.

Artículo XIV – Servicios administrativos y técnicos

1. Las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud reconocen que, a fin de unificar los métodos administrativos y técnicos y de obtener el mejor empleo posible del personal y de los recursos, conviene evitar, en cuanto sea factible, el establecimientos y funcionamiento de servicios que compitan entre sí o dupliquen sus actividades entre las Naciones Unidas y los organismos especializados.
2. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen, por lo tanto, en cambiar impresiones con objeto de establecer servicios administrativos y técnico comunes, además de los mencionados en los artículos XII, XIII y XV, sin perjuicio de reexaminar periódicamente la conveniencia de mantener tales servicios.
3. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud adoptarán las medidas convenientes respecto al registro y depósito de los documentos oficiales.

Artículo XV – Disposiciones presupuestarias y financieras

1. La Organización Mundial de la Salud reconoce la conveniencia de establecer estrechas relaciones presupuestarias y financieras con las Naciones Unidas a fin de que las operaciones administrativas de las Naciones Unidas y de los organismos especializados se realicen de la manera más eficaz y económica posible y de lograr la mayor coordinación y uniformidad respecto a tales operaciones.
2. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen en cooperar, en todo lo posible, a la realización de estos objetivos y, especialmente, en consultarse respecto a la conveniencia de incluir el presupuesto de la

Organización en un presupuesto general de las Naciones Unidas. Tales disposiciones serán determinadas en un acuerdo complementario entre las dos organizaciones.

3. En espera de la negociación de tal acuerdo, las relaciones presupuestarias y financieras entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud se regirán por las siguientes disposiciones:

- a) El Secretario General y el Director General procederán a consultarse respecto a la preparación del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud.

- b) La Organización Mundial de la Salud conviene en comunicar anualmente a las Naciones Unidas sus cálculos presupuestarios al mismo tiempo que los trasmite a sus miembros. La Asamblea General examinará el presupuesto o los cálculos presupuestarios de la Organización y podrá hacer a la Organización recomendaciones sobre uno o varios puntos de dicho presupuesto.

- c) Los representantes de la Organización Mundial de la Salud tendrán derecho a participar, sin voto, en las deliberaciones de la Asamblea General, o de cualquiera de sus Comisiones, cuando examine el presupuesto de la Organización Mundial de la Salud o cuestiones generales de orden administrativo o financiero que afecten a la Organización.

- d) Las Naciones Unidas podrán encargarse de recaudar las cuotas de los Miembros de la Organización Mundial de la Salud que también sean Miembros de las Naciones Unidas, conforme a las disposiciones que puedan ser definidas en un acuerdo ulterior entre las Naciones Unidas y la Organización.

- e) Las Naciones Unidas adoptarán por su propia iniciativa, o a solicitud de la Organización Mundial de la Salud, disposiciones para organizar estudios sobre cuestiones financieras y fiscales que interesen a la Organización y a los demás organismos especializados, a fin de establecer servicios comunes y asegurar la uniformidad en tales materias.

- f) La Organización Mundial de la Salud conviene en conformarse en todo lo posible, a las prácticas y reglas uniformes recomendadas por las Naciones Unidas.

Artículo XVI – Financiamiento de los servicios especiales

1. En caso de verse la Organización Mundial de la Salud en la necesidad de incurrir en gastos suplementarios importantes, como consecuencia de solicitudes de informes, estudios o asistencia especiales, formuladas por las Naciones Unidas conforme a los artículos V, VII y VIII, o a otras disposiciones del

presente acuerdo, se celebrarán consultas a fin de determinar el modo de repartir dichos gastos de la manera más equitativa.

2. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud celebrarán también consultas a fin de adoptar todas las disposiciones equitativas para hacer al coste de las instalaciones o de los servicios administrativos, técnicos o fiscales, o de toda otra asistencia especial suministrada por las Naciones Unidas en la medida en que se apliquen a la Organización Mundial de la Salud.

Artículo XVII – Laissez-passer

Los funcionarios de la Organización Mundial de la Salud tendrán derecho a utilizar el *laissez-passer* de las Naciones Unidas de conformidad con los acuerdos especiales que concluyan el Secretario General y el Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo XVIII – Acuerdos entre los organismos

La Organización Mundial de la Salud conviene en informar al Consejo acerca de la naturaleza y alcance de cualquier acuerdo oficial que se proponga concluir con cualquier otro organismo especializado, organización intergubernamental u organización no gubernamental, y en informar al Consejo de la negociación de tales acuerdos, antes de concluirlos.

Artículo XIX – Enlace

1. Convencidas de que las disposiciones precedentes contribuirán a mantener un enlace efectivo entre ambas organizaciones, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud se aceptan de común acuerdo; y afirman su intención de adoptar cualesquiera otras medidas que puedan ser necesarias para lograr plena efectividad de este enlace.
2. Las disposiciones relativas al enlace, consignadas en los artículos precedentes de este acuerdo, se aplicarán, en la medida conveniente, a las relaciones entre las oficinas auxiliares o regionales que ambas organizaciones pedan establecer, así como entre sus administraciones centrales.

Artículo XX – Aplicación del acuerdo

El Secretario General y el Director General podrán concluir los arreglos complementarios que parezcan convenientes para la aplicación del presente acuerdo, basándose en la experiencia de las dos organizaciones.

Artículo XXI – Revisión

El presente acuerdo estará sujeto a revisión por acuerdo entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

ESTA TESIS NO SALI

Artículo XXII – Entrada en vigor

El presente acuerdo entrará en vigor en cuanto haya sido aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y por la Asamblea Mundial de la Salud.

El presente acuerdo fue aprobado por la resolución 124 (II) el 15 de noviembre de 1947.

CAPÍTULO CUARTO

“EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL: ÓRGANO RECTOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD”

I. EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL COMO OBJETIVO DE LAS NACIONES UNIDAS.

La Organización de las Naciones Unidas se ha dado a la tarea de promover a los Estados miembros que la lucha por la paz y la seguridad mundiales tienen su origen en el desarrollo económico y social igualitarios al interior de las naciones.

De esta forma establece el órgano rector de dicho rubro “*EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL*”, en la Carta de las Naciones.

La gente tiende a asociar a la Organización de las Naciones Unidas con la situación de paz y la seguridad internacionales, y como prueba de eso es el resultado del trabajo realizado por dicha Organización plasmado en los últimos 50 años. Entre el 70 y el 80% de su presupuesto total es asignado y un gran número de servidores a los aspectos económicos y sociales. Sin embargo, en capítulos posteriores del presente trabajo analizaremos dicha situación por lo que respecta al rubro de la salud.³⁹

Dentro de la existencia de las Naciones Unidas, en su primera fase realizó investigaciones y acopios de información en las esferas de la población, *la salud*, la educación, vivienda y salubridad lo cual terminó compilándose en estadísticas con datos confiables sobre los indicadores sociales a escala mundial.

Las Naciones Unidas consideran que la pobreza ha sido el factor causante de los problemas sociales, incluidos la mala nutrición, el analfabetismo, la vivienda inadecuada y los conflictos étnicos.⁴⁰

La promoción del desarrollo económico y social se ha visto plasmada en programas y campañas de alfabetización, medio ambiente, planificación familiar y salud mencionando a algunas de ellas realizadas en los últimos 9 años:

- Conferencia Mundial sobre la Educación para todos. Jomtien (Tailandia), 1990.
- Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los países menos adelantados. París, 1990.

³⁹ BOLETÍN MENSUAL DEL CENTRO DE INFORMACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Publicación del Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. México, 1999. pág. 19.

⁴⁰ ABC DE LAS NACIONES UNIDAS. Publicación de las Naciones Unidas. Nueva York, 1998. p. 172-173.

- Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Nueva York, 1990.
- Octava Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Cartagena (Colombia), 1992.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Río de Janeiro, 1992.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.
- Conferencia Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de los Pequeños Estados Insulares. Bridgetown (Barbados), 1994.
- Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres Naturales. Yokohama (Japón), 1994.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1995.
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 1995.
- Noveno Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento al delincuente. El Cairo, 1995.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la igualdad, el Desarrollo y la paz. Beijing, 1995.
- Novena Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Midrand (Sudáfrica), 1996.
- Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos. Estambul, 1996.
- Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, 1996.
- Cumbre de la Ciudad. Turquía, 1996.
- Cumbre para la Tierra +5. Nueva York, 1997.⁴¹

Es por lo anterior que las Naciones Unidas sostienen que el desarrollo económico y social es tanto un desafío para los países en desarrollo como para los países desarrollados; ya que no se puede ignorar la repercusión de esto en todas las sociedades en diversos rubros, lo cual sólo se puede abordar eficazmente mediante medidas internacionales concertadas.

⁴¹ Ídem. pág. 173.

En la Secretaría de las Naciones Unidas, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, el cual fue consolidado apenas en 1997 como resultado de las reformas organizacionales, tiene como función apoyar a los órganos encargados del rubro económico y social, suministrándoles investigación, análisis y asesoramiento de expertos cuando lo solicitan.⁴²

II. CREACIÓN DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL.

El nacimiento del Consejo Económico y Social se llevó a cabo en épocas en que la humanidad acababa de sufrir una conflagración que significó el derrumbe de muchos ideales y esperanzas de los pueblos debido a la ambición del poder político, y bien podemos decir económico; ya que hemos observado en la historia del mundo que la mayoría de las luchas o guerras tienen su origen en cuestiones económicas; ya sea por conseguir mercados, ya por obtener nuevos territorios o por el simple afán de lograr poder político y dominio sobre otros pueblos.

Es bien sabido que el anhelo de poder tiene su base en razones económicas, es por ello que al concluir la Segunda Guerra Mundial y al unirse las naciones del mundo fue preocupación de éstas, incluir en la Carta de las Naciones Unidas el propósito de buscar la paz y seguridad internacionales a través de fomentar la cooperación internacional en importantísimos campos como lo son el económico, político, social, etc.

Es así que al redactarse la Carta de las Naciones surge la preocupación por la falta de control de la paz y la seguridad internacionales, dándose cuenta de que se requería la ayuda mutua.

A fin de que exista entendimiento y amistad entre los pueblos para el logro de valores jurídicos, éticos, políticos y aún estéticos, es menester que sean fomentados al máximo, aspectos de gran trascendencia como lo son los económico-sociales, ya que como una cadena sin fin estos rubros pueden reaccionar unos en favor de otros o bien, puede suceder a la inversa provocando un lamentable desequilibrio que traería como consecuencia la incomprensión y muchas veces el odio de los pueblos débiles contra las naciones poderosas pudiendo esto ocasionar a la postre las guerras o catástrofes mundiales.

De tal forma, que en la elaboración de la Carta de las Naciones se enfocó a los problemas provenientes de la situación económica y social, surgiendo así el *Consejo Económico y Social (ECOSOC)*, órgano principal de coordinación de la labor económica y social de las Naciones Unidas y de los Organismos especializados e

⁴² Ídem. pág. 175.

Instituciones, constituyendo lo que se ha dado a llamar "Sistema de Naciones Unidas".⁴³

III. FUNCIONES DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

Las funciones del Consejo Económico y Social se resumen de la siguiente manera:

1. Tendrá la facultad de hacer o iniciar estudios e informes sobre asuntos internacionales de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario, entre otros, pudiendo asimismo hacer recomendaciones a la Asamblea General, a los miembros de las Naciones Unidas y a los Organismos especializados interesados.
2. Podrá hacer también recomendaciones con la finalidad de promover el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, así como su efectividad.
3. Formular proyectos de convención con respecto a cuestiones de su competencia para someterlos a la Asamblea General.
4. Obedeciendo a las reglas de su competencia, podrá convocar a Conferencias internacionales.
5. Junto con los organismos especializados podrá obtener acuerdos para establecer las condiciones en que ellos se relacionarán con la Organización, sujetándose a la aprobación de la Asamblea General. Asimismo tendrá la facultad de coordinar las actividades de estos organismos con su consulta haciéndoles recomendaciones.
6. Podrá tomar medidas para obtener informes de los Organismos especializados, pudiendo comunicar a la Asamblea General sus observaciones al respecto.
7. Servir de foro central para el examen de los problemas económicos y sociales y la elaboración de recomendaciones de política dirigidas a los Estados miembros y al sistema de las Naciones Unidas.⁴⁴

IV. COMPOSICIÓN DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL.

El Consejo Económico y Social fue creado, como ya se mencionó en el punto número dos del presente capítulo, como órgano coordinador de la labor económica y

⁴³ DIEZ DE VELASCO VALLEJO, Manuel. "INSTITUCIONES DE DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO". 2da. Edición. Editorial Tecnos. Madrid, 1978. pág. 522.

⁴⁴ ABC DE LAS NACIONES UNIDAS. Ob. cit. pág. 11.

social de las Naciones Unidas. De conformidad con lo establecido por los preceptos de la Carta de las Naciones, el ECOSOC está compuesto por 54 miembros, con mandatos de tres años; cada miembro tiene un voto contando cada uno con un representante; el Consejo toma sus decisiones por mayoría simple.

Dicho órgano también está compuesto por órganos subsidiarios (Comisiones y Comités) que se reúnen en intervalos regulares y presentan informes al Consejo, los cuales son los siguientes:

- Nueve Comisiones orgánicas, es decir órganos deliberativos que examinan cuestiones en sus respectivas esferas de responsabilidad y conocimientos y hacen recomendaciones, dichas Comisiones son las siguientes: Comisión de Estadística, Comisión de Población y Desarrollo, Comisión de Desarrollo Social, Comisión de Derechos Humanos, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Comisión de Estupefacientes, Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal, Comisión de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo y Comisión sobre el Desarrollo Sostenible.
- Cinco Comisiones regionales, agrupadas conforme a criterios propios de las Naciones Unidas, cuyo mandato principal es el de promover medidas que fomenten el desarrollo económico regional y fortalezcan las relaciones económicas de los países de la región entre sí y con el resto del mundo: Comisión Económica para África (Addis Abeba, Etiopía), Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (Bangkok, Tailandia), Comisión Económica para Europa (Ginebra, Suiza), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Santiago, Chile) y Comisión Económica y Social para Asia Occidental (Beirut, Líbano).
- Cuatro Comités Permanentes: Comité del Programa y la Coordinación, Comisión de Asentamientos Humanos, Comité Encargado de las Organizaciones no Gubernamentales y Comité Encargado de las negociaciones con las organizaciones intergubernamentales.
- Una serie de organismos permanentes de expertos sobre temas tales como la planificación del desarrollo, los recursos naturales, y los derechos económicos, sociales y culturales.
- Las juntas y los Comités Ejecutivos de diversos órganos de las Naciones Unidas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Mundial de Alimentos, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer). Así como también se relaciona dicho Consejo con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Por lo general, el Consejo Económico y Social celebra anualmente dos períodos de sesiones de un mes, uno en Nueva York y otro en Ginebra.

El ECOSOC establece relaciones con las organizaciones no gubernamentales de manera consultiva que se interesan en los asuntos que competen al Consejo; para ello las clasifica en tres categorías: en la categoría I están las organizaciones que se interesan en la mayor parte de las actividades del Consejo; en la categoría II están las que tienen competencia especial en esferas específicas; y en una tercera categoría están las que ocasionalmente pueden efectuar aportes a la labor del Consejo.

En las reuniones públicas del Consejo y sus órganos subsidiarios pueden asistir observadores de las organizaciones no gubernamentales, para de esta forma expresar por escrito su opinión sobre asuntos relativos a la labor del ECOSOC.⁴⁵

⁴⁵ Idem. p. 11-13.

CAPÍTULO QUINTO

“FUNCIONALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DESDE UN ENFOQUE FINANCIERO”

I. CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD.

El concepto de salud se ha ampliado, debiéndose comprender desde dos vertientes, no sólo el término físico sino 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 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”. 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”⁴⁶

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...”⁴⁷, es decir, por faltarle la idea de que la salud individual 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 este 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, 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”.⁴⁸

⁴⁶ OMS. Documentos Básicos. Constitución de la OMS. Ob. Cit. p.p. 1-2.

⁴⁷ NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO. Situación Actual y Perspectivas, Salud. Vol. 4. México COPLAMAR, Presidencia de la República. Edit. Siglo XXI. Tercera Edición. 1985. Pág. 19.

⁴⁸ SOBERON ACEVEDO, Guillermo y otros. LA SALUD EN MÉXICO. Testimonio 1998, Fundamentos del Cambio estructural. Tomo I. México, Edit. Fondo de Cultura Económica, 1998. P.p. 26 y 27.

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.

*"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".*⁴⁹

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..."⁵⁰

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

"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) biológica-social-histórica."⁵¹

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 médico-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 la terapéutica de empleo restringido, puestos cada vez más en duda, tanto por el alto costo económico como por su eficacia."⁵²

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.

⁴⁹ Idem. pág. 27.

⁵⁰ OMS. Documentos Básicos. Constitución. Ob. Cit. pág. 2.

⁵¹ NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO. Ob cit. p.p. 37-39.

⁵² ROEMER, Milton. I. ECONOMÍA Y POLÍTICA DE SALUD. Crónica de la OMS. No. 34. Ginebra, Suiza. OMS, 1983. P.p. 1-5.

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. 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, concibiéndose como un fenómeno colectivo.

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.

II. OBTENCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS.

La fuente de la obtención de los recursos financieros de la Organización Mundial de la Salud la conformarán primordialmente las contribuciones que previamente tienen asignados los Estados miembros. La Asamblea Mundial de la Salud, cada año establecerá un nivel presupuestario para el año siguiente, adoptando un programa de trabajo, que será preparado en negociación y colaboración directa con los miembros de Salud Pública, los seis Comités Regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea, siendo los órganos encargados de darle forma definitiva exclusivamente al programa.

De la suma total del proyecto del presupuesto la Asamblea de la Salud, la repartirá proporcionalmente entre los estados miembros, facultad que le concede la Organización, y que se encuentra plasmada en la Constitución, tomando en cuenta para realizar la repartición, la escala de contribuciones que ella misma fijará; las contribuciones se asignarán en dólares americanos, con la salvedad de que el Director General con acuerdo del Consejo Ejecutivo autorice el uso de otras divisas, pero los pagos sólo se realizarán en dólares americanos o francos suizos.

La Primera Asamblea Mundial de la Salud conformó una escala de contribuciones, tomando como base la de las Naciones Unidas, realizando esto con la finalidad de poder calcular la parte correspondiente a los estados miembros de la Organización, y que no formarán parte de las Naciones Unidas.

El Consejo Ejecutivo quedó encargado de revisar y verificar las modificaciones que fuera sufriendo la escala de contribuciones de las Naciones Unidas, para ir modificando la escala de contribuciones que fuera proporcionando la Asamblea Mundial de la Salud. Cabe destacar que en la tercera reunión que tuvo el Consejo Ejecutivo estableció un criterio en el sentido de que a interés de la propia Organización, se tenía que establecer que ningún estado miembro aportará en más de un tercio, tomando como base el gasto anual ordinario de la OMS, criterio que fue adoptado en la Segunda Asamblea Mundial de la Salud.

Con el paso de los tiempos se tuvo que incluir y empezar a sufrir diversos cambios en la escala de contribuciones, mismos que se verificaban a medida que ingresaban menos miembros y también en los casos de que los Estados que ya eran miembros atravesaban por una situación económicamente difícil.

En la octava Asamblea Mundial de la Salud se llegó al acuerdo que los ajustes que sufriera la escala de contribuciones de la OMS, para nivelarla y armonizarla con las reglas básicas de la escala de Naciones Unidas, se irían aplicando de manera progresiva en el transcurso de cuatro años en vez de dos como se había estado haciendo en esta reunión, también que la contribución del mayor aportador, habría de equivaler a la tercera parte del total de las aportaciones de los miembros activos, efectuándose los reajustes en el mismo lapso de cuatro años.

Las contribuciones que otorgarán los estados de nuevo ingreso a la OMS, mismos que se incorporarán después de que la Asamblea de la Salud haya aprobado el presupuesto para ese año en que sean admitidos los nuevos miembros, será aplicable para el ejercicio presupuestal del siguiente año y dicho ingreso se le considerará como un ingreso ocasional para el ejercicio financiero que se esté corriendo.

Lo que hemos señalado en el párrafo anterior, surgió durante la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, en donde se optó por establecer dos presupuestos, otorgándole el nombre a uno como "Nivel presupuestario", mismo que se tomaba como base para poder calcular las contribuciones de los estados miembros, comprendiéndose que las contribuciones de los estados miembros, activos e inactivos; y otro presupuesto conocido como "Presupuesto efectivo", que como su nombre lo dice, en él se indicaba el monto de la cuantía autorizado para dicho ejercicio financiero, y en ambos se señaló que se deberán integrar los ingresos ocasionales, arrojando con esto, excelentes resultados en el aspecto financiero de la Organización.⁵³

Ahora bien, dentro de la Constitución de la OMS se encuentra regulada la manera en que se realizarán los presupuestos y erogaciones; señalando lo siguiente:

- El Director General será el encargado de elaborar el proyecto del presupuesto, mismo que será sometido a la aprobación del Consejo Ejecutivo, quien a su vez lo someterá a la Asamblea de la Salud con las recomendaciones pertinentes.

⁵³ LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE LA OMS. Ob. Cit. p.p. 121-124.

- La Asamblea de la Salud será la encargada de repartir proporcionalmente las contribuciones que se hagan entre los estados miembros, asimismo ésta estará facultada para aceptar y en todo caso administrar las donaciones y legados que se le hagan a la Organización, siempre y cuando sean compatibles con la finalidad de la Organización. Esta facultad se podrá delegar al Consejo Ejecutivo, quien lo realizará en nombre y representación de la Asamblea.
- Por último se deberá establecer un fondo especial para poder cubrir emergencias o contingencias imprevistas y se le otorga la facultad discrecional de ampliarlo al Consejo Ejecutivo, quien tendrá que acreditar la necesidad de aplicarlo.⁵⁴

La Organización Mundial de la Salud para llevar a cabo su gestión financiera, contará con un reglamento que deberá ser exclusiva su aplicación en la obtención de recursos financieros para realizar la finalidad de la Organización.

En el reglamento financiero de la OMS, se encuentra comprendido lo siguiente:

- * En dicho reglamento se encuentra regulado el tiempo que durará un ejercicio financiero, mismo que será el período de dos años civiles consecutivos, indicando siempre el año par.
- * En la elaboración del presupuesto, el reglamento señala que el Director General, como ya se había señalado en párrafos anteriores, será el encargado de preparar el proyecto presupuestal para el ejercicio financiero. Deberá traer el proyecto indicado claramente lo referente a los ingresos y egresos del ejercicio que corresponda y serán expresadas las cantidades en dólares de Estados Unidos de Norteamérica, asimismo el proyecto deberá contener secciones y capítulos, debiéndose acompañar de los anexos y notas aclaratorias que solicite la Asamblea de la Salud y de los que el Director considere pertinente añadir.

El Director General, someterá su proyecto de presupuesto al Consejo Ejecutivo para su consideración con doce semanas de anticipación a la fecha en que tenga verificativo la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud, así como a la reunión del propio Consejo, durante este tiempo también deberá comunicar el proyecto a los estados miembros.

El Consejo Ejecutivo emitirá un informe del proyecto del presupuesto exhibido por el Director, mismo que presentará a la Asamblea de la Salud, teniendo la obligación el Director General de comunicar a los estados miembros el informe que elabore el Consejo Ejecutivo cinco semanas como mínimo antes de que sea inaugurada la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud.

En la reunión ordinaria, la Asamblea de la Salud dará su aprobación del proyecto presentado, mismo que se utilizará para el ejercicio financiero siguiente, previo informe que elabore y sea presentado a la Asamblea por una Comisión principal examinadora.

⁵⁴ Idem. p.p. 13-14.

Si durante la reunión del Consejo Ejecutivo donde se examine el proyecto presentado para elaborar su informe, el Director General tiene informaciones que crea convenientes para el curso del ejercicio que puedan modificar las previsiones realizadas en el proyecto con respecto a los gastos, lo informará al Consejo Ejecutivo antes de que se reúna la Asamblea de la Salud, para que ésta a su vez, si lo cree conveniente adicione su informe que le presente a la Asamblea.

En el caso de que las modificaciones que se tengan que hacer, se conocieran posteriormente de que el proyecto haya sido revisado por el Consejo Ejecutivo, y este ya se encuentre en estudio en la Asamblea de la Salud, el Director General informará sobre la conveniencia de las modificaciones a la Asamblea de la Salud, en tal caso el Director General podrá presupuestar al Consejo Ejecutivo un proyecto de presupuesto suplementario, con la finalidad de aumentar los créditos que previamente sean aprobados por la Asamblea de la Salud, siguiendo los mismos requisitos señalados para la presentación del proyecto del presupuesto antes indicado.

En la Asamblea de la Salud serán votadas las asignaciones que le autorizarán al Director General para contraer obligaciones y cumplir con los pagos destinados para cubrir los créditos otorgados; también quedará autorizado para solventar los gastos en los siguientes rubros:

- a) Para el transporte de suministros y equipo necesario para la Organización y la ejecución de sus programas.
- b) Para cubrir las publicaciones que ya se hayan enviado para su impresión y que sean recibidas antes del cierre del ejercicio financiero.
- c) Pagar los honorarios que resulten de la contratación de consultores por corto plazo, aún cuando los contratos no hayan expirado al concluir el ejercicio financiero.

Ya que hayan sido cubiertos los pagos, el remanente será regresado a la caja.

Cuando llegue a su conclusión el ejercicio financiero correspondiente, seguirán disponibles durante doce meses posteriores los créditos que hayan sido asignados; expirando este plazo, si queda algún remanente de los créditos asignados, será devuelto quedando cancelada cualquier obligación que siga pendiente del ejercicio anterior; pero si conservara su validez, ésta será una obligación que se tenga que cubrir en el ejercicio en curso.

Las contribuciones de los estados miembros serán calculados tomando como base el importe de las asignaciones aprobadas por la Asamblea de la Salud para el ejercicio siguiente, para realizar los ajustes necesarios deberán tomar en cuenta:

- * Los suplementos de créditos que en ejercicios anteriores no se hayan asignado de las contribuciones hechas por los estados miembros.

- * Los recursos cuyo importe no se haya auditado y los reajustes que proceda a hacer en previsiones de los ingresos que se hayan contabilizado con anterioridad.
- * Contribuciones que otorguen nuevos estados.
- * Remanentes de créditos devueltos.

La Asamblea de la Salud aprobará el nivel presupuestario y la escala de contribuciones para el ejercicio siguiente, las contribuciones que tengan que hacer los estados miembros se dividirán en dos anualidades, una para cada año del ejercicio financiero, respectivamente. Si la Asamblea modifica la escala de contribuciones para el segundo año del ejercicio, el Director General estará obligado a comunicárselo a los estados miembros para darles a conocer las nuevas obligaciones que por concepto de contribución tengan que cubrir durante el ejercicio financiero.

Cuando hayan transcurrido treinta días a partir de que el Director General les haya informado a los estados miembros respecto de las cuantías de sus contribuciones y los anticipos destinados al fondo de operaciones, las anualidades y anticipos se considerarán vencidos y pagaderos en su totalidad.

Las anualidades y anticipos al fondo de operaciones se contabilizarán en dólares americanos y se pagarán con esta divisa o con francos suizos, con la salvaguarda que el pago total o parcial de las contribuciones, podrá hacerse en otra moneda que fije el Director General con aprobación del Consejo Ejecutivo.

Todos los pagos que sean otorgados por un estado miembro serán abonados, primero, al anticipo del fondo de operaciones, y el restante será deducido cronológicamente de las contribuciones que se adeuden, debiendo presentar el Director General en las reuniones ordinarias de la Asamblea, un informe sobre el estado que guarden las recaudaciones de las contribuciones. Para el caso de las contribuciones que deban cubrir los nuevos miembros de la Organización, quedarán obligados a satisfacer con la contribución por el ejercicio financiero que corresponda al momento de tener esta condición de estado miembro.

Se creará un fondo general, donde se abonarán las contribuciones que sean pagadas por los estados miembros con respecto de las asignaciones establecidas en las escalas de contribuciones que determine la Asamblea de la Salud; también se abonarán los ingresos varios y los anticipos dirigidos al fondo de operaciones pero que sean para cubrir gastos generales; así como también de este fondo se cubrirán los gastos de la Organización.

Asimismo, existirá como ya se ha mencionado con anterioridad, un fondo de operaciones, mismo que se compondrá en dos partes:

1. La primera será compuesta por los anticipos de los estados miembros, ajustándose en todo momento a la escala de contribuciones para repartir los gastos de la OMS;

2. La segunda parte, se conformará con los ingresos ocasionales que sean transferidos al fondo de vez en cuando.

Los anticipos antes señalados serán abonados en cuenta a los estados miembros que los hayan adelantado, y las cantidades que sean ingresadas por concepto de ingreso ocasional serán abonados en cuenta a la Organización.

Para el caso de que retiren anticipos del fondo de operaciones para atender gastos imprevistos o extraordinarios u otros desembolsos autorizados, y siempre y cuando no exista otra forma de reintegrar los anticipos, se presentarán proyectos de presupuesto suplementario dirigido a reembolsar esos anticipos que hayan sido utilizados.

Asimismo, se considerará como ingresos varios y así se contabilizarán, los intereses que sean producidos por las inversiones del fondo de operaciones.

Se facultará al Director General para establecer fondos de depósito y cuentas especiales y de reserva, informando en todo momento al Consejo Ejecutivo sobre la creación de estos.

Por otro lado, los beneficios y las pérdidas registrados en operaciones de cambio se cargarán en la partida de ingresos varios.

Se considerarán como ingresos varios y se abonarán al fondo general, las aportaciones que se hagan a la Organización y que no vayan dirigidas a cumplir con las asignaciones al presupuesto, los reembolsos directos a gastos efectuados durante el ejercicio financiero y las cantidades que sean anticipos a un fondo. Para tal ingreso se autoriza al Director General para aceptar provisionalmente donaciones y legados en efectivo o en especie.

El Director General será la autoridad encargada en elegir el Banco o Bancos en que serán entregados para su custodia los fondos de la Organización.

Otra facultad con que se encuentra investido el Director General, será el de invertir fondos, siempre que no sean indispensables para cubrir necesidades inmediatas, debiendo incluir en el informe financiero definitivo, sometido a la Asamblea Mundial de la Salud, el estado que guarden las inversiones existentes; los intereses que arrojen estas inversiones serán depositados al fondo o cuenta de donde proceda el dinero invertido.

Para que se verifique la inversión interna, el Director General deberá:

1. Elaborar normas y procedimientos tendientes a tener una gestión financiera eficaz y una adecuada protección de los bienes materiales que constituyen el activo de la Organización.
2. Hacer la designación de los funcionarios autorizados para recibir fondos, contraer obligaciones y cumplir con las mismas.

3. Mantendrá el Director, servicios internos de fiscalización financiera, mediante la vigilancia eficaz o la revisión general de las transacciones financieras.
4. Deberá mantener la regularidad en que se verifiquen las operaciones de recaudación, custodia y disposición de fondos, así como la conformidad de los compromisos de gastos y las obligaciones con las asignaciones de créditos.
5. Deberá mantener el uso económico de los recursos de la Organización.

Cuando no expida la debida autorización bajo su responsabilidad, el Director General no se podrá contraer ningún compromiso de gastos u obligaciones, ni se podrá realizar pago alguno.

El Director General podrá hacer los pagos por concepto de gratificación que considere necesarios para el interés de la Organización.

En el caso de que se verifiquen pérdidas de numerario, equipo, suministros u otros elementos del activo, después de practicadas todas las investigaciones del caso, el Director General podrá autorizar la cancelación de las partidas del activo.

También el Director General estará facultado para establecer lineamientos en lo referente a las licitaciones públicas y la adquisición de equipos y suministros que sean indispensables para la Organización.

El encargado de cuidar que se lleven bien las cuentas necesarias respecto de cada ejercicio financiero, indicando en los ejidos definitivos de cuentas con indicación clara de ingresos, gastos de cualquier fondo, la situación que guarden las asignaciones de créditos señalando la cuantía inicial de la partida presupuestal, si hubo créditos suplementarios, los cambios que se hayan efectuado al hacer algún ajuste en las asignaciones, también si existen créditos que no correspondan a las asignaciones aprobadas por la Asamblea y la situación del activo y del pasivo al concluir el ejercicio financiero, será el Director General, quien también proporcionará todos los datos que sean necesarios para señalar verazmente la situación financiera de la Organización.

Al culminar el primer año del ejercicio financiero, el Director General realizará un informe parcial que destaque los avances importantes en el área financiera, que tengan influencia directa en la Organización durante el año. Cuando llega el fin de la segunda anualidad del ejercicio correspondiente, el Director General elaborará el informe financiero definitivo que corresponda al cierre definitivo del ejercicio financiero.

Las cuentas definitivas, sin excepción de la Organización se rendirán en dólares americanos, pero los documentos contables, si es que así considera mejor el Director General, podrán llevarse en otro tipo de divisas o monedas. Las cuentas definitivas, deberán presentarse al comisario o a los comisarios de cuentas, teniendo como término el día 31 de marzo siguiente al cierre del ejercicio financiero.

El Comisario o Comisarios de cuentas antes mencionados serán nombrados por la Asamblea de la Salud, misma que podrá revocarlos cuando así lo estime pertinente;

estos deberán de ser interventores generales del gobierno de un estado miembro o funcionario de categoría similar, estos nombramientos se realizarán para que se verifique una intervención externa, esta intervención se hará siempre que estén apegadas a las normas corrientes que sean aceptadas en la materia, con sujeción a cualquier instrucción que haya sido aprobada en la Asamblea.

Los Comisarios tendrán la facultad de formular observaciones en la eficiencia de los procedimientos financieros, la administración y gestión de la Organización, etc. Estos actuarán con completa independencia y sólo serán responsables en la intervención de cuentas, y para esto el Director General les otorgará todas las facilidades necesarias para cumplir con su encargo.

La Asamblea de la Salud podrá pedir a los Comisarios de cuentas que verifiquen ciertas áreas o cuestiones, mismos que deberán informar sus observaciones por separado, asimismo estos presentarán un informe sobre la intervención definitiva de cuentas, realizando las observaciones pertinentes a lo preparado por el Director General.

Los informes que elaboren los Comisarios en unidad con los estados de cuentas definitivos que sean intervenidos, los remitirán por conducto del Consejo Ejecutivo a la Asamblea de la Salud, con término del día 1º de mayo siguiente al cierre del ejercicio financiero.

La Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo, antes de tomar cualquier decisión que traiga aparejado un desembolso para su cumplimiento, primero examinarán el informe del Director General sobre las consecuencias administrativas y financieras de la decisión, ya que cuando el Director General considere que no se puede atender con las asignaciones disponibles del cumplimiento de la propuesta, no se verificará el desembolso, si es que la Asamblea no ha consignado los créditos suficientes.

Para cumplir cabalmente con la función financiera, el Director General podrá delegar en otros funcionarios de la Organización las atribuciones necesarias para la correcta aplicación de la actividad financiera y su reglamento y para el caso de que surja alguna duda sobre la aplicación o interpretación de lo plasmado en el reglamento financiero, se autoriza al Director General para tomar la decisión pertinente, con la salvedad de que el Consejo Ejecutivo la confirme en la siguiente reunión que se efectúe.⁵⁵

⁵⁵ OMS. Documentos Básicos. Reglamento Financiero de la OMS. Ob. Cit. p.p. 77-88.

III. VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS CUENTAS FINANCIERAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

El Comisario o Comisarios de Cuentas serán nombrados por la Asamblea Mundial de la Salud, estos serán interventores generales del gobierno de un Estado miembro o funcionarios de categoría análoga o de suficiente competencia; dicho nombramiento sólo podrá ser revocado por la misma Asamblea.

La intervención de las cuentas se hará apegada a las normas corrientes generalmente aceptadas en la materia y a las atribuciones adicionales indicadas en el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, y con sujeción a las instrucciones emitidas por la Asamblea Mundial de la Salud sea cual fuere su naturaleza.

Tendrán la facultad de poder formular observaciones acerca de la eficiencia de los procedimientos financieros, el sistema de contabilidad, la fiscalización financiera interna y, en general, la administración y la gestión de la Organización. El Comisario o Comisarios de cuentas actuarán con absoluta independencia y serán exclusivamente responsables de la intervención de las cuentas.

Estarán facultados para intervenir las cuentas de la Organización, así como los fondos de depósito y cuentas especiales, que a su criterio consideren necesario revisar para cerciorarse:

- a) Que los estados de cuentas concuerden con los libros y los comprobantes de la Organización.
- b) Que las operaciones financieras consignadas en los estados de cuentas se ajusten a las disposiciones reglamentarias, al presupuesto y a las demás instrucciones aplicables al caso.
- c) Que esté verificado la existencia de los valores y el efectivo en depósito o en caja por medio de certificados librados por los depositarios o por recuento directo.
- d) Que los controles internos, incluida la intervención interna de la Organización, son adecuados, realizando lo anterior, hasta en tanto se haya realizado la cuenta de los resultados que se esperaban.
- e) Que se hayan aplicado los procedimientos que a su parecer sean satisfactorios para determinar los elementos del activo y del pasivo y de los saldos de superávit o el déficit.

El Comisario o los Comisarios tendrán facultad para decidir si procede a aceptar en todo o sólo en parte las certificaciones y las declaraciones de la Secretaría, pudiendo efectuar las inspecciones y verificaciones que crean pertinentes, en relación con los documentos de contabilidad, incluso los relativos a suministros y equipo.

El Comisario y el personal que esté bajo sus órdenes, tendrán acceso, siempre que sea necesario, a libros, comprobantes y demás documentos, que a su juicio sea indispensable consultar, para realizar la intervención de cuentas.

La información clasificada como "secreta" que a juicio de la Secretaría, sea necesaria para los fines de la intervención externa de cuentas, así como la información clasificada de confidencial, se pondrán a disposición del Comisario o Comisarios, previa solicitud para tal efecto.

En todo momento el Comisario o Comisarios, así como el personal que tengan bajo sus órdenes respetarán el carácter secreto y confidencial de cualquier información así clasificada y que haya sido puesta a su disposición, no debiendo hacer uso de la misma, que no tenga estrecha relación con la operación de intervención de cuentas.

El Comisario o Comisarios tienen la facultad de hacer del conocimiento de la Asamblea de la Salud para el caso de negación con respecto de la información clasificada como secreta, y que a su juicio sea indispensable para la adecuada intervención de cuentas.

Sin embargo, estos mismos no tienen facultad para rechazar asientos de las cuentas, pero deberán llamar la atención del Director General sobre cualquier operación que cuya regularidad y procedencia despierten dudas, con la finalidad de que sean adoptadas las medidas pertinentes.

Todas las objeciones que se formulen en tanto dure la intervención de cuentas, serán comunicadas de inmediato al Director General.

Con objeto de proceder a un examen local o especial o de efectuar economías en los gastos de intervención de cuentas, el Comisario o los Comisarios de Cuentas podrán contratar los servicios de cualquier interventor general (o funcionario de categoría equivalente) de un país, de auditores comerciales públicos de reconocido prestigio o de cualquier otra persona o empresa que, a su juicio, reúna las condiciones de competencia necesaria.

El Comisario o Comisarios, al concluir la intervención de cuentas, emitirán y firmarán un dictamen, y se precisará siempre que proceda:

- a) Si los estados de cuentas reflejan equitativamente la situación financiera al final del período considerado y los resultados de las operaciones efectuadas durante el período de cierre.
- b) Si los estados de cuentas han sido preparados en conformidad con los principios de contabilidad enunciados.
- c) Si los principios de contabilidad se han aplicado sobre una base que corresponde a la del período financiero precedente.
- d) Si las citadas operaciones se han efectuado de conformidad con el Reglamento Financiero y con las instrucciones de los órganos deliberantes.

En el Dictamen del Comisario o Comisarios a la Asamblea de la Salud, sobre operaciones financieras deberá indicar:

A. El tipo y el alcance del examen practicado.

B. Las deficiencias o inexactitud de las cuentas y en particular cuando sea necesario informar:

- Datos necesarios para la correcta interpretación de cuentas.
- Sumas que debieron haber cobrado y que no se hayan abonado a la cuenta.
- Sumas en donde exista o pueda existir alguna obligación jurídica y que no se haya contabilizado o consignado en los estados de cuenta.
- Gastos que no estén acreditados fehacientemente.

Asimismo, se deberá de poner en conocimiento de la Asamblea, situaciones en las que se vean implicadas jurídicamente, el personal asignado de los fondos de la OMS cuando se descubra:

1. Fraude comprobado o cuando se presume.
2. Despilfarros o desembolsos indebidos de dinero y otro elemento del activo de la Organización, aunque la contabilidad sea correcta.
3. Los gastos que puedan obligar a la Organización a realizar nuevos desembolsos significativos.
4. Todo defecto que presente el sistema general o en las disposiciones precisas de intervención de los ingresos y los gastos, o de los suministros y el equipo.
5. Gastos que no sean encaminados a la intención de la Asamblea de la Salud.
6. Gastos que excedan de los créditos consignados.
7. Gastos que no se ajusten a las disposiciones que los autoricen.

C. La exactitud o inexactitud de los asientos correspondientes a suministros y equipo.

D. Y de las operaciones contabilizadas de ejercicios anteriores, sobre las que se hayan obtenido menos datos.

El Comisario o Comisarios podrán formular a la Asamblea de la Salud o al Director General, las observaciones que estimen pertinentes sobre los resultados de la intervención de cuentas o sobre el informe financiero.

Asimismo, deberán hacer constar en su dictamen, los casos en que se les pongan restricciones en el alcance de intervención de cuentas o que no puedan obtener comprobantes suficientes debiendo exponer claramente los motivos de sus observaciones y los efectos sobre la situación financiera y sobre las operaciones financieras consignadas.

Los Comisarios podrán omitir lo anterior si a juicio suyo carecen totalmente de importancia.

Tal y como lo mencionamos en el punto anterior, los informes del Comisario o los Comisarios de cuentas, en unión de los estados de cuentas definitivos intervenidos, serán transmitidos por conducto del Consejo Ejecutivo a la Asamblea de la Salud, a más tardar el 1º de mayo siguiente al cierre del ejercicio financiero al que correspondan los estados de cuentas definitivos. El Consejo Ejecutivo examinará el informe financiero parcial y el informe financiero definitivo y los informes de intervención y los transmitirá a la Asamblea de la Salud con las observaciones que estime oportunas.⁵⁶

IV. RELACIÓN 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.

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"⁵⁷

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 extranjero que en lo absoluto han conducido a un avance de las condiciones de vida de la población más desfavorecida.

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*"⁵⁸

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

⁵⁶ Idem. p.p. 85-88

⁵⁷ 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. P.p. 1-5.

⁵⁸ KLINGER, Irene. EL ROL DE LA SALUD EN LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA. Washington, D.C.; E.U.A. OPS. 1988. P. 3.

manera, también se reconoce que es un medio y, evidentemente un elemento indispensable del desarrollo económico y social.

La 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."⁵⁹

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.

De esta interrelación resulta que "los países pasan en su evolución histórica por tres distintos tipos o conjuntos de problemas de salud"⁶⁰, 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; la tasa de fecundidad sigue siendo elevada pero va en disminución.

Los 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 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

⁵⁹ CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD AL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO. Ob. Cit. pág. 3.

⁶⁰ KLINGER, Irene. Ob. Cit. p p. 8 y 9.

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.

V. SITUACIÓN 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).

Para las fechas de 1990 se estimó que la población mundial ascendía a 5,112 millones de habitantes. En conjunto, dicha población aumenta en razón de 1.73% anual promedio, siendo los índices de crecimiento en los países desarrollados y en desarrollo de 0.53% y 2.10% respectivamente.

Sobre la tasa bruta de natalidad, cabe señalar que la de los países en desarrollo es aproximadamente el doble de los países desarrollados, a diferencia de las tasas brutas de mortalidad entre ambos grupos de países, ya que entre estos hay muy poca diferencia. 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 el envejecimiento cada vez mayor de los países desarrollados.

La situación antes comentada desemboca en mayores problemas para los países con escasos recursos económicos en virtud de su incapacidad para proporcionar los satisfactores básicos que requieren sus crecientes poblaciones, ocasionando una tendencia que en lugar de vislumbrarlo como algo positivo del desarrollo ha representado la concentración de innumerables demandas insatisfechas y que a la postre están generando condiciones adversas a la salud del hombre.

A nivel mundial más de 1,000 millones de personas carecen de abastecimiento de agua potable y mas de 1,500 millones de habitantes de instalaciones de saneamiento adecuadas, situación que al considerarla se infiere que este es uno de los problemas que se deben de solucionar de inmediato para evitar así que se siga mermando la salud de ésta población.

Por otro lado, con respecto a las instalaciones para evacuación de desechos la situación también es crítica, pues en algunos países notificaron que tienen coberturas muy bajas, lo que hace evidente que a la fecha persistan grandes diferencias en las condiciones de salud de los miembros de la comunidad internacional.

En lo que se refiere a los servicios de inmunización se destaca que el 60% de los niños a nivel mundial cuenta con la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica o trivalente y el 50% sólo con la vacuna contra el sarampión, sin embargo, más de 43 millones de los 109 millones de niños que nacen todos los años en los países en desarrollo carecen de esta protección.

La falta de medicamentos esenciales en cantidad suficiente y a precios accesibles es un grande problema, ya que de una cuarta parte a una mitad de la población a nivel 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 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 del crecimiento en los niños de edad preescolar, sigue siendo a todas luces un fenómeno mundial, en virtud de que a la fecha siguen escaseando los recursos económicos.

Tomando en consideración lo anterior y lo que trataremos en el punto siguiente, estamos en posibilidad de afirmar que la crisis económica sufrida en la última década ha traído aparte de un estancamiento, una regresión en las condiciones de salud y por tanto en el desarrollo social de los países del tercer mundo.

Asimismo cada año se registra 1,000 millones de episodios de diarrea en niños menores de cinco años, que causan aproximadamente 5 millones de defunciones, mismas que podían 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 200 mil, y se estima que más de 60 millones de personas están actualmente infectadas sin presentar síntomas de la enfermedad, duplicándose el número de incidencias de esta enfermedad cada año.

Entre las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares representan una causa importante de mortalidad o discapacidad, según estudios realizados, una cuarta parte aproximadamente de las defunciones sobrevenidas cada año en el mundo se deben a enfermedades cardiovasculares, siendo particularmente en los países industrializados en donde se atribuye aproximadamente a la mitad de las defunciones.

El cáncer es cada vez más una causa reconocida de preocupación para los servicios de salud pública en los países en desarrollo y de los industrializados siendo el tipo de cáncer más común el del estómago y se ha notado un considerable aumento con respecto a los casos de cáncer de pulmón.

Los traumatismos y las intoxicaciones, representan dos de los principales problemas de salud pública, con consecuencias individuales, sociales y económicas ampliamente subestimadas tanto por las autoridades como por la población, notificándose cada año aproximadamente 2.7 millones de defunciones debidas a traumatismos e intoxicaciones, de los cuales 2 millones se presentan en los países en desarrollo.

La frecuencia y la gravedad de los problemas de salud relacionados con el alcohol y las drogas siguen aumentando en todo el mundo, siendo las drogas que más han aumentado en su consumo la heroína y la cocaína.

Por otro lado el tabaquismo provoca gran número de casos de morbilidad y mortalidad, se ha estimado que de 2 a 2.5 millones de muertes, 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 del cigarrillo, ocasionando lo anterior que gran parte de los países industrializados se observe una disminución en el uso del tabaco, mientras que en los países en desarrollo se ha ido acentuando 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, en virtud de que los recursos otorgados en este rubro en la mayoría de los países, se encuentran concentrados en las principales ciudades de los países.

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 estos 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 producto nacional bruto, 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 4,000 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 menciono 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.

De todo lo anterior se pone claramente de manifiesto la estrecha relación que existe entre el grado de salud y el desarrollo socioeconómico de una sociedad, así como las grandes disparidades presentes entre los tipos de países, circunstancias que a la fecha siguen prevaleciendo.

VI. EFECTOS DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA MUNDIAL EN LA SALUD PÚBLICA.

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 dieciocho años.

En 1981 tras el segundo aumento brusco del petróleo se inició una importante recesión internacional, caracterizada por un lento crecimiento económico, 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 ha ido deteriorándose a partir de la década pasada, lo que ha ido ocasionando que el desempleo haya alcanzado límites que no se habían presentado desde hace medio siglo "las economías de Europa Oriental fueron las más protegidas a las tendencias mundiales y no así las economías de África, Asia Occidental y América Latina, cuyo ingreso per capita fue el más bajo que al comienzo de la década".⁶¹

La recuperación en la década anterior 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% como media, encabezado por los Estados Unidos de América con un crecimiento cercano al 7%, comparado con los países en desarrollo, incluyendo el nuestro que no llegaron al 4%, y en Asia Oriental como en las demás regiones tan sólo llegaron del 1.5% al 3.1%.⁶²

Aunado a lo anterior, se suman el hecho de que más de 50% de la población mundial tiene un Producto Nacional Bruto por habitante inferior a 500 dólares de los Estados Unidos de América, mientras un 15% absorbe un PNB per capita a los 5,000 dólares.

En 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% en la década de los 70's, en comparación que en la década pasada el promedio anual de la formación de capital fue de 4.5%, lo cual amenazó las esperanzas de desarrollo futuro, contribuyendo a que se presentara una constante disminución de empleos conllevando al uso del subempleo, mismo que aumentó en todos los sectores informales de la región, deteriorándose de esta manera el valor real de los salarios.⁶³ Otras de las causas que más contribuyó al deterioro de los salarios reales fue el índice de inflación que ascendió en la década pasada, siendo el más significativo en los años de 1983 a 1984 en donde la inflación ascendió de 136.8% a 175.4%.⁶⁴

Por otra parte, la deuda externa sin precedentes de los Gobiernos de América Latina y el Caribe ha constituido uno de los mayores obstáculos para su crecimiento, "al

⁶¹ GLOBAL REVIEW OF THE ECONOMIC SITUATION AND ITS REPERCUSSIONS ON HEALTH STATUS HEALTH CARE SERVICES AND POLICES. Doc. EB83/INFDOC/1. Ginebra, Suiza, 1988. Pág. 3.

⁶² THE WORLD ECONOMIC CLIMATE AND ITS IMPLICATIONS FOR HEALTH FOR ALL STRATEGIES. Ginebra, Suiza. OMS. 1988. Pág. 24.

⁶³ GLOBAL REVIEW OF THE ECONOMIC SITUATION AND ITS REPERCUSSIONS ON HEALTH STATUS HEALTH CARE SERVICES AND POLICES. Ob. Cit. Pág. 4.

⁶⁴ PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 1988-1991 Doc. of. 210. Washington D.C., OPS Pág. 350.

umentar más allá de lo soportable para sus economías en el período de 1980 a 1987, pasando de 242,000 a casi 410 mil millones de dólares".⁶⁵

Cabe resaltar que este problema no se limita, como generalmente se cree a América Latina, sino que está muy extendido y afecta 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 la importaciones de petróleo, así como la menor demanda de las materias primas que exportan muchos de los países en 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, situación que subsiste hasta la actualidad, donde los países en desarrollo son los más castigados, influyendo y trayendo como consecuencia un lento crecimiento económico.

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 de esta manera 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 África, la población rural que vive en la pobreza absoluta ha pasado en la última década de 85% a 94% en los primeros años de la presente década"⁶⁶

A esta situación habría que agregar la crisis de desarrollo ambiental desencadenada por la sequía que se viene sufriendo desde la década pasada hasta la actualidad, 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, la insuficiencia ponderal al nacimiento, el paludismo, las diarreas, el cólera, las enfermedades infecciosas de la infancia, las infecciones respiratorias, y las infecciones neonatales, sobre todo el tetanos.

En América Latina, la concentración de la producción en artículos exportables, el elevado desempleo y subempleo así como la supresión de los subsidios a los alimentos, entre otros factores, han dañado el estado nutricional de la población, en

⁶⁵ REPERCUSIONES DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA MUNDIAL. Informe del Director General Doc. A39/4 Ginebra, Suiza. OMS 1986 Pág. 11

⁶⁶ INFORME SOBRE LA VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. DOC. CD33/22REV.1 (ESP). Washington D.C. E.U.A. OPS 1988. Pág.3. y KLINGER, Irene. Ob. Cit. pág.4.

particular de los niños causando altas tasas de mortalidad y en su defecto escaso desarrollo mental y físico.⁶⁷

También la asistencia sanitaria se ha visto gravemente afectada; el gasto total y por habitante en el sector sanitario ha ido disminuyendo 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 capita en materia de salud sigue siendo abismal, habiendo variaciones desde 2 a más de 600 dólares.⁶⁸

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, en virtud de las reducciones presupuestarias y la falta de divisas para la importación de drogas, partes y repuestos para equipo médico, petróleo y otros materiales esenciales.

Uno de los países más afectados en la actualidad es África, por la falta de suministros, lo que ha ocasionado que se hayan paralizado los servicios, recayendo en el personal de salud, ya que estos han perdido poder adquisitivo, conllevando efectos negativos en el cumplimiento de sus obligaciones y la eficiencia.

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 sólo podrán ser visibles a largo plazo, es pertinente mencionar que en los países industrializados, el alto desempleo también ha ocasionado daños en este rubro, ya que existe una alta incidencia en accidentes, problemas mentales y psicológicos, actos de violencia, entre otros, lo que ha llevado a un crecimiento en términos absolutos de los gastos dedicados al cuidado de la salud.

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 esta situación en los países de África y los que conforman América Latina.

Durante el inicio de la presente década cabe mencionar que el comercio internacional ha tenido un estrepitoso aumento teniendo un crecimiento demasiado rápido, conllevando a que la economía mundial ha experimentado en tan poco tiempo, 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 del Golfo Pérsico, la recesión de algunas economías de mercado desarrolladas, produjeron graves trastornos económicos alterando muchas de las promesas de

⁶⁷ REPERCUSIONES DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA MUNDIAL. Ob. Cit. pág. 11.

⁶⁸ Idem. pág. 12.

desarrollo futuro. El escaso crecimiento mundial del 1% a inicios de la presente década 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 capita en estos años, siguiendo en el transcurso de esta década un aumento muy modesto.

En América Latina hubo una baja del producto debido, por una parte, a las políticas de estabilización y por la otra 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 estos 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, ya que en un mundo donde el predominio de las finanzas sobre la industria, con la globalización de aquéllas, es una causa subyacente de inestabilidad e imprevisión en la economía mundial.

Asimismo, cabe mencionar que la pobreza ha aumentado 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 ya que los ingresos en la mayoría son bajos, conllevando una pérdida considerable del poder adquisitivo.

De lo anterior podemos señalar que el crecimiento débil, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, aunado al insignificante crecimiento del ingreso per capita en muchos de los países pobres, ha provocado que se adopten políticas restriccionistas y el porcentaje del gasto público que se destina al rubro de la salud no se ha incrementado de una manera considerable, a pesar que todos los países han reconocido 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".⁶⁹

VII. ANÁLISIS DEL REGLAMENTO FINANCIERO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

REGLAMENTO FINANCIERO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ARTÍCULO 1 – APLICACIÓN

1.1 El presente reglamento se aplicará a la gestión financiera de la Organización Mundial de la Salud.

⁶⁹ APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, SEGUNDA EVALUACIÓN Y 8º INFORME SOBRE LA SITUACIÓN SANITARIA MUNDIAL Doc. EB89/10, Ginebra, Suiza. OMS. 1991, Pág. 21.

ARTÍCULO II – EJERCICIO FINANCIERO

- 2.1 Se entenderá por ejercicio financiero el período de dos años civiles consecutivos iniciado en un año par.

ARTÍCULO III – PRESUPUESTO

- 3.1 El Director General preparará un proyecto de presupuesto para el ejercicio financiero.
- 3.2 Las provisiones de ese proyecto se entenderán a los ingresos y los gastos del ejercicio correspondientes, expresados en dólares de los Estados Unidos.
- 3.3 El proyecto de presupuesto estará dividido en partes, secciones y capítulos, e irá acompañado de cuantos anexos informativos y notas aclaratorias pida o haga pedir la Asamblea de la Salud y de los que el Director General estime necesario y útil añadir.
- 3.4 El Director General someterá el proyecto de presupuesto a la consideración del Consejo Ejecutivo cuando menos doce semanas antes de inaugurarse la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud y antes de la correspondiente reunión del Consejo. Al propio tiempo, el Director General comunicará el proyecto de presupuesto a todos los miembros.
- 3.5 El Consejo Ejecutivo informará a la Asamblea de la Salud sobre el proyecto de presupuesto del Director General, que presentará con su propio informe a la Asamblea de la Salud.
- 3.6 El director General comunicará a todos los Miembros el proyecto de presupuesto y el informe del Consejo Ejecutivo, por lo menos cinco semanas antes de inaugurarse la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud.
- 3.7 La Asamblea de la Salud aprobará el presupuesto para el siguiente ejercicio financiero una vez que la correspondiente comisión principal lo haya examinado y haya presentado el oportuno informe.
- 3.8 Si en la fecha de la reunión del Consejo Ejecutivo que examina el proyecto de presupuesto e informa sobre el mismo a la Asamblea de la Salud tiene el Director General informaciones de que en el curso de la situación pueda ser necesario modificar las provisiones de gastos antes de que se reúna la Asamblea de la Salud, informará sobre ello al Consejo Ejecutivo, el cual, si lo considera oportuno, incluirá al efecto en su informe a la Asamblea de la Salud las provisiones adecuadas.

- 3.9 Si después de clausurada la reunión en que el Consejo Ejecutivo haya examinado el proyecto de presupuesto y preparado su informe sobre el mismo a la Asamblea de la Salud, el curso de la situación requiere una modificación de las previsiones presupuestarias, el Director General informará sobre ello a la Asamblea de la Salud.
- 3.10 En caso necesario, el Director General podrá presentar al Consejo Ejecutivo un proyecto de presupuesto suplementario para aumentar los créditos previamente aprobados por la Asamblea de la Salud, siguiendo a ese efecto los mismos procedimientos y normas establecidos para el proyecto de presupuesto del ejercicio financiero.

ARTÍCULO IV – ASIGNACIONES

- 4.1 Las asignaciones votadas por la Asamblea de la Salud autorizan al Director General para contraer las obligaciones y efectuar los pagos propios de destino que hayan recibido los créditos aprobados y sin rebasar la cuantía de los mismos.
- 4.2 Se podrá disponer de las asignaciones para el pago de obligaciones pertinentes durante todo el ejercicio financiero a que correspondan. El Director General queda autorizado para atender con cargo a los créditos asignados al ejercicio:
- Los gastos, incluso el transporte, correspondiente a los suministros y equipos que se destinen a la ejecución del programa y que hayan sido objeto de contrato con anterioridad a la fecha de cierre del ejercicio financiero;
 - El costo de las publicaciones cuyos originales completos hayan sido enviados al impresor y recibidos por éste con anterioridad a la fecha de cierre del ejercicio financiero;
 - Todos los gastos resultantes de la contratación de consultores por corto plazo aun cuando los contratos de éstos no hayan expirado al cerrarse el ejercicio financiero;
 - El costo total aproximado de cada beca.

Atendidos esos pagos, se deberá devolver el remanente en caja.

- 4.3 Una vez cerrado el ejercicio correspondiente, seguirán disponibles durante doce meses los créditos asignados, que podrán emplearse en la cuantía necesaria para satisfacer el importe de suministros y servicios recibidos durante el ejercicio para liquidar cualquier otra obligación autorizada que quedara pendiente. Las obligaciones contraídas con respecto a las atenciones previstas en los incisos (a), (b), (c) y (d) del párrafo 4.2 subsistirán hasta su entera liquidación. Atendidos esos pagos, se deberá devolver el remanente en caja.
- 4.4 Al expirar el plazo de doce meses a que se refiere el párrafo 4.3, el remanente que arrojen las asignaciones será devuelto. Cualquier obligación que siga pendiente desde un ejercicio anterior quedará cancelada en ese momento o, si conservara su validez, pasará a figurar como obligación imputable al ejercicio en curso.

4.5 El Director General queda autorizado para hacer transferencias de créditos entre las secciones de la Resolución de Apertura de Créditos, previo consentimiento del Consejo Ejecutivo o de cualquier comité en que el Consejo delegue poder bastante. Cuando no esté reunido el Consejo Ejecutivo ni, en su caso, el comité en que se haya delegado ese poder, el Director General, previo el asentimiento escrito de la mayoría de los miembros del Consejo o del comité, podrá hacer transferencias de créditos de una sección u otra, pero deberá dar cuenta de dichas transferencias al Consejo Ejecutivo en la primera reunión que éste celebre.

ARTÍCULO V – PROVISIÓN DE FONDOS

5.1 Sin perjuicio de los reajustes que se efectúen en aplicación de lo dispuesto en el párrafo 5.2, se cubrirán las asignaciones con las contribuciones señaladas a los Estados Miembros de acuerdo con la escala que fije la Asamblea de la Salud. Mientras no se ingrese el importe de las contribuciones, las asignaciones podrán financiarse con el Fondo de Operaciones o, si el saldo de numerario del Fondo de Operaciones no es suficiente para esa financiación transitoria, con adelantos de otros recursos internos de numerario disponibles en la Organización, con exclusión de los Fondos de depósito. Los saldos de adelantos internos que queden pendientes al cierre del ejercicio se comunicarán al Consejo Ejecutivo.

5.2 Las contribuciones de los Estados Miembros se calcularán a base del importe de las asignaciones aprobadas por la Asamblea de la Salud para el ejercicio siguiente con los reajustes que proceda hacer a fin de tener en cuenta:

- a) Los suplementos de créditos para los que en ejercicios anteriores no se haya hecho asignación de contribuciones a los Estados Miembros;
- b) Los ingresos varios cuyo importe no se haya contabilizado y los reajustes que proceda hacer en las previsiones de los ingresos varios que se hubieran contabilizado anticipadamente;
- c) Las contribuciones de los nuevos Estados Miembros a que se refiere el párrafo 5.10;
- d) Los remanentes de crédito devueltos en virtud de las disposiciones de los párrafos 4.3 y 4.4.

5.3 La Asamblea de la Salud aprobará el nivel presupuestario total y la escala de contribuciones para el ejercicio financiero siguiente. Las contribuciones de los Miembros, basadas en la escala establecida, se dividirán en dos anualidades de igual cuantía, la primera de ellas correspondiente al primer año y la segunda al segundo año del ejercicio financiero. En el primer año del ejercicio financiero, la Asamblea de la Salud podrá decidir una modificación de la escala de contribuciones aplicable al segundo año del ejercicio.

5.4 Cuando la Asamblea de la Salud haya aprobado el presupuesto y fijado la cuantía del Fondo de Operaciones, el Director General:

- a) Transmitirá a los Estados Miembros los correspondientes documentos;
 - b) Informará a los Estados Miembros de sus obligaciones en concepto de contribución para el ejercicio financiero y de anticipos al Fondo de Operaciones;
 - c) Invitará a los Estados miembros a que abonen la primera y la segunda anualidad de sus contribuciones y, si hubiere lugar, los anticipos al Fondo de Operaciones.
- 5.5 Si la Asamblea de la Salud decide modificar la escala de contribuciones aplicables en el segundo año o reajustar el importe de las asignaciones que han de financiarse con las contribuciones de los Miembros para el ejercicio financiero, el Director General informará a los Miembros acerca de sus nuevas obligaciones en concepto de contribución para el ejercicio financiero y les invitará a que abonen la segunda anualidad de sus contribuciones.
- 5.6 Las anualidades y los anticipos se considerarán vencidos y pagaderos en su totalidad a los treinta días de haber recibido los Estados Miembros la comunicación del Director General a que se refieren los párrafos 5.4 o 5.5, o el primer día del año que correspondan si fuera una fecha posterior. Se considerará que las contribuciones o los anticipos pendientes de pago en 1 de enero del año siguiente llevan un año de mora.
- 5.7 Las contribuciones y los anticipos al Fondo de Operaciones se contabilizarán en dólares de los Estados Unidos y se pagarán en esa moneda o en francos suizos; sin embargo, el pago total o parcial de las contribuciones podrá hacerse en otra u otras monedas cualesquiera que fije el Director General de acuerdo con el Consejo Ejecutivo.
- 5.8 Los pagos efectuados por un Estado Miembro, se abonarán primero en el Fondo de Operaciones y por orden cronológico se deducirán del importe de las contribuciones que adeude.
- 5.9 El Director General presentará en las reuniones ordinarias de la Asamblea de la Salud un informe sobre la recaudación de las contribuciones y los anticipos al Fondo de Operaciones.
- 5.10 Los nuevos Miembros quedarán obligados a satisfacer una contribución por el ejercicio financiero en que adquieran la condición de tales y a hacer efectiva la parte que en el total de los anticipos al Fondo de Operaciones les asigne la Asamblea de la Salud.

ARTÍCULO VI – FONDOS

- 6.1 Se establecerá un Fondo General, donde se cargarán los gastos de la Organización y se abonarán las contribuciones pagadas por los Estados Miembros en aplicación de lo dispuesto en el párrafo 5.1, los ingresos varios y cuantos anticipos se hagan con cargo al Fondo de Operaciones para atender gastos generales.

6.2 Se establecerá un Fondo de Operaciones, cuya cuantía y finalidad determinará de cuando en cuando la Asamblea de la Salud. El Fondo se compondrá de dos partes:

Parte I: Anticipos de los Estados Miembros que se ajustarán a la escala de contribuciones fijada por la Asamblea de la Salud para distribuir los gastos de la Organización Mundial de la Salud; y

Parte II: Sumas de ingresos ocasionales que se transferirán al Fondo de vez en cuando.

Los anticipos se abonarán en cuenta a los Estados Miembros que los hayan adelantado. Las cantidades ingresadas en el Fondo de ingresos ocasionales se abonarán en cuenta a la Organización.

- 6.3 Las cantidades que se adelanten con cargo a fondos internos o al Fondo de Operaciones durante el ejercicio para atender gastos presupuestos se reintegrarán tan pronto como haya ingresos disponibles para hacerlo y en la cuantía en que éstos lo permitan, dándose la máxima prioridad al reembolso de los adelantos de fondos internos.
- 6.4 Cuando no exista otro medio de reintegrar los anticipos reiterados del Fondo de Operaciones para atender gastos imprevistos y extraordinarios u otros desembolsos autorizados, se presentarán proyectos de presupuesto suplementarios destinados a rembolsar esos anticipos.
- 6.5 Los intereses que produzcan las inversiones de recursos del Fondo de Operaciones se contabilizarán como ingresos varios.
- 6.6 El director General queda autorizado para establecer Fondos de Depósito y Cuentas Especiales y de Reserva, de cuya creación informará al Consejo Ejecutivo.
- 6.7 La autoridad competente deberá fijar con precisión el objeto y las condiciones de utilización de los Fondos de Depósito y de las Cuentas Especiales y de Reserva, cuyos recursos se administrarán conforme a lo dispuesto en el presente Reglamento, salvo cuando la Asamblea de la Salud disponga otra cosa.
- 6.8 Los beneficios y las pérdidas registrados en operaciones de cambio de moneda se abonarán o cargarán en la partida de ingresos varios.

ARTÍCULO VII – OTROS INGRESOS

7.1 Todos los ingresos que no sean:

- a) las contribuciones al presupuesto;
- b) los reembolsos directos de gastos efectuados durante el ejercicio financiero; y
- c) las cantidades adelantadas a un fondo o depositadas en el mismo,

Se consideran ingresos varios y se abonarán en el Fondo General.

- 7.2 El Director General, sin perjuicio de las disposiciones del Artículo 57 de la Constitución, puede aceptar provisionalmente donaciones y legados en efectivo o en especie.
- 7.3 Las cantidades aceptadas para una finalidad especificada por el donante serán consideradas como Fondos de Depósito o Cuentas Especiales y se administrarán con arreglo a las disposiciones de los párrafos 6.6 y 6.7.
- 7.4 Las cantidades aceptadas sin que el donante haya especificado su aplicación se abonarán en la cuenta abierta con este objeto.

ARTICULO VIII – CUSTODIA DE LOS FONDOS

- 8.1 El Director General designará el banco o los bancos en que serán depositados los fondos de la Organización.

ARTÍCULO IX – INVERSIONES DE FONDOS

- 9.1 El Director General podrá invertir fondos que no sean indispensables para cubrir necesidades inmediatas. La inversión de las cantidades disponibles en Fondos de Depósito o Cuentas Especiales y de Reserva, estará sujeta a las directrices de la autoridad competente.
- 9.2 El Director General incluirá en el informe financiero definitivo sometido a la Asamblea Mundial de la Salud un estado sobre las inversiones existentes.
- 9.3 Los intereses procedentes de las inversiones serán acreditados al Fondo o la Cuenta de que proceda el dinero invertido, salvo disposición en contrario de los reglamentos, reglamentaciones o resoluciones relativos a dicho Fondo o Cuenta.

ARTÍCULO X – INTERVENCIÓN INTERNA

- 10.1 El Director General deberá:

- a) Establecer normas y procedimientos detallados para asegurar:
 - Una gestión financiera eficaz y económica; y
 - La adecuada protección de los bienes materiales que constituyen el activo de la Organización.
- b) Disponer que los pagos se efectúen contra la presentación de los oportunos justificantes y demás documentos acreditativos de que se han recibido las mercancías o las prestaciones correspondientes y de que todavía no se ha satisfecho su importe, a no ser que, con arreglo a las prácticas mercantiles

corrientes y en interés de la Organización, se hayan estipulado expresamente en los contratos condiciones de pago adelantado o pagos a cuenta;

- c) Designar a los funcionarios autorizados para recibir fondos, para contraer compromisos u obligaciones y para efectuar pago en nombre de la Organización;
- d) Mantener servicios internos de fiscalización financiera e intervención de cuentas que mediante la vigilancia eficaz o la revisión general de las transacciones financieras, o incluso mediante una y otra, aseguren:
 - La regularidad de las operaciones de recaudación, custodia y disposición de los fondos y demás recursos de la Organización;
 - La conformidad de los compromisos de gastos y las obligaciones con las asignaciones de créditos y con otras disposiciones financieras tomadas por la Asamblea de la Salud con los fines, normas y disposiciones del fondo de que se trate; y
 - El uso económico de los recursos de la Organización.

10.2 No se contraerán ningún compromiso de gastos u obligaciones ni se efectuará pago ninguno mientras no se haya expedido por escrito la oportuna autorización bajo la responsabilidad del Director General.

10.3 El Director General puede hacer los pagos graciables que considere necesarios en interés de la Organización. Las cuentas definitivas se presentarán acompañadas de una relación de esos pagos.

10.4 Después de practicadas todas las averiguaciones del caso, el Director General podrá autorizar la cancelación de partidas del activo en caso de pérdidas de numerario, suministro, equipo y otros elementos del activo, siempre que no se trate de atrasos de contribuciones. Las cuentas definitivas se presentarán al Comisario o a los Comisarios de Cuentas acompañadas de una relación de las partidas canceladas durante el ejercicio financiero como consecuencia de esos quebrantos.

10.5 El Director General establecerá normas para la adquisición de equipo, suministros y otros bienes necesarios, y para la apertura de licitaciones públicas

ARTÍCULO XI- CUENTAS E INFORMES FINANCIEROS

11.1 El Director General velará por que se lleven las cuentas necesarias y preparará respecto de cada ejercicio financiero estados definitivos de cuentas con indicación de los siguientes extremos:

- a) ingresos y gastos de todos los fondos;
- b) situación de las asignaciones de créditos, con indicación:
 - de la cuantía inicial de las asignaciones presupuestarias;
 - de los créditos suplementarios, si los hubiere;

- de los cambios habidos en la cuantía de las asignaciones por efecto de las transferencias, si las hubiere;
- de los créditos que no correspondan a asignaciones aprobadas por la Asamblea de la Salud, si los hubiere; y
- de las cantidades libradas contra las asignaciones y contra otros créditos si los hubiere.

c) situación del activo y del pasivo al cierre del ejercicio financiero.

El Director General facilitará asimismo todos los demás datos que sean necesarios para indicar la situación financiera de la Organización.

11.2 Se llevarán cuentas aparte apropiadas respecto de los Fondos de Depósito y Cuentas Especiales y de Reserva.

11.3 Al terminar el primer año del ejercicio financiero, el Director General preparará un informe financiero parcial sobre los hechos de importancia en el aspecto financiero que hayan influido en la Organización durante el año. Al terminar el segundo año del ejercicio financiero el Director General preparará un informe financiero definitivo correspondiente al ejercicio financiero, que contendrá los estados de cuentas definitivos preparados por el Director General en cumplimiento del Artículo 11.1 del Reglamento Financiero.

11.4 Las cuentas definitivas de la Organización se presentarán en dólares de los Estados Unidos. Los documentos contables podrán llevarse, sin embargo, en la moneda o las monedas que el Director General considere convenientes.

11.5 Las cuentas definitivas se presentarán al Comisario o a los Comisarios de Cuentas a más tardar el 31 de marzo siguiente al cierre del ejercicio financiero a que correspondan.

ARTÍCULO XII – INTERVENCIÓN EXTERNA

12.1 La Asamblea de la Salud, en la forma que por sí misma establezca, nombrará a uno o varios Comisarios de Cuentas que habrán de ser interventores generales del gobierno de un Estado Miembro o funcionarios de categoría análoga o de suficiente competencia. El nombramiento del Comisario o de los Comisarios de Cuentas sólo podrá revocarse por decisión de la Asamblea.

12.2 La intervención de las cuentas se hará con arreglo a las normas corrientes generalmente aceptadas en la materia a las atribuciones adicionales indicadas en el Apéndice del presente Reglamento y con sujeción a cualesquiera instrucciones especiales de la Asamblea de la Salud.

- 12.3 El Comisario o los Comisarios de Cuentas podrán formular observaciones acerca de la eficiencia de los procedimientos financieros, el sistema de contabilidad, la fiscalización financiera interna y, en general, la administración y la gestión de la Organización.
- 12.4 El Comisario o los Comisarios de Cuentas actuarán con absoluta independencia y serán exclusivamente responsables de la intervención de las cuentas.
- 12.5 La Asamblea de la Salud podrá pedir al Comisario o a los Comisarios de Cuentas que examinen determinadas cuestiones precisas y presenten informes por separado sobre los resultados.
- 12.6 El Director General dará al Comisario o a los Comisarios de Cuentas las facilidades que necesiten para el desempeño de sus funciones.
- 12.7 Con objeto de proceder a un examen local o especial o de efectuar economías en los gastos de intervención de cuentas, el Comisario o los Comisarios de Cuentas podrán contratar los servicios de cualquier interventor general (o funcionario de categoría equivalente) de un país, de auditores comerciales públicos de reconocido prestigio o de cualquier otra persona o empresa que, a su juicio, reúna las condiciones de competencia técnica necesarias.
- 12.8 El Comisario o los Comisarios de Cuentas presentarán un informe sobre la intervención de las cuentas definitivas preparadas por el Director General en cumplimiento del Artículo 11.1 del Reglamento Financiero y los cuadros correspondientes. En el informe formularán las observaciones que estimen oportunas respecto de las cuestiones mencionadas en el Artículo 12.3 y en las disposiciones sobre atribuciones adicionales.
- 12.9 Los informes del Comisario o los Comisarios de Cuentas, en unión de los estados de cuentas definitivos intervenidos, serán transmitidos por conducto del Consejo Ejecutivo a la Asamblea de la Salud, a más tardar el 1 de mayo siguiente al cierre del ejercicio financiero que correspondan los estados de cuentas definitivos. El Consejo Ejecutivo examinará el informe financiero parcial y el informe financiero definitivo y los informes de intervención y los transmitirá a la Asamblea de la Salud con las observaciones que estime oportunas.

ARTÍCULO XIII – RESOLUCIONES QUE IMPLICAN GASTOS

- 13.1 La Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo no tomarán ninguna decisión cuyo cumplimiento exija un desembolso, sin haber examinado un informe del Director General sobre las posibles consecuencias administrativas y financieras de la propuesta.
- 13.2 Cuando el Director General considere que no puede atenderse con las asignaciones disponibles, el gasto que implique una propuesta, no se efectuará el

desembolso mientras la Asamblea de la Salud no haya consignado los créditos necesarios, a no ser que certifique el propio Director General que la resolución de la Asamblea sobre gastos imprevistos y extraordinarios permite cubrirlo.

ARTÍCULO XIV – DELEGACIÓN DE ATRIBUCIONES

- 14.1 El Director General podrá delegar en otros funcionarios de la Organización las atribuciones que considere necesarias para la aplicación efectiva del presente Reglamento.

ARTÍCULO XV – DISPOSICIONES GENERALES

- 15.1 El presente Reglamento entrará en vigor el día en que lo apruebe la Asamblea de la Salud, salvo decisión de ésta en contrario, y sólo podrá ser modificado por ella.
- 15.2 En caso de duda sobre la interpretación o la aplicación de lo dispuesto en cualquiera de los artículos del presente Reglamento, el Director General queda autorizado para tomar la decisión que proceda, a reserva de que el Consejo Ejecutivo la confirme en la próxima reunión que celebre.

ARTÍCULO XVI – DISPOSICIONES ESPECIALES

- 16.1 El Director General, después de haber obtenido la confirmación del Consejo Ejecutivo, comunicará anualmente a la Asamblea de la Salud las normas de gestión financiera que establezca para aplicar el presente Reglamento y las modificaciones que introduzca en ellas.⁷⁰

Después de haber analizado la actividad financiera de la Organización Mundial de la Salud a través del Reglamento Financiero de la misma, se observa que el control del presupuesto (ingresos y egresos) con que contará la organización, correrá a cargo del Director General, aunque si bien es cierto que este lo someterá a la aprobación del Consejo Ejecutivo, y este a su vez a la Asamblea de la Salud, él será quien determine la forma en que será administrado el capital aportado por los países miembros. Es aquí donde surge la duda que ya se había planteado durante el desarrollo del presente trabajo de tesis, ¿hasta dónde existe una buena administración de los recursos financieros de la Organización Mundial de la Salud?

Es importante también señalar que mucho se ha hecho énfasis sobre la actuación de los organismos de salud a nivel mundial, pues se destaca la erradicación de enfermedades epidemiológicas, sin embargo, en los últimos tiempos han resurgido principalmente en países y regiones de bajos recursos; lo anterior resultó del estudio que se hizo en el presente trabajo, por lo cual se intentó ingresar a través de varios

⁷⁰ OMS. Documentos Básicos Ob. Cit. p.p. 77-88

medios a la información financiera que pudieran proporcionar, con el fin de observar la cantidad destinada a cada país miembro; sin embargo de acuerdo a la política de la propia Organización Mundial de la Salud, esa información es considerada "secreta" y no hay el medio de obtener un acceso a esa información.

Ahora bien, conforme a lo establecido en el Reglamento Financiero de la OMS, se pueden designar uno o varios Comisarios, los cuales serán elegidos entre los países miembros, estos mismos podrán tener acceso a las cuentas financieras, sin embargo uno de los puntos más importantes que se observa, es que el Comisario o Comisarios, tendrán acceso a la información requerida siempre y cuando la Asamblea de la Salud lo autorice, misma que tendrá la facultad de nombrar al o los Comisarios.

Continuando con el análisis, existe otra anomalía que es importante mencionar, y es el que la misma Asamblea de la Salud, será quien establecerá las áreas en donde sea necesaria la intervención del o de los Comisarios para proceder a una revisión, delimitando de esta forma la acción de los mismos, es decir, existirá de cualquier forma un control sobre la información financiera.

Sin embargo, al detectar el o los Comisarios alguna anomalía por parte del personal que tenga a su cargo los fondos de la Organización Mundial de la Salud, informará a la Asamblea de la Salud o al Director General, mismo que representa una inseguridad en cuanto a la actuación de éstos últimos, pues no se sabe hasta qué punto valorarán la situación correctamente y aplicarán las sanciones adecuadas y correspondientes.

De lo anterior se desprende que aparentemente, el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, protege la situación de la administración de las cuentas financieras para que tengan una aplicación correcta y sean destinadas a su fin; sin embargo todo se desprende de un solo origen como lo son el Director General o la Asamblea de la Salud, de quienes dependen todas las decisiones que en materia financiera se presenten, y lo anterior, aunado a la disposición de la información secreta, — pues como ya se mencionó no se pueden obtener datos acerca de las cuentas mencionadas — hacen que surja la idea de una probable mala funcionalidad de la organización en este rubro, pues aparentemente el Reglamento Financiero contempla toda la estructura necesaria para que la actividad financiera se encuentre totalmente cubierta de una seguridad jurídica y administrativa, sin embargo a través del estudio realizado con el presente trabajo de tesis se desprenden algunas dudas al respecto.

VIII. CREACIÓN DE UN ÓRGANO DE CONTROL FINANCIERO INDEPENDIENTE DE LA OMS

Retomando la idea plasmada en el punto anterior y haciendo hincapié sobre la actividad financiera de la Organización Mundial de la Salud, la cual se observa

deficiente, pues si bien es cierto que a través del tiempo se ha avanzado en el rubro de la salud mundial, también lo es el hecho de que ventilan situaciones extrañas al no permitir el acceso a la información financiera a fin de obtener datos que muestren la forma en que el capital financiero es destinado a cada país.

Es así que me surge la idea de sugerir la creación de un órgano de control financiero independiente de la Organización Mundial de la Salud, formado por profesionistas de los diversos estados miembros, para que de esta forma, al presentar el presupuesto el Director General, independientemente de que realice su aprobación la Asamblea de la Salud, sea sometida a este órgano la revisión de dicho proyecto así como de las cuentas financieras existentes en la organización.

La creación de este órgano, conllevaría por obvio a la reforma del Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, y asimismo de su propia Constitución.

El funcionamiento de este órgano se asemejaría al de una Contraloría de Estado, siendo dependiente directamente de la Organización de las Naciones Unidas, quien a su vez designaría al personal de la misma.

Dicho órgano tendría la facultad de aprobar el presupuesto solicitado por la Organización Mundial de la Salud, así como vigilar la correcta aplicación del mismo.

Podrá realizar auditorías y revisiones sobre los fondos financieros, emitiendo las normas en que se basaría dicho procedimiento.

Investigaría las faltas en que incurrieran los funcionarios encargados de la actividad financiera de la Organización Mundial de la Salud y determinará de esta forma la responsabilidad.

También tendría la facultad de recibir las quejas y denuncias de los países miembros de la OMS, respecto de los funcionarios.

En caso necesario, podrá proponer la ampliación, reducción o transferencia de los recursos que sean necesarios para el correcto funcionamiento de los objetivos de la organización.

Para poder llevar un mejor control, podrá solicitar a los funcionarios su declaración patrimonial.

Participaría en la designación del personal encargado de las cuentas financieras de la Organización Mundial de la Salud.

Lo anterior serían los términos generales que se proponen para que el órgano de control financiero externo basara su actividad; esto con la idea de sugerir que la Organización Mundial de la Salud cumpliera con sus fines de manera más eficiente y que se ventilara de manera más clara en que forma se distribuyen los fondos obtenidos a

través de los países miembros, así como demostrar que la cantidad destinada a cada país sea la adecuada conforme a las necesidades inherentes a su situación económica y social, y se trate de establecer una equidad en cuanto a niveles de salud mundial y los grados de ésta lleguen a ser los óptimos, tal y como lo establece la Organización Mundial de la Salud en su fin primordial.

CONCLUSIONES

1. Se tiene que buscar los mecanismos necesarios a efecto de que los individuos de la comunidad internacional se obliguen y asuman la responsabilidad de su salud, y para tal efecto la Organización Mundial de la Salud debe estructurar un medio informativo claro y preciso para dar a conocer a todos los estratos sociales de la población mundial todo lo relacionado con las causas de cualquier enfermedad en general.
2. Reincorporar, la Organización Mundial de la Salud al Reglamento Sanitario Internacional, la exigencia del comprobante de vacunación contra el cólera para los viajeros internacionales.
3. Promover a través de los estados miembros y de los acuerdos que se firmen con los estados no miembros de la Organización Mundial de la Salud, la creación de servicios de salud de alta calidad en donde tengan acceso todo tipo de individuos, sin importar su nivel socioeconómico.
4. La Organización Mundial de la Salud se debe obligar, a efecto de cumplir con su objetivo primordial, a destinar la ayuda económica necesaria para impulsar los sistemas de salud, en forma igualitaria a todos sus países miembros, sin importar la condición socioeconómica de determinado país.
5. Establecer, a través de los gobiernos miembros de la Organización Mundial de la Salud, foros médicos de participación cívica en todos los rincones del mundo.
6. Coadyuvar la Organización Mundial de la Salud con los gobiernos miembros, a buscar una forma de sancionar todo tipo de negligencia que se observe en los rubros de salud en general.
7. Anular el carácter de "secreta" a la información financiera y que se otorgue a esta información un carácter público.

8. Estructurar entre la Organización en estudio y sus estados miembros un programa encaminado a concertar una estrecha relación entre los avances sanitarios y el desarrollo económico, en específico para la región de América Latina.
9. Crear un órgano externo de control financiero de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de lograr una mejor transparencia en la aplicación de los recursos financiero de dicha organización.
10. Por consecuencia, reformar el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la salud, a fin de adecuar y regular la correcta actuación del órgano que se sugiere crear.

BIBLIOGRAFÍA

ABC DE LAS NACIONES UNIDAS. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Nueva York 2000. pp. 394.

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. 2ª EVALUACIÓN Y 8º INFORME SOBRE LA SITUACIÓN SANITARIA MUNDIAL. DOC. EB89/10. Ginebra Suiza. OMS 1991.

Arellano García, Carlos. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 2ª Edición. Editorial Porrúa. México, 1993. pp. 820.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Volumen 110. Mayo, 1991, y Volumen 119 Mayo y Junio 1995.

BOLETÍN MENSUAL DEL CENTRO DE INFORMACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA MÉXICO, CUBA Y REPÚBLICA DOMINICANA. México, 2000. pp. 26.

CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD AL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO. Informe del Comité Internacional de Expertos en Ciencias médicas y salud pública. DOC.A36/13. Ginebra, Suiza. OMS, 1983.

Diez de Velasco Vallejo, Manuel. INSTITUCIONES DE DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 7ª Edición. Editorial Tecnos. Madrid, 1990. pp. 496.

Fernández-Flores, José Luis. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. Editoriales de Derecho reunidas. Madrid, 1980. pp. 855.

GLOBAL REVIEW OF THE ECONOMIC SITUATION AND IT' REPERCUSSIONS ON HEALTH STATUS. Health care services and polceces. DOC.EB83/INF.DOC/1. Ginebra, Suiza.

INFORME SOBRE LA VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS REGIONALES DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. DOC.CD33722 REV.1 (ESP). Washington, D. C. E.U.A. OPS.

Klinger, Irene. EL ROL DE LA SALUD EN LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA EN AMERICA LATINA. Washington, D. C. E.U.A. OPS, 1988.

LA SALUD EN LAS AMERICAS. Edición 1988. Volumen I y II. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington, 1998.

LOS DIEZ PRIMEROS AÑOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Publicado por la Organización Mundial de la Salud. Palacio de las Naciones. Ginebra, Suiza, 1958.

Luard, Evan. ORGANISMOS INTERNACIONALES. EL MARCO NACIENTE DE LA INDEPENDENCIA. 1ª Edición. Editorial el Manual Moderno, S.A. México, 1979. pp. 375.

Llanes Torres, Oscar B. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 1ª. Edición. Editorial Orlando Cárdenas Editor y Distribuidor. México, 1984. pp. 530.

Medina, Ortega, Manuel. LA ONU: SU ESTRUCTURA Y FUNCIONES. Editorial Tecnos. Madrid, 1969. pp. 199.

Miña de la Muela, Adolfo. INTRODUCCIÓN AL DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 5ª Edición. Editorial Gráficas Yagues. Madrid, 1979. pp. 702.

NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS. Volumen 4. México COPLAMAR, Presidencia de la República. Editorial Siglo XXI. 3ª Edición, 1985.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DOCUMENTOS BÁSICOS. Publicado por la Organización Mundial de la Salud. Palacio de las Naciones. Ginebra, Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Publicado por la División de Información de la Organización Mundial de la Salud. Palacio de las Naciones. Ginebra, Suiza.

Ortiz Ahlf, Loretta. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 2ª Edición. Editorial Harla. México, 2000. pp. 530.

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1988-1991. DOC.Of 210. Washington, D.C. OPS.

REPERCUSIONES DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA MUNDIAL. Informe del Director General. DOC.A39/4. Ginebra, Suiza. OMS, 1986.

Roemer, Milton I. ECONOMÍA Y POLÍTICA DE LA SALUD. CRÓNICA DE LA OMS. No. 34. Ginebra, Suiza. OMS, 1983.

Rousseau, Charles. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 3ª Edición. Ediciones Ariel. Barcelona, 1996. pp. 747.

Seara Vázquez, Modesto. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 19ª Edición. Editorial Porrúa. México, 2001. pp. 806.

Seara Vázquez, Modesto. TRATADO DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL. 1ª Edición. Fondo de Cultura Económica. México, 1982. pp. 1066.

Sepúlveda, César. DERECHO INTERNACIONAL. 22ª Edición. Editorial Porrúa. México, 2000. pp. 746.

Soberón Acevedo, Guillermo y otros. LA SALUD EN MÉXICO. Testimonio 1988. Fundamento del cambio estructural. Tomo I. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1988.

THE WORLD ECONOMIC CLIMATE AND ITS IMPLICATIONS FOR HEALTH FOR ALL STRATEGIES, Ginebra, Suiza. OMS, 1988.

Verdros, Alfred. DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO. 6ª Edición. Editorial Biblioteca Jurídica Aguilar. España, 1976. pp. 620.