



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

“La cooperación internacional en salud: evaluación,
seguimiento, retroalimentación y restricciones
financieras en la aplicación de la Estrategia
de Salud Para Todos en México (1980-2000).”

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN RELACIONES
INTERNACIONALES
P R E S E N T A:
ALINE VILLEGAS CEDILLO

DIRECTORA:

DRA. MA. DE LOURDES SÁNCHEZ MENDOZA



CIUDAD UNIVERSITARIA MÉXICO, D.F., JUNIO 2004



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.

Aline Villegas
Cedillo
30-06-04
Aline

UNIVERSIDAD SALVADOREÑA
LA BIBLIOTECA

Dedico este trabajo

A Magdalena

**Quien con su infinita capacidad de amar me demuestra que es
justamente el amor la base de todo proyecto de vida**

A Octavio

Para quien aprender es siempre una constante

A Yami y Tania

Con quienes la infancia fue la mejor de las aventuras

A Ben

**Mi amigo, mi compañero, mi apoyo y para quien la vida es
siempre un feliz reto**

A Alexander

Por su pasión por la ciencia

A la Dra. Ma. de Lourdes Sánchez Mendoza

Mi asesora, por su paciencia.

A Héctor, Ricardo y Ángeles

Por su amistad

*“Un mapa del mundo que no incluya la utopía,
no vale la pena mirarlo”*

Oscar Wilde

ÍNDICE

Introducción	1
1. La Organización Mundial de la Salud (OMS), como promotora de la salud internacional.	6
1.1. Antecedentes de la cooperación internacional en materia de salud	8
1.2. Diversos actores no gubernamentales en la cooperación internacional en salud	18
1.3. Tendencias en la salud internacional	21
1.3.1. La atención primaria a la salud	25
2. La Estrategia de Salud Para todos en el año 2000 (ESPT2000), de la Organización Mundial de la Salud	28
2.1. Los elementos esenciales de la ESPT2000	31
2.2. Mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación en la ESPT2000	33
2.3. Aspectos financieros de la ESPT200 de la Organización Mundial de la Salud	36

3	México : La aplicación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000	39
3.1	La participación de México en el diseño de la ESPT2000 y sus compromisos	42
3.2	El contexto nacional	46
3.3	El papel del Banco Mundial en el financiamiento	51
3.4	Evaluación del desempeño de la ESPT2000 en México	55
	Conclusiones	59
	Glosario de siglas y conceptos	64
	Anexo 1. Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000, Región de las Américas	66
	Anexo 2. Indicadores generales de las condiciones de salud en México	83
	Bibliografía	90

Introducción

Hoy en día se reconoce la necesidad de la cooperación global y el liderazgo de las organizaciones internacionales para resolver los grandes problemas que aquejan a todos y cada uno de los países del mundo y la salud es uno de ellos; en estos términos, cada nación, rica o pobre, debe reconocer que no puede refugiarse en la esfera doméstica o deslindarse de su responsabilidad global para buscar resolverlos.

En este sentido, la cooperación internacional, principalmente la que se enfoca a promover el desarrollo económico y social, debe ocupar un papel relevante en las Relaciones Internacionales como instrumento fundamental de las naciones para dar solución a los dilemas que presenta el siglo XXI. Sin embargo, para lograr que la cooperación en sí misma sea eficaz, debe contemplar las características políticas, económicas, sociales y culturales propias de cada país e instrumentar las acciones basándose en los principios de co-responsabilidad, co-participación, co-financiamiento, no condicionalidad y pleno respeto a las prioridades nacionales y bajo una responsabilidad común pero diferenciada entre países desarrollados y en desarrollo.

La mayoría de los planes de acción globales y de cooperación internacional han sido formulados en las conferencias internacionales; en contraste, la Estrategia Global de Salud para Todos en el año 2000 (ESPT2000), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretendió iniciar su diseño a partir de los países, para luego avanzar hacia las regiones y culminar en el nivel global, donde el ciclo se completa estableciendo los mecanismos operativos y de cooperación.

Con el lanzamiento de la ESPT2000 se intentó crear un sistema que fuera lo suficientemente amplio para abarcar las necesidades de los Estados miembros de todas las regiones e igualmente flexible para permitir la adaptación de las estrategias nacionales y regionales.

Así, la ESPT2000, es el resultado de una serie de tendencias y de ideas que han evolucionado en torno a la salud, lo que la hace un objeto de estudio importante, en términos de su trascendencia en las formas de cooperación internacional en esta materia. Aunque ya existen puntos de acuerdo, permanece una falta de consenso sobre una amplia gama de asuntos y sobre el cómo abordarlos, por ejemplo, los mecanismos de evaluación,

seguimiento y retroalimentación, así como los de financiamiento, que son instrumentos a través de los cuales es posible concretar un proyecto de cooperación internacional.

La solución a estos asuntos y la cuestión de quien los resuelve, determinará la forma en la que en el futuro se desarrollará la cooperación global en salud.

La OMS comprometió a todos los Estados miembros en el proceso de la formulación de estrategias nacionales, mismas que sentarían las bases de la estrategia global, la cual serviría como guía para el seguimiento y evaluación de los logros a escala nacional.

La estrategia global, por otro lado, permitiría establecer las líneas de acción en los niveles operativos y de política nacional e internacional tanto en el sector salud, como en otros sectores sociales y económicos necesarios para alcanzar los objetivos planteados.

La ESPT2000 fue adoptada unánimemente por todos los Estados miembros de la OMS y se comprometieron a incluir la atención primaria a la salud en sus políticas nacionales con el fin de alcanzar la cobertura de los servicios básicos a toda su población.

En el periodo que se estableció para que la ESPT2000 se desarrollara y aplicara, es decir a partir de 1980 hasta el año 2000 y durante las reuniones que se realizaron para la revisión de los avances a nivel regional como global, se reconoció que había mejorado la situación sanitaria en términos generales, sin embargo los resultados no fueron los esperados.

Los escasos avances de la estrategia a nivel mundial se han atribuido a la falta de voluntad política de los países para implantarla y a que el concepto de la atención primaria a la salud fue interpretado de diferentes maneras por las burocracias locales ya que el diseño de las políticas nacionales se realizó sin contemplar las necesidades de la salud en las comunidades.

A pesar de que estas son razones que pueden justificar los escasos logros de la ESPT2000, el presente estudio intenta demostrar que dos elementos fundamentales adicionales dificultaron que los resultados fueran los esperados. Primero, las restricciones en los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación, referentes a la responsabilidad asumida por los gobiernos frente al desarrollo de la ESPT2000. Los países en desarrollo no tienen la capacidad de proporcionar datos confiables para hacer la evaluación y el seguimiento, ni los canales que propiciarán la retroalimentación de la

estrategia, no solamente por que no contaban con una infraestructura competente de información en salud, sino también por que en la ESPT2000 no se dimensionó la importancia de identificar y establecer los mecanismos operativos y de cooperación internacional necesarios para resolver los problemas que los países enfrentaban; en este sentido, mientras que la OMS estaba en posibilidad de cambiar significativamente el contexto normativo en el cual los países desarrollaban las políticas de salud, no fue capaz de establecer los mecanismos efectivos de evaluación, seguimiento y retroalimentación en salud a nivel internacional. Segundo, las restricciones en el financiamiento. El problema de los recursos rebasó al sector salud y comenzó a ser una seria limitación en los campos social y de salud en todo el mundo. La pobreza y la desigualdad continuaron creciendo, de tal manera que los mecanismos implantados por los gobiernos fueron insuficientes y se esperaba que los mecanismos de cooperación internacional facilitaran el acceso a recursos privados externos. Los países buscaban encontrar opciones de financiamiento para atender sus problemas y una guía sobre las reglas del juego en el nuevo ambiente global sin embargo, la OMS enfrentó serias limitaciones en su capacidad para diseñar soluciones así como de financiamiento. Fue en este punto, en el que el Banco Mundial intervino en la escena como un árbitro en el desarrollo de normas para la salud con una combinación de dinero, prestigio y poder que la OMS no pudo superar.

México, se comprometió a alcanzar los objetivos de la ESPT2000 y participó activamente en el diseño de la misma; fue también uno de los estudios de caso representativos por parte de la región de las Américas por su postura frente a la reorganización de prestación de servicios de salud y la formación, actualización y perfeccionamiento de los recursos humanos para llevar a cabo la misión.

Es también un ejemplo de las limitaciones que tenían los mecanismos de cooperación internacional; en lo que respecta a los de seguimiento, evaluación y retroalimentación, México no disponía de un mecanismo de generación de datos confiable, y en ese sentido la capacidad de planeación y de acción se vio seriamente limitada, sobre todo en la asignación de recursos para el logro de los objetivos de la estrategia.

De tal forma y dado que los recursos dirigidos a la infraestructura sanitaria han estado lejos de alcanzar el nivel óptimo para resolver las enormes diferencias y desigualdades existentes entre estados y regiones del país, México se vio obligado a buscar

fuentes de financiamiento ajenas a las que proponía la estrategia, haciendo que los mecanismos de financiamiento planteados fueran rebasados.

Por otro lado, la crisis económica que ha vivido el país desde principios de los ochenta y contemplando que sería indispensable resolver el agobiante problema de la deuda externa, permite suponer que la atención de las condiciones de salud de los mexicanos continuarán siendo difíciles en los próximos años.

En este escenario, es necesario evaluar el papel que el Banco Mundial jugó en la disposición de recursos hacia México para resolver los problemas de salud en el transcurso de la aplicación de la ESPT2000.

Así, el objetivo de este trabajo es estudiar la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la Organización Mundial de la Salud como política global, su diseño, su aplicación y su trascendencia en términos de cooperación internacional, así como analizar la importancia de los mecanismos de evaluación, seguimiento, retroalimentación y de financiamiento en la aplicación de ésta estrategia, particularmente en el caso de México, durante el período de 1980 al 2000. Tomando en cuenta la trayectoria de la cooperación internacional, particularmente en el diseño de las políticas internacionales de salud, los distintos actores y el contexto mundial en el que se desarrollan. Analizando la importancia de establecer una política global de salud, como es la ESPT2000 de la OMS, los conceptos en los que se fundamenta y los mecanismos de cooperación internacional que se plantean, principalmente los de evaluación, seguimiento y retroalimentación, así como los de financiamiento, para hacer viable y factible la aplicación de esta política a nivel nacional, regional y global.

Estudiar, así como revisar y analizar el caso de México como ejemplo de las limitantes, en la disposición y distribución de recursos, en la posibilidad de generar los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación hacia la OMS, para cumplir con los objetivos planteados nacional, regional y globalmente.

Esta investigación pretende demostrar que la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud, como política de cooperación internacional a nivel global, no estableció los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación, ni los de financiamiento y movilidad de recursos que los países

requerían, por lo que los objetivos que la ESPT2000 pretendía lograr en los niveles nacional, regional y global no pudieron ser alcanzados.

Así, en el primer capítulo se desarrolla desde un punto de vista histórico la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), misma que obedeció a la necesidad de incluir la salud como un elemento indispensable para el desarrollo económico de los Estados miembros, así como el desarrollo histórico de la cooperación internacional en el campo de la salud.

En el segundo capítulo se desglosan los elementos esenciales de la Estrategia identificándola como una innovación en términos de cooperación internacional que puede servir como modelo para abordar otros temas de alcance global no solamente el de la salud.

En el tercer y último capítulo se estudia el caso de México como un ejemplo que evidencia que dicha estrategia no contempló los asuntos de financiamiento que los países tendrían que enfrentar a nivel local, ocasionando que se recurriera al financiamiento externo.

En general, este trabajo de investigación constituye un primer esfuerzo en la tarea de identificar los elementos que han impedido la creación de una estrategia de cooperación internacional para atacar los problemas que afectan a todo el mundo, elementos que tienen que ver con la voluntad política de los gobiernos por instrumentar acciones que lleven a conseguir un mejor nivel de vida de sus poblaciones, con la importancia de incluir a otras organizaciones no gubernamentales y en general de establecer una red de instituciones que con su experiencia y la diversidad de enfoques de los problemas sociales permita el diseño, la aplicación y el seguimiento de las políticas oficiales. Y con la necesidad de identificar y fomentar el liderazgo de las organizaciones mundiales, en el sentido de procurar una gobernabilidad equitativa y justa a nivel mundial, regional y nacional.

1. La Organización Mundial de la Salud, como Promotora de la Salud Internacional.

La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), obedeció a la necesidad de incluir la salud como un elemento indispensable para el desarrollo económico de los Estados miembros.

A lo largo de la historia de la humanidad la presencia de las enfermedades se puede ubicar, en algunos casos, en el lugar geográfico específico donde se origina, posteriormente se presenta un proceso de diseminación, el cual, dadas ciertas condiciones ecológicas, climatológicas, geofísicas e incluso culturales, rebasa los límites artificiales que el hombre impone a sus jurisdicciones de gobierno.

La lepra, la peste, la tuberculosis, la fiebre amarilla, el paludismo y ahora el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), son muestra de cómo las enfermedades no tienen frontera.

El intercambio de mercancías y personas se ha identificado como una de las causas principales de la diseminación de enfermedades infecciosas a lo largo de las rutas de navegación, lo que ha estimulado la acción binacional y multilateral para contener las epidemias a través del establecimiento de medidas de aislamiento. Así por ejemplo, los orígenes del Consejo Egipcio de Aislamiento, cuyo surgimiento respondió más a intereses comerciales que de salud pública, se remontan a 1831.¹

Vista desde el ángulo de su curación, y más adelante su prevención, la respuesta social organizada tampoco tiene fronteras. La historia de la medicina nos muestra curas que distintos pueblos del mundo aplicaron para combatir las enfermedades. En otra perspectiva, el conocimiento científico y la tecnología en Medicina también se dispersan rápidamente más allá de las fronteras del país donde se generan.

Así, surge el concepto de salud internacional que se entiende como el conjunto de actividades en salud que trascienden el área de responsabilidad de un país para que, por

¹ Julio Frank, Chacon F. "Bases conceptuales de la Nueva Salud Internacional", en *Salud Pública de México*, Vol. 33, No. 4, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Julio - Agosto de 1991, pp 308

acuerdos mutuos con otros países de tipo bilateral, subregional, regional y mundial pasen a ser compartidos en todos sus componentes por uno o más países.²

La salud de las poblaciones es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Desde esta perspectiva, la salud internacional adquiere cada vez mayor importancia debido principalmente a la creciente complejidad de las relaciones económicas, políticas y sociales internacionales, que a su vez implican cambios en los perfiles epidemiológicos de la población y transformación en los sistemas de salud.

En este sentido la salud internacional, vista en forma amplia, se refiere también a la serie de cambios interrelacionados y complejos tanto en la dinámica de las relaciones internacionales de tipo económico y político como en los patrones de las condiciones y los sistemas de salud en el mundo.³

La manera en que se concibe la salud internacional refleja el reordenamiento que está sufriendo la sociedad internacional. Así, diversos organismos internacionales, unos de carácter gubernamental y otros que no lo tienen, han sido creados con el propósito de asegurar la cooperación entre gobiernos e instituciones públicas o privadas en materias afines para aumentar el desarrollo y el bienestar social.

Estas circunstancias llaman a la colaboración entre las naciones. Así surgen la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la UNICEF, entre otros, como clara expresión de la potencialidad de unir voluntades, recursos y esfuerzos en proyectos de trascendencia internacional.

La OMS es un organismo multinacional que tiene como finalidad alcanzar el grado más alto posible de salud para todos los pueblos. Para ello, en cada uno de sus ámbitos de competencia, actúa como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional y colabora con las Naciones Unidas y sus organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad y con organizaciones profesionales y afines. Su historia está llena de programas específicos de acción para el combate de las enfermedades,

² Guillermo Soberón, M.C., Cuauhtémoc Valdés, M.C., Octavio de Caso, M.C. "La salud sin fronteras y las fronteras en la salud", en *Salud Pública de México*, Vol.31, No.6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, noviembre-diciembre de 1989 pp 818

³ Frenk op.cit Bases conceptuales . pag.309

el intercambio de tecnologías aplicables y el apoyo recíproco entre naciones para la solución de problemas que solo pueden ser superados mediante una efectiva acción concertada a nivel mundial.

1.1 Antecedentes de la cooperación internacional en materia de salud.

En términos generales, la cooperación significa la acción conjunta de dos o más partes para la consecución de objetivos comunes. En ese sentido, implica la concertación y la realización de acciones de por lo menos dos participantes, ya sean individuos, comunidades, instituciones, países u organismos internacionales con objetivos comunes y en busca de un beneficio relativo para los mismos.⁴ Así, podemos decir que la cooperación internacional es entendida como la interacción entre los Estados u organismos internacionales y que su campo de acción es ilimitado ya que se da tanto en los ámbitos político y económico como en los sociales y culturales.

En cuanto a las modalidades como ésta se manifiesta, se ha reconocido que no existe una clasificación homogénea. Las modalidades que se han identificado, han sido a partir de criterios basados en acciones de colaboración muy específicas, como las que se dan en la cooperación técnica internacional. No obstante, cuando se consideran las dimensiones en las que se plantea a la cooperación internacional para el desarrollo, es posible identificar diversas modalidades, mismas que responden básicamente al hecho de si involucra actores iguales o desiguales, o sea, a partir del reconocimiento del nivel de desarrollo de cada uno de los participantes. Tales modalidades han sido clasificadas en términos generales de la siguiente manera⁵:

- 1) De acuerdo a las áreas, la cooperación puede ser política, económica, social, cultural, etc.; a su vez estos tipos de colaboración pueden combinarse y conformar

⁴ Alfredo Pérez Bravo, Iván Sierra. La cooperación técnica internacional. La dinámica internacional y la experiencia mexicana. Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, PNUD, SER, Instituto Mexicano de Cooperación Internacional, México, D.F., Diciembre 1998, pp 19

⁵ Ernesto Soria Morales. La cooperación internacional para el desarrollo y la política mexicana en la materia: evolución y perspectivas. Tesis para obtener el título de Licenciado en Relaciones Internacionales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1999., pp. 14.

modalidades más complejas de colaboración como la militar, judicial, financiera, comercial, técnica, científica, educativa, etcétera.

- 2) De acuerdo al número de partes involucradas, la cooperación puede ser: bilateral, multilateral, regional, subregional.
- 3) De acuerdo a la naturaleza de los actores, puede ser gubernamental, no gubernamental y mixta.
- 4) De acuerdo al costo de las acciones de colaboración, puede ser reembolsable y no reembolsable.
- 5) Tomando en cuenta el nivel de desarrollo de las partes, puede ser vertical y horizontal, y basándose en este mismo criterio de acuerdo al énfasis en su beneficio se le distingue como donadora, receptora y colectiva.

La cooperación internacional tiene un enfoque dirigido hacia la posible solución de problemas que afronta la sociedad internacional en su conjunto, siendo los del desarrollo y el bienestar social de los pueblos los que producen una gran preocupación en la comunidad internacional debido a las crecientes desigualdades que existen entre los países y al interior de estos.

Como expresión a esta problemática en particular, surgió el concepto de cooperación internacional para el desarrollo el cual es mucho más concreto ya que se refiere al abordaje particular de las formas de cooperación dirigidas a reducir los niveles de desigualdad entre países y al interior de estos, a través de acciones, proyectos, programas o convenios de colaboración establecidos por dos o más actores internacionales con la finalidad de promover el progreso, fortalecer la capacidad de desarrollo económico y contribuir a elevar el nivel de vida de la población de la parte receptora, y al mismo tiempo generar beneficios para la parte oferente. Así, la cooperación para el desarrollo comprende desde acciones de ayuda, asistencia y colaboración técnica, transferencias de recursos financieros a través de donativos, préstamos blandos y créditos; hasta la transferencia de conocimientos y tecnología e incluso el acceso a mercados e inversiones⁶

⁶ véase en: <http://www.oecd.org/dac/html/glossary.htm>. Development Assistance Committee, Glossary from Development Co-operation Report: Efforts and Policies of Members of the Development Assistance Comité

A partir de este contexto de cooperación internacional para el desarrollo, es importante establecer que para la instrumentación de una política eficaz, no debe concebirse a la cooperación internacional como una fuente de financiamiento complementaria ni como una práctica asistencial de los países desarrollados hacia los países en desarrollo, sino como un instrumento relevante en el proceso de integración y desarrollo económico de los países en desarrollo al entorno de la mundialización.

Es decir, una política de cooperación integral que tome en cuenta la participación de los nuevos actores internacionales así como la posibilidad de ejecutar acciones dirigidas a lograr niveles más altos de desarrollo.

La salud es algo más que la mera ausencia de enfermedades o incapacidades, que permite a los individuos desarrollar plenamente su potencial, a un estado de bienestar físico mental y social completos, de tal forma, que se identifica a la salud, particularmente en este trabajo, como el punto clave en el amplio escenario de los elementos a partir de los cuales se aborda el tema del desarrollo económico y social de los países, y como tal, la necesidad de establecer políticas integrales de cooperación internacional en la materia.

La cooperación entre países en materia de salud tiene una larga historia que se inicia a partir del siglo XIX, misma que no ha estado exenta de experimentar las transformaciones que a lo largo de la historia ha vivido la cooperación internacional en todos los ámbitos. En la tabla 1 se enlista su desarrollo desde sus inicios hasta finales de los años ochenta.

Lo que hoy conocemos como la Organización Panamericana de la Salud es el organismo precursor, su origen se remonta a 1851 con la celebración de la Conferencia Sanitaria Internacional realizada en París⁷, pero fue hasta 1880 que, con la celebración de la V Conferencia en Washington, se buscó establecer un sistema internacional de notificación en cuanto a la situación sanitaria en puertos y plazas fronterizas.

⁷ Pocos fueron los resultados de esta conferencia ya que se desconocía la causa del cólera. Aunque sus efectos eran evidentes, en más de la mitad de los casos, en la época, era una enfermedad mortal. Esta epidemia, conocida en Asia desde tiempos remotos, llegó por primera vez a Europa en 1817, donde produjo seis pandemias sucesivas que duraron todo un siglo. Véase en "A través de la Acción Mancomunada, en La OPS en acción hoy día: El caso del Cólera" en, Bulletin Office Sanitary Panamerican Vol.1135, Nos 5-6, Organización Panamericana de Salud, Washington, 1992, p 374

Tabla I

Historia de la Cooperación Internacional en Salud			
1830	El Cólera Infecta Europa	1943	La creación de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas, UNRRA, por sus siglas en inglés, con su división en Salud.
1851	Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París, francesa en crear una convención sanitaria internacional	1945	La Conferencia de Naciones Unidas sobre la organización internacional en San Francisco, decide establecer una nueva y autónoma organización internacional de salud
1874	Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, Viena. Se propuso una Comisión internacional permanente en Epidemiología, la cual no fue adoptada.	1946	La Conferencia Internacional de Salud en Nueva York, aprueba la constitución de la Organización Mundial de la Salud, transfiriendo las funciones y el personal de la Organización de la salud de la Liga de Naciones a la OMS. Es el término también de la UNRRA.
1881	Quinta Conferencia sanitaria internacional en Washington. Primera conferencia en la que participa Estados Unidos, segunda de una severa epidemia de cólera y fiebre amarilla en Norte América. Se propuso un sistema internacional de notificación, que no fue adoptado	1948	Primera Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra.
1892	Séptima Conferencia Sanitaria Internacional, Venecia. Es la primera convención internacional efectiva	1951	Se adoptaron las regulaciones sanitarias internacionales reemplazando a las convenciones sanitarias internacionales
1893	Octava Conferencia Sanitaria Internacional, Dresden. Se firmó una convención general contra el cólera	1969	Esas regulaciones se renombraron Regulaciones Internacionales de Salud, para tratar el cólera, peste, viruela y la fiebre amarilla
1897	Décima Conferencia Sanitaria Internacional, Venecia. Se firmó una convención sobre la peste	1973	Elección del Dr. Halfden Muhler como Director General de la OMS. El consejo ejecutivo concluye con que existe una insatisfacción general con los servicios de Salud. La Asamblea Mundial de la Salud decide que la OMS debería colaborar con los Estados miembros en el desarrollo de líneas de acción para los sistemas nacionales de atención a la salud
1901-	Segunda conferencia internacional de los Estados	1974	Se lanza el programa sobre inmunización contra la

1902	Americanos, en la Ciudad de México. Se crea la Oficina Sanitaria Panamericana, PASB, por sus siglas en inglés.		poliomielitis, difteria, tétanos, sarampión, tos ferina y tuberculosis
1902	Primera Conferencia Sanitaria Panamericana en Washington. Se formaliza el PASB, principalmente para el intercambio de información y el reporte de enfermedades en cuarentena. Este es el antecedente de lo que sería hoy la Organización Panamericana de la Salud, quien funge como Oficina Regional de la OMS	1977	La Asamblea Mundial de la Salud establece la meta de Salud Para Todos en el año 2000. La OMS lanza el programa de medicamentos esenciales.
1907	Se establece la oficina Internacional d'Hygiène Publique (OIHP). Es la primera organización internacional de salud, encargada principalmente del aislamiento de las enfermedades contagiosas.	1978	La OMS y la UNICEF, en la Conferencia Internacional en Alma Ata, URSS, declara que la Atención a la Salud Primaria es la llave para lograr la Salud Para Todos.
1919	Se crea la Liga de Naciones, encargada entre otras cosas en tomar acción en la prevención y control de enfermedades de interés internacional	1979	La Asamblea General de la ONU y la Asamblea Mundial de la Salud reafirman que la Salud es una herramienta poderosa para el desarrollo socioeconómico y la paz. Una comisión global certifica la eradicación a nivel mundial de la viruela, el último caso natural conocido ocurrió en 1977.
1926	La tercera conferencia sanitaria internacional, París. Establece una tipología básica y moderna de las regulaciones en salud.	1981	La Estrategia Global de Salud Para Todos en el año 2000 fue adoptada por la Asamblea General de la ONU
1938	Catorceava y última Conferencia Sanitaria Internacional, París	1987	Se lanza el programa sobre SIDA

Fuente: Paul F. Basch. "A Historical Perspective on International Health", on Infectious Disease Clinics of North America. Vol.5, No 2, Ed. Elsevier, USA, Junio 1991. pp.183-196

En ese momento comenzaba a perfilarse el movimiento en pro de la cooperación interamericana. En 1890 la Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en Washington, D.C., había establecido la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas -- hoy la Organización de los Estados Americanos-- con el propósito inicial de recopilar y divulgar información comercial. La Segunda Conferencia, celebrada en la Ciudad de México de octubre de 1901 a enero de 1902, recomendó que la Oficina Internacional convocara una convención general de representantes de las oficinas

de salubridad de las Repúblicas Americanas para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones sobre salud. La convención general también debería designar una junta ejecutiva permanente con un máximo de cinco miembros que se denominaría "Oficina Sanitaria Internacional" y tendría su sede en Washington, D.C.

La primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, cuya finalidad era asegurar una cooperación eficaz para el fomento de la Salud en las Américas, se celebró en Washington, D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902 con la participación de representantes de 11 países. Aun cuando esa reunión y otras posteriores fueron denominadas inicialmente convenciones internacionales, siempre tuvieron un ámbito regional y con el tiempo se denominaron conferencias, con lo que ésta fue la primera de una larga serie de Conferencias Sanitarias Panamericanas generalmente celebradas cada cuatro años.

En 1907 un grupo de países predominantemente europeos, durante una reunión de la Conferencia Sanitaria Internacional en Roma, Italia, firmaron un acuerdo para establecer la Oficina Internacional de Higiene Pública⁸, con sede en París.

Por aquellos años, nuevos conocimientos sobre la patología y la epidemiología de enfermedades tales como el cólera, la peste y la fiebre amarilla, subrayaron la importancia fundamental que para la solución de este tipo de problemas tenían los servicios de salud bien organizados en los países. De ahí que el énfasis en la cuarentena ante las enfermedades transmisibles paulatinamente se transformó en un control activo y la lucha contra los brotes epidémicos, basándose en la organización de servicios adecuados de salud y la educación sanitaria de la comunidad.

En la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en San José, Costa Rica, de diciembre de 1909 a enero de 1910, se reflejó una mejoría en la salubridad internacional y un mayor interés por la salud general. De ahí en adelante estas reuniones dejaron de estar única o primordialmente interesadas en medidas de cuarentena y pasaron a considerar temas tales como la vacunación contra la viruela, las campañas contra la malaria y la tuberculosis, la legislación sanitaria regional y el estudio con base científica de las

⁸ El nombre original del organismo es L'Office International d'Hygiène Publique, en francés; para efectos de este trabajo se seguirá mencionando en su traducción al español.

enfermedades tropicales, dándole mayor auge a la parasitología y a la anatomía patológica, las investigaciones de laboratorio en medicina tropical y patología general.

Al terminar la primera guerra mundial, las circunstancias eran propicias para una nueva era de progreso en la cooperación en la esfera de salud. El conocimiento científico sobre la causa y la propagación de muchas enfermedades infecciosas había avanzado lo suficiente para empezar a controlarlas y los gobiernos estaban concientes de la urgencia de establecer servicios que preservaran la salud pública.

El continente americano experimentó un período de crecimiento económico acelerado durante la década de 1920, como resultado de una espectacular expansión de la agricultura y la industria. Mientras que Europa quedaba a la zaga recuperándose de la destrucción producida por la primera guerra mundial, el desarrollo social y económico en la región provocó un incremento sin precedentes en las comunicaciones, el comercio marítimo, la construcción de vías férreas y carreteras, y los viajes en avión. El reconocimiento de que la mano de obra era el elemento indispensable para el desarrollo llevó a los países a preocuparse cada vez más por asegurar la salud de su fuerza laboral.⁹

A principios de 1920 y durante todo el intervalo entre las dos guerras mundiales, coexistieron tres entidades internacionales de salud: La Oficina Internacional de Higiene Pública en París, la Sección de Salud de la Liga de Naciones lanzada en 1920 en Londres y la Oficina Sanitaria Panamericana. Con el tiempo solo esta última sobreviviría y prosperaría.

En la Conferencia Interamericana de Consolidación de la Paz (Buenos Aires, diciembre de 1936), los participantes tomaron nota de los progresos ya efectuados y de los planes de acción futura de la Oficina Sanitaria Panamericana, particularmente de los relativos al mejoramiento de la salud y bienestar de los pueblos americanos, a su progreso en materia de higiene municipal y rural, de nutrición y de vivienda, de servicios de agua y de desagües y del control de las enfermedades infecciosas e industriales. También reconocieron “que la obra de cooperación efectiva entre las naciones americanas en materia sanitaria, facilita su intercomunicación e inteligencia mutua, evita demoras y trabas al comercio internacional, y que ya se han obtenido resultados considerables en tal terreno”.¹⁰

⁹ Organización Panamericana de la Salud op. cit. pag 387

¹⁰ idem

Hacia finales de la década de 1930, y a pesar de que el mundo estaba a punto de afrontar otra guerra, las relaciones internacionales en el campo de la salud eran sumamente positivas. Prueba de este espíritu de cooperación fue el interés declarado de la Sección de la Liga de Naciones, en 1939, por explorar "...la posibilidad de establecer una cooperación más estrecha con la Oficina Sanitaria Panamericana".¹¹

Con miras a formalizar esa cooperación, un gran número de ellos se reunió en San Francisco en 1945 para crear las Naciones Unidas. En esa conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, los delegados de Brasil y China recomendaron que se convocara una conferencia regional en el plazo de unos cuantos meses con el fin de establecer una organización internacional de salud y que se prestara plena consideración a la relación de dicha organización y los métodos para asociarla con otras instituciones, tanto nacionales como internacionales, que ya existían en el campo de la salud.

A raíz de ello, en febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas hizo arreglos para convocar una Comisión Técnica Preparatoria de la Conferencia Sanitaria Internacional, cuyo fin sería crear la Organización internacional de salud. Los participantes debatieron temas relacionados con la futura constitución de una sola organización internacional de salud y propusieron la celebración de una conferencia para junio de ese año. Recomendaron que, en vez de la "Organización Internacional de Salud", nombre que hasta entonces había sido utilizado extraoficialmente para referirse a esa nueva entidad, se adoptara el de "Organización Mundial de la Salud", (OMS).

La constitución de la OMS se firmó el 22 de julio de 1946, y ratificada por los Estados miembros el 7 abril de 1948, una fecha que se conmemora anualmente como *El día internacional de la salud*.

De cualquier manera, serían esenciales oficinas regionales, y las ya existentes deberían mantenerse y ampliarse, entre ellas la Oficina Sanitaria Panamericana. Destacó que la importancia de la oficina había aumentado continuamente y que su acción en defensa de la salud se dejaba sentir ahora en todos los países de América Latina.

La Comisión Técnica recomendó que las otras tres organizaciones representadas en la reunión —La Oficina Internacional de Higiene Pública, la Sección de Higiene de la

¹¹ idem

Sociedad de Naciones y la División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas— se fundieran en la OMS.

La cuestión más delicada fue la función futura de las organizaciones regionales, de las cuales la única viable era la Oficina Sanitaria Panamericana. Reconociendo lo mucho que había logrado dicha Oficina, la Comisión Técnica deliberó detenidamente sobre si las organizaciones regionales deberían ser parte integral de la organización central o debería buscarse un sistema más flexible que permitiera organizaciones regionales autónomas afines, establecidas por acuerdo intergubernamental multilateral y que entraran en relación con la Organización Mundial de la Salud. El único ejemplo actual de este tipo de órgano regional de la salud es la Oficina Sanitaria Panamericana.

En junio de 1949, luego de firmar un acuerdo por el cual se establecía formalmente la relación entre la OMS y la Oficina Sanitaria Panamericana y como resultado de este, la Oficina Panamericana se convirtió en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, en tanto que mantenía su identidad como Oficina Sanitaria Panamericana.¹²

Los programas sobre estadísticas en salud y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, que han funcionado como uno de los elementos esenciales del mandato de la OMS desde su creación y que de hecho fueron heredadas de sus organizaciones precursoras —la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y la División de Higiene de la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas—, están mencionados en el artículo 2 de la Constitución de la OMS, como sigue:

- “(f) establecer y mantener un servicio administrativo técnico como sea requerido, incluyendo servicios estadísticos y epidemiológicos;
- (g) proveer información, consejo y asistencia en el campo de la salud; y
- (s) establecer y revisar como sea necesario las nomenclaturas internacionales de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salud pública.”¹³

¹² Ibidem p 400

¹³ K. Uemura . “World health situation and trend assessment from 1948 to 1988”, en Bulletin of the World Health Organization. Vol. 66, No. 6, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, pp. 679 y 687.

Las obligaciones de los Estados miembros están descritas en los artículos 63 y 64 de la Constitución, los cuales establecen respectivamente, que cada miembro deberá comunicar puntualmente a la Organización, leyes importantes, regulaciones, reportes y estadísticas oficiales relacionados a la salud, que hayan sido publicadas en el país correspondiente y que cada miembro deberá proveer reportes estadísticos y epidemiológicos de la forma en la que lo determine la Asamblea de Salud.¹⁴

Así, durante los primeros 25 años, la OMS mantuvo su postura orientada a la enfermedad, procurando el desarrollo en la tecnología médica —medicinas, pesticidas, y vacunas— lo que trajo un sentido de optimismo, propósito que fortaleció la visión técnica condensada dentro de la organización.

Sin embargo, se dejó claro, a mediados de los setenta, que la tecnología por sí sola no era suficiente, sino que era necesario ayudar a los países a construir sistemas básicos de salud. Bajo la Dirección general del DR. Halfden Mahler, la OMS inició un gran cambio de orientación, de su visión estricta de la enfermedad a un enfoque mucho más amplio sobre las causas socioeconómicas de la enfermedad.

En 1977, respaldándose en el éxito en la erradicación de la viruela, la organización estableció para sí misma un ambicioso objetivo ligado a una nueva y funcional definición de salud. Anunció que para el final del siglo, todos los ciudadanos del mundo deberían alcanzar “un nivel de salud que les permita dirigir una vida social y económicamente productiva: Salud para Todos en el año 2000”¹⁵. Al año siguiente, en la Conferencia en Alma-Ata, URSS (actual Rusia), la OMS anunció que la atención a la salud primaria sería la base para alcanzar el objetivo de Salud para Todos.

El concepto concordaba perfectamente con el momento que se vivía a nivel mundial, vinculándose con el interés en la equidad y la justicia social, y marcó una nueva dirección política de la OMS, llevando a la organización fuera de las tranquilas aguas del consenso tecnológico hacia mares mucho más problemáticos de controversia política.

¹⁴ Ibidem p. 680.

¹⁵ Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978. véase < <http://www.who.int/hrp/archive/docs/almaata.html> >

1.2 Diversos actores no gubernamentales en la cooperación internacional en salud

Las organizaciones internacionales parecen ser el vehículo ideal para contender con los problemas de salud que van más allá de la capacidad de los sistemas nacionales de salud.

Dentro del campo de la salud internacional, cada vez se reconoce más que el conocimiento sobre las burocracias que planifican, administran y desarrollan los programas de salud, así como su personal, es tan importante para el proceso de cambio como lo es el del conocimiento de los grupos a los que se pretende acceder.

Las organizaciones de salud internacional se caracterizan por sus fuentes de financiamiento y por los lineamientos políticos bajo los cuales operan. Ya sean organizaciones privadas, bilaterales o multilaterales, cada una tiene características que influyen las direcciones de la salud internacional.

Los actores clave en la salud internacional y en la arena poblacional son tan variados en su organización, propósitos y metodología como lo son las situaciones de salud a las que responden.

En general, las organizaciones que trabajan en el campo de la salud internacional pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

a) Organizaciones multilaterales.

Ejemplificadas por las agencias especializadas de las Naciones Unidas, tales como la OMS y la UNICEF. La principal característica de estas agencias es que la membresía está abierta a todos los países y sus representantes establecen las políticas. El objetivo de estas organizaciones es mejorar los niveles de salud de todos los Estados miembros.

b) Agencias gubernamentales bilaterales.

Como la Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID, por sus siglas en inglés, cuya estructura básica involucra acuerdos de trabajo entre las organizaciones donadoras y los ministerios de salud de los países específicos. Aunque el mejoramiento de la salud es también el objetivo de dichas agencias, las políticas se establecen principalmente por las organizaciones donadoras y sus actividades constituyen un arma de la política exterior del país que las respalda.

Las agencias análogas a la USAID existen en todos los otros países donadores incluyendo Japón, Canadá, Holanda, Gran Bretaña, Australia, Alemania y muchos otros.

c) La Banca de desarrollo.

El Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (BIRD) y El Banco Mundial, así como sus instituciones afiliadas desempeñan numerosas funciones relacionadas con el desarrollo de los países pobres. Las actividades de salud son desempeñadas en general a través de la División de Población, Recursos Humanos, Salud y Nutrición, esta última tiene especial interés en el financiamiento en servicios básicos de salud y el análisis del costo-efectividad de los diferentes sistemas de promoción de la salud.

d) Organizaciones privado-seculares.

Históricamente hablando, estas organizaciones se han concentrado más en medidas de medicina preventiva y salud pública que en actividades puramente clínicas. Entre estas se encuentran las Fundaciones Rockefeller, Kellogg, Kresge, Ford and Hewlett, el Fondo Memorial Milbank y la Corporación Carnegie de Nueva York. Sin embargo, a lo largo de los años, la fundación privada más importante en lo que se refiere al trabajo en salud internacional ha sido la Fundación Rockefeller.¹⁶

Muchas fundaciones privadas de otros países, no solo de Estados Unidos, también han estado muy comprometidas con la labor en salud internacional, como la Fundación Nuffield y el Fideicomiso Bienvenido, de Inglaterra.

e) Organizaciones privado-religiosas.

Por ejemplo, las misiones médicas que han sido respaldadas por diversas iglesias. Históricamente estas organizaciones se han concentrado más en actividades curativas que en medidas preventivas. Difieren de otras organizaciones en que la salud no es propiamente el único objetivo, también lo es alcanzar la conversión religiosa de la comunidad en la que están trabajando.

¹⁶ Idem

Estas misiones médicas, han jugado un papel muy significativo en brindar servicios de salud basados en el modelo médico occidental a ciertas comunidades en países como China, India y muchos otros en el continente africano.

Las misiones médicas y las organizaciones privado-seculares se agrupan usualmente en la categoría de las organizaciones privado-voluntarias u organizaciones no gubernamentales¹⁷

Las Organizaciones No gubernamentales u ONGs, cada vez más están siendo importantes instrumentos para la implementación de los programas de salud internacional.

Tradicionalmente, las ONGs tienen ciertos atributos en proveer asistencia a países en desarrollo y en reconocer las necesidades de salud. Tienen la habilidad de ubicar las áreas de gran necesidad y son efectivas en identificar y mejorar las condiciones de los pobres y de las comunidades incomunicadas en los países en desarrollo. Estas trabajan en áreas urbanas y rurales y se concentran en las comunidades más pobres y donde los gobiernos locales, por una razón u otra, han sido incapaces de resolver esas necesidades.

Las ONGs promueven la participación local, tradicionalmente incluyen la cooperación de la comunidad, gozan de un alto reconocimiento y de confianza lo que las ayuda a producir en las comunidades el interés por participar, usualmente se comprometen a largo plazo y como resultado, trabajan con grupos comunitarios e instituciones, formando círculos de trabajo muy concretos.

Por definición son organizaciones inicialmente no financiadas por gobiernos individuales y, aunque pueden recibir subvenciones gubernamentales para propósitos específicos, sus actividades no están bajo el control de los gobiernos donadores.¹⁸

Tres características están implícitas: independencia legal del gobierno; estatutos fiscales sin fines de lucro y una estructura voluntaria de toma de decisiones. Sin embargo el término es vagamente usado para referirse a los grupos organizados en función de los intereses de comunidades muy particulares, por lo general, son agencias establecidas voluntariamente que operan a nivel local, regional o nacional y funcionan como

¹⁷ George M. Foster. "Bureaucratic aspects of international health agencies", en *Social Science of Medicine* Vol. 25, No 9, Pergamon Journals, Londres, Gran Bretaña, 1987, pp. 1040

¹⁸ Smith Karl, "Non-Governmental Organizations in the Health Field: Collaboration, Integration and Contrasting Aims", en *Social Science of Medicine*. Vol.29, No.3, Pergamon Journals, Londres, Gran Bretaña, 1989, pp. 396.

intermediarias entre los grupos basados en las comunidades, los gobiernos y quienes otorgan el financiamiento, o con agencias internacionales de países donadores que financian o llevan al cabo actividades de desarrollo socioeconómico.

Desde su punto de vista, el subdesarrollo es causado por factores tales como instituciones inadecuadas y una ineficaz política pública. De tal forma que después de la Segunda Guerra Mundial una de sus actividades fundamentales ha sido la de canalizar fondos y recursos de los países desarrollados a aquellos en desarrollo para mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones de estos últimos.

Actualmente, el énfasis de las ONG internacionales es más a largo plazo que solamente en proyectos de rescate, demostrando que la mejor opción para la coordinación entre agencias voluntarias externas es a través de la consulta a los países receptores, generando así una mejor relación entre los recursos y las necesidades. La influencia de estas organizaciones en la actualidad se ha extendido al diseño de políticas de salud y de mecanismos de regulación en diversos temas y cuentan con representantes ante la OMS.

1.3. Tendencias en la salud internacional

Cuando la OMS fue creada se intentó que sus mandatos abarcaran, en el sentido más amplio posible, la búsqueda de la salud en el mundo; sin embargo, hoy existe un consenso general en que esa intención, aunque deseable, no es del todo factible y que es necesario enfocarse en áreas específicas que sean prioritarias para así poder crear un efectivo sistema de cooperación internacional en salud.

Durante la primera década a partir de su creación, la OMS les dio la más alta prioridad a las actividades que se dirigieron a desarrollar y administrar las Regulaciones Sanitarias Internacionales, recolectar y diseminar información estadística y epidemiológica y revisar las Regulaciones Internacionales en Nomenclatura y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y las Causas de Muerte.

La principal responsabilidad que la OMS debería asumir, en términos de ser uno de los asuntos de mayor preocupación para los Estados miembros, es la de promover la estandarización de los conceptos, definiciones, procedimientos y herramientas tales como la clasificación de las enfermedades y las causas de muerte.

En este tiempo, muchos de los que ahora son países independientes en el continente africano, todavía mantenían un estatus de colonia, por ejemplo, había sólo tres Estados miembros de la OMS en la Región Africana en 1958, comparados con los cuarenta y cuatro Estados miembros y un Miembro asociado en 1988¹⁹. Como consecuencia, las preocupaciones de los países más avanzados se vieron mucho más reflejadas en la política de la organización durante ésta década que en las siguientes. Así, los Estados miembros establecieron con gran énfasis la necesidad de desarrollar y aplicar una terminología estándar, definiciones, métodos y procedimientos, así como hacer internacionalmente comparable la información producida por los países y que pudiera ser entendida a la luz del ambiente político que prevalecía en ese entonces.

El concepto de desarrollo también tomó lugar. Sin embargo sólo fue considerado para avisar y asistir a los Estados miembros en su recolección de datos epidemiológicos y estadísticos para que fuesen reportados a la OMS, enfatizando la necesidad de la asistencia técnica para fortalecer la capacidad nacional de las estadísticas en salud.

La primera década fue el periodo en el que había grandes esperanzas para la construcción de un mundo pacífico en el cual se pudiera elevar el nivel de vida a través de las Naciones Unidas, y uno de los temas que fue encomendado a los servicios de estadística de las organizaciones internacionales fue el desarrollo de los métodos para medir el nivel de vida de los países.

En la segunda década se vio la continuidad en el desarrollo de las actividades prioritarias que se establecieron durante la primera. Dos áreas fueron notables en el transcurso: la expansión de la asistencia técnica para los Estados miembros y el énfasis que se le dio a los estudios en colaboración internacional, incluyendo el respaldo estadístico a la investigación epidemiológica sobre las enfermedades que impactan la salud pública.

Durante la tercera década, una parte considerable del trabajo estadístico fue computarizado, provocando un gran interés sobre los modelos epidemiológicos, especialmente entre los epidemiólogos y los responsables del control de las enfermedades en términos nacionales. La fiebre tifoidea, el cólera, el tétanos, la difteria entre otras, fueron

¹⁹ K. Uemura "World health situation and trend assessment from 1948 to 1988", en *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 66, No. 6, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza 1988, pp.680

las enfermedades que se contemplaron para desarrollar los modelos epidemiológicos²⁰. Lo que muestra muy claramente que la epidemiología debería ser parte de la investigación en salud y que no sería viable como una entidad separada e independiente.

Al mismo tiempo del rápido desarrollo de la automatización de la información en los países industrializados, una nueva aproximación a la información sobre la salud fue puesta en discusión: la trascendencia de desarrollar sistemas comprensibles de control de información basados en la automatización por computadora. Basados en este concepto, se realizaron esfuerzos para desarrollar sistemas de información a nivel nacional, reconociendo la importancia del control de la generación de la información, lo que se vio reflejado directamente en la reorientación en el programa de la OMS para las próximas dos décadas.

Por mucho, uno de los acontecimientos más significativos durante la cuarta década, fue justamente la adopción de la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria a la Salud y el lanzamiento de la Estrategia Global de Salud Para Todos.

Reconociendo que desde sus inicios la OMS intentó que sus mandatos abarcaran en el sentido más amplio posible la búsqueda de la salud en el mundo, y habiendo hecho un recorrido por las primeras cuatro décadas a partir de su creación en cuanto a la forma en la que se concibe la salud para diseñar políticas a nivel global que pudieran llegar a tener un impacto trascendente a nivel local, se pueden reconocer tres principales posturas.

La primera, la visión tradicionalista, defiende la postura de la OMS, cuando la organización se enfocó en lo que se conoce como "el conocimiento basado en actividades normativas"²¹. El punto de vista tradicionalista establece que la organización debería retomar el énfasis que mantuvo en la primera década, que está en la facilitación de la creación y aplicación del conocimiento sobre salud. La OMS no debería, de acuerdo con esta visión, involucrarse directamente con el desarrollo de la salud —refiriéndose comúnmente a actividades de cooperación técnica— ya que es uno de los mandatos originales de la OMS.

²⁰ Idem

²¹ Kelley Lee. "Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here?", en *Lancet*. Vol. 351. Lancet Ltd, Londres, Inglaterra, Marzo 21, 1998. pp.900

Los críticos al punto de vista tradicionalista argumentan que la organización debe ser relevante para todos los Estados miembros, es decir, considerar las desigualdades sociales existentes en los países en desarrollo y las necesidades específicas de asistencia de cada uno de ellos. Otros, por su parte, consideran que el énfasis histórico en biomedicina es inadecuado frente a los muy variados y complejos asuntos de la salud en el mundo de hoy.

La segunda postura es la visión esencialista, la cual se concentra en la atención de problemas de salud que representan un riesgo para la comunidad global. En otras palabras, esta visión plantea que la OMS debería responsabilizarse de ciertas funciones esenciales respecto de aquellos problemas que impactan a otros países y que los Estados miembros no pueden resolver actuando solos. Estas funciones esenciales por las cuales las organizaciones internacionales tienen una ventaja comparativa sobre las entidades nacionales, incluyen el control de las enfermedades transfronterizas, la coordinación de un sistema global de información sobre salud y la homogeneización de las evaluaciones sobre las condiciones de salud global. En materia de promoción de la salud alrededor del mundo, se considera que se deben proteger los intereses nacionales. Los críticos a esta aproximación consideran ésta visión minimalista de las organizaciones internacionales como paralela a la ideología de ir reduciendo las responsabilidades de los gobiernos a nivel nacional. Por su parte, los que defienden esta postura proponen que las actividades que debe asumir la OMS como prioritarias o esenciales no pueden dejarse completamente a los gobiernos nacionales y que el rechazo de sus críticos se debe a intereses particulares, en asuntos que desde su perspectiva, no forman parte, desde su perspectiva, de la salud internacional.

La tercera, y en contraste con las primeras dos, el objetivo de la visión de la justicia social es la de integrar las políticas de salud con las estrategias de desarrollo socioeconómico de los países. Esta visión representa un rol más intervencionista, con responsabilidades para la movilización y reubicación de la ayuda para el sector salud, defiende los principios de la justicia social, la provisión de la experiencia científica y técnica a países que lo necesitan, promueve la importancia de hacer que los grupos vulnerables sean el objetivo (por ejemplo, las minorías étnicas, las mujeres, etcétera) y el monitoreo y el reporte de las prácticas comerciales con respecto de la salud y la gobernabilidad de las instituciones.

Es a partir de esta última visión que la Estrategia de Salud Para Todos se fundamenta, dándole el peso conceptual a la Atención Primaria a la Salud como la vía para lograr el objetivo pretendido.

Los defensores de las visiones esencialista y de la de justicia social están divididos geográfica, financiera y filosóficamente. La reconciliación de estas diferencias se puede reconocer como un asunto aún por resolver en aras de pretender un consenso sobre las formas en las que se debe plantear la cooperación internacional en salud.

A pesar de las frecuentes críticas que se hacen a la ONU desde el fin de la Guerra Fría, junto con las serias dudas a cerca de su relevancia, prácticamente todos están de acuerdo en que la salud debe permanecer como un componente central de cualquier sistema de gobernabilidad que se pueda plantear en el futuro. Cualquiera que sea la visión con la que se aborde el tema, ya sea el del status-quo, el esencialista o el de justicia social, la cooperación internacional en salud es en muchas formas necesaria e implica conceptos, relaciones, intercambios y acciones que más que contrarias son complementarias.

1.3.1 La Atención primaria a la salud

En las décadas de 1960 y 1970, China, Tanzania, Sudan y Venezuela iniciaron una serie de programas que resultaron exitosos en la provisión de servicios en atención primaria a la salud para cubrir a las poblaciones rurales. Es de estos programas de donde viene el concepto de "Atención Primaria a la Salud".²²(APS)

Esta nueva metodología de la provisión de servicios de atención a la salud incorporó un cuestionamiento a los modelos tanto del mismo papel que tradicionalmente cumplía el especialista de la salud como el de donador-receptor en lo que se refiere a la provisión de servicios de atención a la salud.

Durante la década de 1970 la OMS y la UNICEF asumieron el compromiso de estudiar estos conceptos para poder dirigirlos hacia la necesidad de generar un cambio fundamental en la concepción de lo que es la provisión de servicios para la atención de la salud, principalmente en los países en desarrollo, haciendo énfasis en la equidad y en el

²² John J. Hall and Taylor Richard. "Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries", en *Medical Journal of Australia* Vol.178, Australian Medical Association, Australia, January 2003. 17

acceso, de manera que fuesen rentables, y denotando la importancia en la prevención al mismo tiempo de la provisión de servicios enfocados a la curación.

Esto sucede en un momento en el que el papel del gobierno es eminente en la provisión de servicios de salud, así como de educación y en general del bienestar social en la mayoría de los países en desarrollo y en el que todavía existía una cantidad importante de países con economías socialistas como la URSS y China.

La Declaración de Alma-Ata adoptó formalmente la Atención Primaria a la Salud como medio para proveer un amplio, universal, equitativo y rentable servicio de atención a la salud para todos los países. Ésta fue adoptada unánimemente por todos los Estados miembros en Alma-Ata en la República Soviética de Kazak en Septiembre de 1978.²³

La APS, contempla una cobertura universal de los servicios básicos, tales como la educación en los métodos de prevención y control de los problemas de salud que prevalecen; la promoción de alimentos seguros y adecuada nutrición; adecuada provisión de agua limpia y sanidad básica; salud materna e infantil incluyendo la planeación familiar; vacunación, prevención y control de las enfermedades endémicas locales; tratamientos apropiados para las enfermedades comunes; y provisión de medicamentos esenciales.

El énfasis cambió del interés específico en la creación de grandes complejos hospitalarios a la provisión de servicios de salud basados en las comunidades haciendo un balance de costo y efectividad en los programas de prevención y curación de las enfermedades.

La comunidad, a través de sus líderes, debe ser involucrada en la planeación y desarrollo de sus propios servicios de atención a la salud a través de comités de salud primaria. Así, donde no hubiera doctores y enfermeras disponibles para llevar al cabo los programas, se capacitaría a trabajadores de la salud de esas comunidades y serían integrados formalmente como parte del sistema oficial de atención a la salud²⁴.

La conferencia puntualizó que era necesario incluir los elementos económicos y políticos como fundamentales de la iniciativa.

“Un nivel aceptable de salud para todos los pueblos del mundo en el año 2000 puede ser logrado a través de un mejor uso de los recursos mundiales, una parte considerable de lo

²³ Declaración de Alma-Ata, 1978 op cit.

²⁴ Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. Ed. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1981, pp.90.

que está siendo ahora gastado en armamento y en conflictos militares. Una genuina política de independencia, paz, contención y desarme, podrían y deberían liberar recursos adicionales que serían destinados a objetivos pacíficos y en particular a la aceleración del desarrollo social y económico en el cual la atención primaria a la salud, como parte esencial, debería ser integrado a sus propios intereses²⁵.

Los gobiernos alrededor del mundo adoptaron la APS como su plan de trabajo oficial para generar una cobertura total a toda su población, con los servicios esenciales de la APS.

²⁵ Declaración de Alma-Ata, 1978, op cit.

2. La Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 (ESPT2000), de la Organización Mundial de la Salud

La Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (ESPT2000), es una innovación en términos de cooperación internacional que puede servir como modelo para abordar otros temas de alcance global y no sólo de salud.

La ESPT2000 de la OMS es, de hecho, un proyecto viable que podría tener un impacto sustancial sobre la salud en una variedad de países, el cual también podría afectar a las políticas relativas con la equidad y justicia social en términos generales a nivel mundial.

De hecho, cuando se lanzó la ESPT200, el gobierno de Estados Unidos planteó la posibilidad de que al concepto de Salud Para Todos se le diera reconocimiento a nivel internacional vía la introducción de una resolución en la Asamblea General de la ONU y que además, fuera considerado como un elemento integral de las estrategias de desarrollo nacional²⁶. Ésta posibilidad surge de una de las premisas de Alma-Ata que establece que la salud no debe estar aislada de los otros aspectos del desarrollo²⁷.

Así, el debate se encuentra en la relación entre el desarrollo económico y el social; los términos del Nuevo Orden Económico Internacional especifican que el desarrollo social es inaceptable sin un desarrollo económico paralelo. Este debate puede producir dos posiciones extremas:

- 1) Una vaga visión del desarrollo económico, en el cual la preocupación es por la inversión y el crecimiento, sin tomar en cuenta la equidad y la distribución de los beneficios del desarrollo.
- 2) Una visión contraria, en la que el desarrollo se define no sólo en términos económicos sino también tomando en cuenta la satisfacción de las necesidades básicas humanas.

²⁶ Organización Mundial de La Salud, *Global Strategy for Health for All by the year 2000*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1981, pp.90

²⁷ Declaración de Alma-Ata, 1978, op. Cit,

En este contexto, la salud tiene la posibilidad de servir como un posible puente entre estas dos visiones opuestas, ya que puede contribuir, por un lado, al desarrollo exclusivamente en el sentido económico del incremento en la productividad, y por otro lado a la justicia social y a la satisfacción de las necesidades básicas humanas.

La idea de Salud para Todos emergió como una expresión de interés y preocupación hacia los esfuerzos de los países más pobres por acelerar sus índices de desarrollo. Ésta idea pudo haber pasado inadvertida como muchas otras, sin embargo no fue así debido quizá al reconocimiento de la magnitud de las necesidades que enfrentaban los países pobres. A finales de la década de 1970, se contaban 800 millones de personas en absoluta pobreza, un tercio de todas las muertes registradas a nivel mundial se presentaban en niños menores de 5 años, del 70 al 95% de la población de los países pobres no contaban con acceso a servicios de salud²⁸. Por otro lado, se vivía un momento en el que prevalecía un nivel de desencanto y preocupación por parte de muchos de los nuevos países independientes respecto de sus esperanzas por acelerar el desarrollo socioeconómico, además, y en este mismo contexto, la importancia por ende, de establecer políticas y objetivos de largo plazo, por lo que el año 2000 se visualizó como una meta que en tiempo parecía ser suficiente para permitir la planeación y el logro de objetivos concretos.

De igual forma, la idea surge de una serie de cambios que habían venido tomando lugar en las percepciones que se tenían sobre salud en un contexto de cambios mundiales, en términos no solo de salud, sino también de situaciones políticas, económicas y sociales en general. Por ejemplo, el cambio en las ideas sobre la naturaleza del desarrollo, es decir el reconocimiento al hecho de que la inversión nacional a gran escala en proyectos de desarrollo económico no necesariamente implica el bienestar social que se pretende para toda la población; así, el énfasis se ha ido poniendo en los aspectos sociales del desarrollo, como la salud y la educación, lo que ha generado un aumento en la importancia que se le da a la justicia social y a la igualdad en la distribución de los beneficios económicos y sociales incluyendo los servicios en salud.

²⁸ John H. Bryant "WHO's program of health for all by the year 2000: A macrosystem for health policy making--a challenge to social science research", en *Social Science of Medicine* Vol. 14A, No. 5, Pergamon Journals, Gran Bretaña, octubre de 1980, pp 381-386.

El reconocimiento del papel central que juegan las comunidades en el desarrollo, incluyendo su participación, compromiso, recursos, ideas, creatividad y primordialmente la autodeterminación, es fundamental para el diseño e implantación de estrategias de cooperación internacional. Acorde con lo anterior, las ideas en lo referente a la tecnología adecuada han ido cambiando, reconociéndose las limitaciones y desventajas de la alta tecnología y la importancia de que ésta esté en función de las necesidades locales, y que además contemple ser menos compleja y de menor costo.

La concienciación de los efectos de la medicina curativa que habían sido despreciados, por mantener una visión de base hospitalaria orientada a la especialización y a la atención sofisticada, y por otro lado al hecho de que es necesario hacer énfasis sobre un mejor balance entre la prevención y la reducción de costos a través de formas tecnológicamente simplificadas de la atención médica.

También, un creciente reconocimiento de la importancia de alternativas para los especialistas de la salud via la ampliación de los roles de las enfermeras, el incremento en el uso de auxiliares en los centros de salud y equipos móviles, y de los trabajadores de la salud de las propias comunidades, así como los voluntarios de medio tiempo.

El propio surgimiento de la APS, que enfatiza la prevención, pero también la promoción de servicios curativos disponibles y cercanos geográficamente a las comunidades, que en costos pueda ser asumida por los países, y que pueda ser desarrollada dentro de un contexto cultural respetuoso.

La importancia de la voluntad política, lo que implica la aceptación de que las decisiones locales y nacionales se dirijan a extender la APS al total de la población, con especial atención a la periferia social.

En este mismo sentido, la tendencia a nivel internacional, reconociendo que la cooperación no debe estar planteada sólo para generar asistencia técnica caracterizada por el modelo asistencialista, sino que es necesario que se dirija hacia una cooperación internacional enmarcada por la colaboración y la solidaridad, no solamente en términos bilaterales entre los países más desarrollados y los que lo son menos, también entre los mismos países no desarrollados haciendo más frecuente las relaciones multilaterales.

Salud Para Todos fue una idea ampliamente aceptada precisamente porque abarca los muchos cabos sueltos de lo que es la actual forma de pensar y actuar en lo que se refiere a

la técnica, la política y la ética social. En este sentido, Salud Para Todos es sin duda un auténtico producto de la evolución histórica.

La OMS tiene una bien establecida red de oficinas nacionales, regionales y globales que ha sido usada en el pasado con gran efectividad para el desarrollo coordinado de análisis y, en general, de programas con vías a resolver muchos de los problemas de salud como la viruela, enfermedades tropicales, la ampliación del programa de inmunizaciones y el establecimiento de las prioridades en investigación²⁹.

El establecimiento de las líneas de acción desde la sede de la OMS, en Ginebra, Suiza, tenía como intención estimular la expresión de las prioridades y los intereses nacionales, para así, generar una guía a nivel global que fungiera como un sistema de trabajo que sirviera para realizar la revisión de los puntos establecidos. Aquí, entonces, se pretendió generar un sistema global de planeación, conceptualmente audaz y práctico en términos operativos, aprovechando la red bien estructurada de la OMS.

2.1 Los elementos esenciales de la ESPT2000

La estrategia tiene como uno de sus elementos y propósitos esenciales, el desarrollo de la infraestructura de los sistemas de salud, empezando con la APS, para la proyección de los programas que permitan a los países llegar a la totalidad de su población. Estos programas incluyen medidas para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, diagnóstico, terapia y rehabilitación. La estrategia involucra medidas específicas para ser contempladas por individuos y familias en sus hogares, por las comunidades y por los servicios de salud a niveles básicos. También implica la selección de tecnología apropiada para cada país, adaptable a las diversas circunstancias locales y con los recursos que el país esté en condiciones de asumir.

Lo que es crucial para la estrategia es asegurar el control social de la infraestructura de la salud y de la tecnología a través de un alto grado de participación de las comunidades. También lo es estudiar las acciones internacionales sobre todo en términos de intercambio de información, la promoción de la investigación y el desarrollo, respaldo técnico,

²⁹ idem

capacitación, el aseguramiento de la coordinación dentro del sector salud y otros sectores así como fomentar y respaldar los elementos de la ASP en los países.

Uno de los aspectos más importantes de la Estrategia es la acción que se requiere para generar y movilizar todos los recursos posibles en materia de salud.

La cooperación entre Estados es otro de los elementos esenciales de la estrategia, porque pocos tendrían la posibilidad de formular y desarrollar sus estrategias de manera independiente. Esto implica cooperación tanto técnica como económica.

Para dar seguimiento al avance del desarrollo de la Estrategia y evaluar su efectividad, había que establecer los procesos que los países como parte de su propio proceso de control durante la aplicación y desarrollo de las estrategias nacionales de salud.

A nivel internacional, se pretendía que los mecanismos de la OMS se utilizaran para dar a conocer la evaluación y avances, cumpliendo así su función de órgano rector en materia de salud internacional.

Así, la OMS, que tradicionalmente se limitaba a presentar sugerencias aisladas sobre cómo abordar los problemas de salud sin contemplar la situación socioeconómica de los países a los que se estaba dirigiendo, con el lanzamiento de la ESPT2000 no solo asumió una nueva postura frente a los problemas de salud en el mundo y el cómo resolverlos, sino que también pretendió tomar acción para propiciar el respaldo de los bancos, fundaciones, agencias multilaterales y bilaterales y promover la estrategia a través de organizaciones no gubernamentales y de los medios masivos de comunicación.

De igual forma, facilitar la cooperación técnica entre los Estados miembros (entre países desarrollados y en desarrollo, entre los mismos países en desarrollo, y entre desarrollados), actuar como un intermediario internacional para validar la información técnica, promover y respaldar la investigación y el desarrollo, actuar como el punto focal para apoyar el establecimiento y la aplicación de procesos de control para el mejoramiento de la salud a nivel nacional, usar su influencia para fortalecer la coordinación internacional dentro del sector salud y promover la acción intersectorial a nivel internacional a través de consejos consultores y el establecimiento de los acuerdos bilaterales y multilaterales con otras organizaciones y la ONU.

2.2 Mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación en la ESPT2000

Para que los gobiernos pudieran saber si se estaban produciendo avances en el desarrollo de sus estrategias, y si éstas estaban teniendo el efecto deseado en el mejoramiento del estado de salud de las personas, se consideró introducir un proceso de seguimiento, retroalimentación y evaluación que fuese adecuado a las necesidades de los países como parte del control durante el desarrollo de la estrategia. El proceso permitiría evaluar el progreso de las medidas que se establecieron para lograr los objetivos, responsabilizándose con el cumplimiento así como de la comprobación de su efectividad e impacto sobre la salud y el desarrollo socioeconómico de las personas.

El seguimiento, retroalimentación y evaluación de la efectividad e impacto podría ser realizado en varios niveles: el de la política y el de control y técnico, pero están interrelacionados. Al nivel de política, los países pretendían estar en la posibilidad de saber si el estado de la salud de la población estaba mejorando y si era necesario hacer ciertos cambios en sus políticas de salud y en general en la estrategia. En los niveles de control y técnico, la pretensión se dirigía hacia determinar si los programas estaban siendo desarrollados eficientemente y si las actividades correspondientes a la aplicación de estos habían sido diseñadas y operadas adecuadamente pero, sobre todo, si estaban siendo relacionadas con los ámbitos social y económico de forma paralela

Por medio del seguimiento se pretendió hacer la evaluación de la política de salud en función de los indicadores socioeconómicos en general y en particular los referentes a la salud, es decir los de la calidad de vida y de los que miden la forma en la que se proveen los servicios de atención de la salud.

La información que los países recolectaran, sería la base para realizar el seguimiento y la evaluación de la estrategia, tratando de que el progreso se hiciera de manera colectiva regional y global, creando un proceso de cooperación internacional en el intercambio de información sobre la situación prevaleciente en la salud y en los ámbitos socioeconómicos, posibilitando así, la toma de decisiones sobre cualquier modificación que consideraran necesaria a la política internacional de salud y a la estrategia global.

Se creó, pues, una lista de indicadores básicos de tal forma que los países estuvieran en posición de utilizarla para efectuar el seguimiento y la evaluación de la estrategia. Esto implicaba el compromiso de los países, individualmente y colectivamente, para por lo menos usar estos indicadores y proveer la información necesaria al respecto.

Los indicadores globales básicos de acuerdo a ésta son:

“Que la salud para todos haya recibido reconocimiento como política oficial al nivel más alto, por ejemplo en la forma de una declaración de compromiso por el jefe de estado, que la asignación de recursos adecuados sean distribuidos equitativamente, que se logre un alto nivel de involucramiento de la comunidad, y que se establezca un sistema de organización y proceso de control para el mejoramiento de la salud nacional.

- Que los mecanismos para involucrar a la gente en la aplicación de la estrategia hayan sido planteados y que estén en funcionamiento, por ejemplo, que existan mecanismos activos y efectivos para la gente que exprese sus demandas y necesidades, representantes de partidos políticos y grupos organizados como sindicatos, organizaciones de mujeres, campesinos u otros grupos que participen activamente, y que la toma de decisión sobre salud sea adecuadamente descentralizada en los diversos niveles administrativos.
- Que al menos un 5% del producto interno bruto sea invertido en salud.
- “Que un porcentaje razonable del gasto en salud a nivel nacional sea dirigido a la atención de la salud local, por ejemplo en un primer nivel, incluyendo la atención a la salud de la comunidad, el centro de atención a la salud, dispensario o similar excluyendo hospitales
- Que los recursos sean distribuidos equitativamente y que el gasto per cápita así como el del personal y las facilidades dirigidas a la Atención Primaria a la Salud sean similares para los diferentes grupos poblacionales o áreas geográficas, tanto urbanas como rurales.
- Que el número de países en desarrollo con estrategias de salud para todos bien definidas, acompañadas por la asignación explícita de recursos, cuyas necesidades de recursos externos, estén recibiendo respaldo de los países que tienen más recursos.

- Que la atención primaria a la salud esté disponible a toda la población por lo menos con lo siguiente:
 - Agua potable en casa o a 15 minutos de distancia caminando, y adecuadas facilidades sanitarias en casa o en la comunidad de más inmediata vecindad.
 - Inmunización en contra de la difteria, tétanos, sarampión, poliomielitis y tuberculosis.
 - Atención a la salud local, incluyendo la disponibilidad de al menos 20 de los medicamentos esenciales, dentro de un rango de una hora de distancia en tiempo caminando o de viaje.
 - Personal capacitado para la atención de la maternidad y el nacimiento de niños y para el cuidado de los niños hasta por lo menos 1 año de edad.
- El estado nutricional de los niños se considera adecuado cuando:
 - Por lo menos el 90% de los recién nacidos pesan por lo menos 2 500g.
 - Por lo menos el 90% de los niños tienen un peso que corresponda a talla y edad.
- Elementos del progreso hacia la meta de salud para todos:
 - Si la tasa de mortalidad infantil de los grupos identificables es menor a 50 por cada 1 000 nacidos vivos.
 - Si la expectativa de vida al nacer es de más de 60 años.
 - Si la tasa de alfabetización para hombres y mujeres es mayor al 70%.
 - Si el producto nacional bruto por cabeza es mayor a 500 dólares³⁰.

Los reportes sobre el progreso serían revisados por los comités regionales cada dos años. A las revisiones regionales se les estaría dando seguimiento vía las revisiones globales del comité ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud. Un reporte sobre el progreso realizado para alcanzar Salud para Todos en el año 2000 sería publicado bianualmente empezando en 1983 y cada seis años se haría una revisión global para evaluar la efectividad de la estrategia.

³⁰ Organización Mundial de la Salud op.cit

2.3 Aspectos financieros de la ESPT2000 de la Organización Mundial de la Salud

Para cumplir con la estrategia, sería necesaria la generación y movilización de todos los recursos posibles. Dos tipos de recursos están involucrados, los recursos humanos y los materiales y financieros, dado que el éxito de la aplicación de la estrategia depende de estos, implicaba, primero que nada, hacer más eficiente el uso de los recursos existentes y al mismo tiempo la generación de recursos adicionales.

En este contexto las autoridades requerían hacer una revisión de la distribución de su presupuesto para la salud y en particular para la APS, en áreas urbanas y rurales y a grupos específicos que se encuentran sin acceso a los servicios de salud, para así poder estar en condiciones de reasignar los recursos existentes, o por lo menos de asignar cualquier recurso adicional para la provisión de la APS, en particular para los grupos de la población que no tiene acceso a ningún servicio de salud.

Para de igual forma poder incluir un análisis de las necesidades en términos de costos considerando la tecnología y el establecimiento y mantenimiento de la estructura de salud, estimar la magnitud del total de las necesidades financieras para implantar la estrategia nacional para el año 2000, tratando de asegurar fondos nacionales adicionales, considerar formas alternativas de financiamiento para el sistema de salud, incluyendo el uso de los fondos de seguridad social e identificar actividades que puedan atraer préstamos externos.

En los países en desarrollo se tomaría acción para que sus gobiernos solicitaran préstamos de bancos externos, fundaciones y agencias multilaterales y bilaterales.

Mientras que en los países desarrollados, se trataría de promover entre las agencias interesadas la posibilidad de otorgar dichos créditos.

En lo que se refiere con la acción internacional, ésta consistiría en :

- Intercambio de información sobre formas alternativas de financiamiento a los sistemas de salud.
- La estimación en orden de importancia de las necesidades financieras y materiales para la estrategia.
- Desarrollo de la metodología para la promoción y el respaldo en los estudios de costo-beneficio sobre diversos aspectos de la estrategia, tales como los

programas de agua limpia, vacunación, y nutrición y estudios de costo-efectividad sobre diversas formas de organizar los sistemas de salud basados en la atención primaria a la salud.

- La transferencia de recursos de países desarrollados a países en desarrollo que estuvieran listos para asignar recursos adicionales a la salud y la revisión de la naturaleza y tamaño de dichas transferencias.
- El establecimiento de los mecanismos regionales para identificar las necesidades y facilitar la movilización nacional de los fondos así como de las transferencias entre países.
- El establecimiento de un grupo global de recursos para salud para todos donde los representantes de los países desarrollados y en desarrollo, agencias bilaterales y multilaterales y algunas de las organizaciones de la ONU así como organizaciones no gubernamentales y fundaciones, puedan lograr en conjunto y bajo el auspicio de la OMS racionalizar la transferencia de recursos y buscar las formas de generación de fondos adicionales tanto como sea necesario.

Cerca de \$20 000 millones de dólares son invertidos anualmente como gasto público en salud en los países en desarrollo, poco se sabe sobre el gasto privado en salud en estos países, pero se estima que se necesitaría aumentar 10 dólares per cápita para alcanzar los objetivos.

Para ayudar a los países en desarrollo a encontrar estos recursos adicionales sería necesario transferirles anualmente \$2.0 dólares per cápita para cerca de 400 millones de personas, \$1.0 dólares para 800 millones, \$0.5 dólares para más de 800 millones. Esto significaba la necesidad de una transferencia total anual de cerca de \$2 000 millones de dólares. Además la transferencia de \$3 000 millones de dólares al año necesarios para agua limpia y adecuada salubridad, mismos que deberían ser compartidos a nivel mundial.

Del gran total de cerca de \$5 000 millones de dólares que se requerían en transferencias para la salud, cerca de \$2 000 millones de dólares ya habían sido transferidos, de estos, cerca de \$1 200 millones de dólares vienen de fuentes bilaterales y unos \$700 millones de organizaciones no gubernamentales. Además, cerca de \$1 000 millones de dólares son provistos en la forma de préstamos bancarios y de actividades de

las Naciones Unidas relacionadas con la salud, pero estas no son transferencias estrictamente hablando³¹.

En lo que respecta a los países desarrollados, la mayoría de éstos estaría en toda posibilidad de aplicar la estrategia sin un costo adicional, pero sí sería necesaria la reformulación de sus sistemas de salud y la reasignación de recursos existentes³².

En términos generales se acepta el hecho de que el progreso se dirija hacia el mejoramiento en los indicadores nacionales de salud y que éste se relacione no solamente con soluciones técnicas sino también con las condiciones necesarias, las cuales influyen en los resultados.

Dichas condiciones, tales como los estilos de vida, el ingreso familiar, la situación económica de los países, el nivel de educación, los factores ambientales y el compromiso político de los gobiernos, aplican tanto a los países en desarrollo como a los desarrollados, sin embargo la diferencia radica en las características y la magnitud de las enfermedades, las creencias tradicionales sobre las mismas, los índices del crecimiento poblacional, la disponibilidad y distribución de las habilidades del personal y por último aunque no por eso menos importante, la respuesta de la población y de los gobiernos a los costos de los tratamientos y la prevención.

Así, es necesario por un lado, dejar clara la importancia de compartir la información generada por los países en cuanto a la situación que prevalece en el campo de la salud, misma que debe ser analizada por las instituciones nacionales e internacionales en términos de costo-efectividad para entonces dirigir las acciones y los recursos correspondientes hacia los elementos identificados como prioritarios.

Por otro lado, es un hecho que invirtiendo en salud, los países industrializados no solamente beneficiarían a las poblaciones que necesitan ayuda inmediata, sino que también lo harán para ellos mismos, a través de proteger a su propia población, mejorando su economía y ganando espacios internacionales que puedan ser de su interés particular, sobre todo en una activación más evidente de sus mercados de bienes y servicios.

³¹ *Idem.*

³² *idem*

3. México: La aplicación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000

En la aplicación de la ESPT2000, México es un caso que ejemplifica cómo dicha estrategia no contempló apropiadamente los asuntos de financiamiento que los países enfrentaban a nivel local, ocasionando que se recurriera al financiamiento externo.

Los progresos tecnológicos y los descubrimientos biomédicos del siglo XIX hicieron posible que se realizaran acciones que llegaron a modificar de manera muy favorable la salud comunitaria, por ejemplo, incorporaron el saneamiento ambiental, el aprovisionamiento de agua potable y la adecuación de las viviendas, al oficio y responsabilidad de las autoridades encargadas de la salud, individual y colectiva. A finales del mismo siglo, se insistía en construir más hospitales; debido a que se mantenía la creencia de que el ambiente de los hospitales era el más propicio para atender a los enfermos, el menos contaminado y el más conducente a la recuperación de los pacientes. Estos conceptos privaron todavía en la primera mitad del siglo XX,³³ propiciando que el modelo de la medicina se mantuviera enfocado a curar al enfermo más que a cuidar al sano. Esta preocupación muy marcada por la enfermedad provocó un descuido de la promoción de la salud, por otro lado se marcaba el aislamiento del sector salud respecto de los otros determinantes del proceso de salud-enfermedad enfatizando en el trato individual, lo cual generó una escasa atención comunitaria, además de que había una tendencia creciente a la atención hospitalaria como elemento básico de los servicios con la también creciente utilización de medicamentos, el uso de alta tecnología y el aumento en los costos de operación y eliminación de todos los modelos alternativos de la atención médica o medicinas paralelas, es decir, herbolaria, quiropráctica, acupuntura, homeopatía, etcétera.

Durante el periodo de 1920 a 1950 ocurrieron hechos trascendentes que transformaron los modelos asistenciales y de seguridad social existentes. Los cambios modificaron los objetivos y las metas, las modalidades del financiamiento y de organización, las actitudes y responsabilidades en la relación médico-paciente, así como las tácticas de la operación frente a la importancia relativa en materia de prevención, curación y rehabilitación.

³³ Jesús Kumate y Guillermo Soberón. *Salud Para Todos ¿Utopía o Realidad?*, en el segundo apartado de "Los Modelos de Atención: *NOVA ET VETERA*". El Colegio Nacional, México, 1989, 223 pp.

En los países industrializados que habían podido resolver satisfactoriamente lo concerniente al saneamiento ambiental, la higiene de alimentos y bebidas, las condiciones de vivienda y la escolaridad elemental y media, el reforzamiento del modelo asistencial con base hospitalaria y énfasis curativo pareció la mejor y más lógica alternativa ante la problemática sanitaria de dichos países. Los costos aunque elevados estaban al alcance de las economías de posguerra.

Al terminar la segunda guerra mundial se manifestaron casi simultáneamente dos acontecimientos, primero: una demanda que no podía ser postergada para ampliar la cobertura de servicios médicos (asistenciales y profilácticos); y segundo: la adopción del modelo "occidental" basado en hospitales, personal profesional y tecnología avanzada costosa e importada. Los países pre-industrializados adoptaron acriticamente la tendencia del mundo industrial sin haber puesto las bases sanitarias, higiénicas, educativas y económicas que habían ocupado 50 años de inversiones, educación y legislación en los países europeos y en América del Norte.

La eficiencia del modelo ha dejado mucho que desear. El costo de operación es muy elevado, sus servicios están disponibles y concentrados fundamentalmente en las grandes ciudades y no se asocia con mejoras en los indicadores de salud. En los países del tercer mundo los recursos disponibles son consumidos en dos terceras partes por el sistema urbano-asistencial; el remanente no permite ofrecer atención básica en las áreas urbanas marginadas y en las zonas rurales, ni deja margen para los programas preventivos y las campañas nacionales contra problemas endémicos regionales o nacionales.³⁴

Con excepción de los sistemas de salud de los países socialistas, Cuba por ejemplo, y de algunos países desarrollados, en el resto del mundo hay una cobertura incompleta, tanto de servicios como de población. Un objetivo prioritario ha sido, por ello, la extensión de la cobertura asistencial al mayor número de habitantes.

Las motivaciones son de muy diversa índole: la solidaridad social en la democracia liberal, la conveniencia económica como factor determinante para la productividad en las sociedades capitalistas, la justicia social en las plataformas políticas de todos los partidos políticos contemporáneos o la salud como base, determinante y producto del desarrollo en los modelos económicos con rostro humano.

³⁴ *idem*

En México todas estas tendencias se han combinado y aparecen en la constitución de 1917, en el servicio social de pasantes en 1936, en la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en 1943, en la operación de las campañas para el control o erradicación de la viruela, paludismo, tuberculosis, bocio, accidentes, enfermedades venéreas, etcétera.³⁵

En este contexto la Atención Primaria a la Salud (APS), es una estrategia fundamental que constituye el eje del modelo de atención, que puede entenderse como un paradigma conceptualmente definido como un conjunto de valores, creencias y esquemas acerca de la forma, el contenido y la organización del trabajo en el campo de la salud.

Alcanzar salud para todos en el año 2000 mediante la APS implica inversiones en instalaciones, equipo, personal y tecnología apropiada. La magnitud presupuestal necesaria para cumplir con el compromiso de cobertura universal con calidad igualitaria es muy grande para los países no desarrollados. La posibilidad de que se lograra en el menor tiempo, de forma eficiente y a costos que pudieran ser asumidos por los gobiernos, dependía en gran medida de contar con la tecnología apropiada que pudiera ayudar a resolver los problemas prioritarios de un país, de una región o de una localidad. Sobre todo porque los servicios de la APS están dirigidos a resolver y controlar los problemas importantes, frecuentes o urgentes, ya que el grueso de la morbilidad se presenta en el primer nivel de atención.

Las experiencias recogidas en todo el mundo concuerdan con que la tecnología de los grandes centros hospitalarios no es la mejor opción para mejorar las condiciones de salud de una nación.

Las muertes evitables, innecesarias, inútiles e inaceptables, vistos nuestros conocimientos, nuestros recursos, nuestra tecnología, nuestros compromisos nacionales e internacionales hacen que la APS sea la única y mejor opción para mejorar las condiciones de salud.

Salud para todos es utopía para muchos y la Declaración de Alma-Ata puede parecer como un ideal inalcanzable, lo que es un hecho es que ni el enfoque estratégico inmediato que ve a la enfermedad como la única causa de un trastorno corporal, ni el modelo táctico, que es intervencionista, eminentemente curativo, con base hospitalaria y

³⁵ ibidem p.31

tecnología compleja, han podido hacerse asequibles a toda la población, como tampoco han resuelto satisfactoriamente los problemas de salud en los países con economía mixta.

Salud para todos no quiere decir que nadie padezca enfermedades, se refiere a la práctica de las medidas de promoción y de prevención que disminuyen los riesgos de enfermedad, invalidez y muerte, así como las de restauración de la salud perdida. La protección de la salud en este sentido, es el compromiso asumido en el artículo 4º de la Constitución Mexicana, en el que se establece que el Estado se compromete a cumplir con las garantías sociales de los ciudadanos, que comprenden básicamente, el derecho a la educación, empleo, vivienda y protección de la salud.³⁶

México, al adoptar el objetivo de “ Salud para Todos en el año 2000” propuesto por la OMS, se comprometió a alcanzarlo y, según su postura frente a este compromiso, el logro se concretaría a través de distintas políticas, estrategias y programas, con la intención de proveer más y mejores servicios, pero también de mayores recursos dirigidos a la salud.

3.1 La participación de México en el diseño de la ESPT2000 y sus compromisos

Previamente a la Declaración de Alma-Ata, en México ya se practicaban acciones de APS. Por ejemplo, en 1930 se estableció la Sección de Estadística Sanitaria cuyo objetivo era tener información precisa sobre la demografía y epidemiología de los mexicanos, lo que permitió, desde entonces, realizar actividades de salud pública.

Entre estas actividades destacan la erradicación de la viruela en 1951 y las campañas de rociado de zonas palúdicas iniciadas en 1945 en el puerto de Veracruz.

Aunado a ello, el servicio social de pasantes de la carrera de medicina instituido en 1936³⁷ y el programa de Bienestar Social Rural establecido en 1953, son algunas acciones

³⁶ Jesús Kumate y Guillermo Soberón. *Salud Para Todos ¿ Utopía o Realidad?* en, primer apartado: “La Lucha por la Salud en México”. El Colegio Nacional, México, 1989, 223 pp.

³⁷ El servicio social de pasantes de la carrera de medicina obligatorio se instituyó por el director de la Escuela de Medicina, el doctor Gustavo Baz, en 1936, en consonancia con el plan de gobierno del presidente Lázaro Cárdenas. El servicio social se extendió a las enfermeras en 1946 y en 1952 se incorporaron el IMSS, PEMEX y Ferrocarriles. Paralelamente se fueron involucrando en el servicio social más escuelas profesionales. En: Soberón G . Salud para todos ..op.cit.p.134

nacionales anteriores a la Declaración de Alma-Ata, y en su conjunto contienen el espíritu y la intención de este documento en cuanto a la estrategia de la APS.³⁸

Como miembro de la OMS, en 1977 México suscribió una postura según la cual la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero. Al mismo tiempo, México se comprometió, junto con los demás Estados miembros, a asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que todos los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (APS), en Alma-Ata, se propuso la APS como estrategia para alcanzar el objetivo de salud para todos. El énfasis de la APS está puesto en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, basándose en la participación activa y democrática de la población. La atención médica se incluye en un marco en el que también participan la alimentación, educación, vivienda, infraestructura sanitaria y las comunicaciones. La APS se aparta así de prescripciones inflexibles y pone especial atención en la capacidad de cada país para brindar los cuidados a la salud dentro de sus posibilidades económicas, diseñando las estrategias y tecnologías que más convengan a su nivel de desarrollo e idiosincrasia, y que aseguren la igualdad y la justicia social según sus propios valores.

En México, la Ley General de Salud que se empezó a aplicar desde julio de 1984 para los efectos del derecho a la protección de la salud, establece como servicios básicos los siguientes: educación para la salud, promoción del saneamiento básico, mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente, prevención y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes. Comprende además actividades médicas preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo urgencias, atención materno-infantil, planificación familiar, prevención y control de las enfermedades buco-dentales, promoción del mejoramiento de la nutrición, disponibilidad de medicamentos y otros recursos esenciales para la salud.³⁹

³⁸ José Marco V. Dr. En C., Jesús Kumate, Dr. En C., Alicia Barnard A. "La Atención Primaria de la Salud como instrumento de desarrollo en México", *Salud Pública de México*. Vol 31, No.2, Instituto Nacional de Salud Pública, México, marzo-abril de 1989, pp. 177-184.

³⁹ Guillermo Fajardo Ortiz, Antonio Ruezga Barba. "Atención Primaria de la salud y seguridad social en América". *Conferencia Interamericana de Seguridad Social*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México D.F., 1993, 231 pp.

Estos servicios se definen como acciones que enriquecen las propuestas de la OMS y responden a las características propias del país, además que el reconocimiento del derecho a la salud guarda concordancia con la meta de salud para todos en el año 2000.

Así, el planteamiento de prioridades, objetivos y estrategias del sector salud tiene como base el conocimiento de la situación de la salud de la población, que determina la prioridad de los problemas y sus alternativas de solución mediante programas idóneos que permitan tratar de satisfacer las demandas de protección contra daños y riesgos que comprometen la salud de los individuos.

Las posibilidades de alcanzar los objetivos de salud se vieron fortalecidas por el establecimiento del Plan Global de Desarrollo, como instrumento de carácter nacional para orientar las acciones del sector público y privado.

El Plan Global de Desarrollo, en el capítulo de Política de Salud y Seguridad Social, aceptó la definición de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad y dolencia". Este postulado de la OMS es complementado por el siguiente: "Gozar del nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica y social".⁴⁰ Quedó así asentado, que la salud es un derecho fundamental de los mexicanos.

El objetivo de proporcionar servicios a toda la población por etapas sucesivas se sustenta en una estrategia de atención primaria de la salud, especialmente en las áreas rurales y marginadas de las grandes ciudades. La APS, en nuestro país, es una forma de organización de la atención a la salud para proporcionar servicios mínimos, logrando la máxima cobertura con un número limitado de recursos.

La entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, órgano regulador de la programación del área de la salud, definió sus estrategias de acuerdo con los postulados del Plan Global de Desarrollo, y de igual forma con la estrategia de salud para todos en el año 2000.

Así, México asumió el hecho de que al momento en que fue lanzada la estrategia, estaba en condiciones de alcanzar tan importante meta, reconoció que la cobertura de los

⁴⁰ Salud Pública de México, "Objetivos y estrategias del Sector Salud para alcanzar los mínimos de salud para todos en el año 2000" Salud Pública de México, Vol. XXIII, No. 1, Instituto Nacional de Salud Pública, México, enero-febrero de 1981, pp.49-63

servicios de educación básica y el personal que allí trabaja eran lo suficientemente amplios y que permitirían garantizar la difusión de los valores fundamentales para la promoción de la salud, contemplando que ya existían los organismos estatales con capacidad para regular la producción y el acceso a los alimentos básicos, estableciendo que el sector salud tenía la capacidad para realizar la evaluación sistemática de la compleja cadena que incide en la alimentación, generando recomendaciones encaminadas a su mejoramiento.

De igual forma se manifestó que el país contaba con una infraestructura básica para el saneamiento y que la Secretaría de Salud poseía la capacidad técnica y experiencia en el campo de la regulación sanitaria, aunque se reconoció que sería necesaria una mayor concertación con otros organismos del Estado.

Por otro lado, y en el mismo sentido, se promovería el uso de medicamentos genéricos que cubrieran las necesidades de salud a menor precio, fortaleciendo la producción de materias primas nacionales y la cooperación regional aprovechando el desarrollo industrial del país que promovió durante varias décadas la producción de los fármaco-químicos que requería la expansión del sector salud.

Otro de los elementos que hicieron contemplar la posibilidad de lograr el objetivo fue que México había conseguido importantes logros en la planificación familiar, lo que finalmente demuestra la posibilidad de articulación sectorial e intersectorial cuando los beneficios de un programa están claramente identificados.

También, las epidemias locales han sido objeto de grandes esfuerzos desde los albores de la salud pública nacional y en general, se han reconocido adecuadamente estos problemas de salud, contando con los recursos para su control.

En aquel momento se tenía la intención de que la descentralización de los servicios de salud incluyera dentro de sus responsabilidades, la habilitación de recursos a las autoridades locales, para que éstas pudieran cumplir con sus nuevas tareas.

Se consideró que la experiencia de la erradicación de la viruela y el descenso del sarampión respaldaría una argumentación hacia la efectividad de las acciones para el control de este tipo de enfermedades, por lo que se podía asumir que había una posibilidad real de cumplir con la meta de erradicar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación. De hecho, debido a la alta efectividad en la realización de campañas de vacunación, México fue seleccionado para el establecimiento de un Centro Internacional de

Vacunas dedicado a la parte norte del continente americano con base en el desarrollo biotecnológico alcanzado.

De igual forma, se reconoció que el país contaba con una buena capacidad instalada para el tratamiento adecuado de las enfermedades más comunes y que las políticas de sectorización y descentralización habían incluido la optimización de esta infraestructura, aun cuando era claro que quedaban grandes esfuerzos por realizarse para el adecuado escalonamiento y regionalización de servicios.

También se identificó que se disponía de una enorme base para la formación de los recursos humanos que debía articularse adecuadamente con la prestación de servicios. Entre estos recursos se contaba con el sistema de Institutos Nacionales de Salud que garantizaría la formación de personal y la investigación del más alto nivel, así como la difusión de la tecnología adecuada a través de la creación de normas nacionales.⁴¹

Así, tomando en cuenta que la participación ciudadana ha demostrado ser uno de los mejores recursos para el cuidado de la salud —la colaboración de la población, su solidaridad ante la tragedia de los sismos de 1985, así como en los días nacionales de vacunación—, frente al gran objetivo de salud para todos, México estableció que cuenta con los recursos humanos, las herramientas técnicas, la voluntad política y el entusiasmo social para alcanzarlo.

3.2 El contexto nacional

La medicina en nuestro país forma un capítulo importante en la historia de la ciencia, y en ella se encuentra, desde la época de la conquista hasta el México actual, la relación entre dos procesos estrechamente vinculados: el cuidado de la salud y el consecuente desarrollo del personal de la salud.

Durante la década de 1940 y 1950, se pensaba que el desarrollo se daría a través de recursos materiales, por lo que la atención a la salud se volvió un asunto irrelevante. En la década de 1960 el desarrollo comenzó a ser percibido no solo a través de recursos materiales, sino también como capital humano; así, la atención a la salud se convirtió en inversión para mejorar la calidad de este capital. Durante la década de 1970 los analistas y

⁴¹ Jesús Kumate op cit. pag. 18

las autoridades encargadas de la salud propusieron que el bienestar humano era la única forma de acercarse al desarrollo y que el cuidado de la salud constituía una vía para distribuir dicho bienestar. Además, es posible ver la atención a la salud como una de las condiciones necesarias para la verdadera igualdad de oportunidades, lo cual es la base ética para la distribución de los beneficios del desarrollo económico.

La política económica y social de México ha transitado a través de las fases anteriormente expuestas, sin embargo su más atinado avance ha sido el reconocimiento de la atención a la salud como un derecho social.⁴²

En las décadas de 1960 y 1970 en México se presenció un dilema, respecto de si se realizaría la extensión de la cobertura de servicios integrales de las instituciones de seguridad social, o si esta extensión de cobertura se realizaría a través de programas selectivos de mayor rendimiento y menor costo de acuerdo con los recursos con los que contaba en ese momento la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La intención de ambas propuestas respondían a la búsqueda de una mayor coordinación y justicia social, sin embargo los esfuerzos no fueron suficientes para lograr la coordinación y dieron lugar a una multiplicación de autoridades fomentando la pugna por la hegemonía entre las principales instituciones. En efecto el Plan Nacional de Salud propuesto en 1974 por el régimen del presidente Luis Echeverría no consiguió su propósito integrador.

A principios de la década de 1970 se implantaron nuevas políticas para cubrir a los 35 millones de mexicanos que para entonces carecían de cualquier servicio moderno de salud. Con ese fin se creó el primer programa de solidaridad social del IMSS por medio del cual los beneficiarios del desarrollo industrial y el gobierno coparticiparían para llevar la salud al campo. A pesar del avance sustancial que significó este programa, solo se consiguió una cobertura aproximada de 1.9 millones de campesinos⁴³.

Esta situación explica por qué el acceso a dichos servicios era sumamente deficiente, toda vez que los consultorios se habían localizado en los silos de granos que la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) construyó con propósitos distintos a los de prestar servicios asistenciales y de salud pública. Además, este programa

⁴² Guillermo Soberón, MD, PhD, Julio Frenk, MD, MPH, PhD, y Jaime Sepúlveda, MD, MPH, DSc, "The Health Care Reform in México: Before and After de 1985 Earthquakes", en *American Journal of Public Health*. Vol. 76, No. 6, American Public Health Association, Washington D.C., junio de 1986, pp.673-680

⁴³ Kumate, Jesús. Op cit., pag 15-18

no brindó atención integral a la población derechohabiente; la promoción de la salud, las obras de saneamiento y los hospitales de tercer nivel quedaron fuera del mismo.

La década de 1970 presenció otro esfuerzo por extender los servicios de salud a la población rural con el Programa de Salud Rural que implantó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual se realizaron importantes innovaciones en el modelo de atención para conseguir su adecuación a las necesidades culturales de la población a la vez que una alta cobertura. No obstante, el principio de extensión de servicios fue eminentemente selectivo, dado su fuerte énfasis en la planificación familiar.

Se buscaba un balance dinámico entre las necesidades de salud, por un lado y disponibilidad de recursos para satisfacerla, por el otro. Se entró así a una nueva era en la planeación de la salud, caracterizada por soluciones novedosas al problema de la calidad de los servicios y la atención integral con base en el personal auxiliar y la implantación de medidas seleccionadas por su alto impacto social, sin atender a las necesidades sentidas por la población. Esta tensión resuelta a favor de la selectividad, significó nuevos retos y problemas para el planificador, el político y para la propia población, a la que se le pedía mayor participación dentro de esquemas que le aportaban beneficios específicos y limitados.

Con el breve auge petrolero al final de la década de 1970 y principios de 1980 se abrió una nueva posibilidad de hacer justicia a quienes habían quedado marginados de los beneficios del desarrollo industrial, con el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria (IMSS-COPLAMAR). Dicho programa innovó en el modo de atención hasta entonces utilizado para población abierta, ya que combinó al promotor local de salud y al médico pasante con la comunidad para la realización de obras de bienestar social. También se dieron importantes innovaciones en el uso de personal y vehículos multivalentes para el abasto, mantenimiento y transportación de enfermos. Todo ello contribuyó a configurar una experiencia fundamental en la extensión de cobertura con servicios de buena calidad.

Mientras que el IMSS colaboraba con el gobierno federal para extender la salud al campo, la SSA recibió la encomienda de extender los servicios de salud a la población urbana desprotegida con el Programa de Atención Primaria de la Salud de la Población Marginada en las grandes urbes.

Con dicho programa se buscaba complementar la red de centros de salud más pequeños y escalar el acceso a los hospitales que la Secretaría ya tenía en las grandes ciudades. El programa no consiguió cumplir totalmente su cometido ya que se implantó sobre una estructura administrativa fragmentada, lo cual imposibilitó que las innovaciones beneficiaran con igualdad a toda la población. Es por ello que podía decirse que el IMSS-COPLAMAR y el Programa de Atención Primaria de la SSA no lograron superar el dilema entre atención selectiva y atención solidaria para conseguir una verdadera atención integral y equitativa de la población.

La Secretaría de Programación y Presupuesto decidió promover, en agosto de 1981, la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud, último de los ocho grupos interinstitucionales que el presidente José López Portillo estableció como instrumento de coordinación interinstitucional, ya que ésta secretaría aportaba cuantiosos recursos de una misma cartera para los dos programas anteriormente descritos, que tenían como objetivo extender la cobertura de los servicios de salud sin poder incidir en el mejor aprovechamiento de tales recursos.

La coordinación, con la colaboración de 20 estados, elaboró un amplio estudio sobre los modelos y las estrategias para integrar los servicios bajo un Sistema Nacional de Salud. La descentralización era uno de los pilares del Sistema, dando la responsabilidad política a los estados para operar servicios propios, sectorizar aquellos de responsabilidad federal y estimular y conducir la participación ciudadana. Otro pilar del Sistema propuesto fue la centralización financiera y técnica, único medio para lograr eficiencia e igualdad en el marco del pacto federal. Como punto de partida el presidente Miguel de la Madrid envió la iniciativa de ley para establecer el derecho constitucional a la salud, según la cual el Estado asume la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios a todos los mexicanos y así, la rectoría de un Sistema Nacional de Salud.

De este modo se supera la concepción según la cual el Estado proporciona cobertura de atención a la salud según criterios específicos y se adopta, en cambio, un nuevo principio: el de ciudadanía. Este principio surge de una extensión de los conceptos de derecho civil y derecho político al área de lo social al considerarse que la libertad, la igualdad y la justicia no pasan de ser declaraciones huecas si no se garantiza, al mismo tiempo, el bienestar de toda la población. Así, la atención a la salud ya no admite

desigualdades según grupos o tendencias sino que se convierte en un derecho social de todos los habitantes que el Estado reconoce y asume.

La descentralización de los servicios de salud obedeció en México no sólo al propósito de adecuar los recursos a las necesidades y a las posibilidades de participación local. Su implantación fue pieza clave para consolidar la sectorización y la normatividad sobre las relaciones sectoriales e intersectoriales. La descentralización obedeció también a una medida de economía política. La Crisis económica y los compromisos internacionales implicaron, a precios constantes, un decremento del 47.1 por ciento en el gasto de operación del sector salud entre 1982 y 1986.⁴⁴ La mayor participación financiera de estados y municipios ha sido sólo uno de varios principios dirigidos a la consolidación del Sistema Nacional de Salud. De mayor consecuencia, a mediano y largo plazo, es el fortalecimiento de las estructuras políticas para la gestión soberana de la protección de la salud por parte de los estados y municipios, sobre la base de leyes estatales y convenios municipales.

La coordinación intersectorial sólo podría llevarse a cabo dentro de un Sistema Nacional de Salud capaz de integrarla, dirigirla y evaluarla tanto al nivel nacional como estatal y local.

Tan importante política para conseguir salud para todos adoleció históricamente del centralismo, la duplicación y el aislamiento, al grado que la planeación regional integral solía centralizarse y duplicarse. Así las cosas, mientras que el programa IMSS-COPLAMAR coordinó entre 1979 y 1982 a un grupo de entidades paraestatales en el esfuerzo común de integrar a los marginados, el Estado implantó los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADES), sin que existiera relación alguna entre ambas instancias coordinadoras. Esta duplicación afectó a la salud, ya que el programa IMSS-COPLAMAR estableció relaciones con, por ejemplo, CONASUPO pero no así con la SSA ni con la Secretaría de Educación Pública (SEP).

Por otra parte, estas relaciones se dieron al nivel central, obviando la coordinación estatal, en la cual sí participaban las dos secretarías federales. El reforzamiento de los

⁴⁴ *ibidem*, pag. 19

COPLADES, junto con la integración de autoridades unívocas estatales y al nivel nacional, fueron así una respuesta por demás impostergable.⁴⁵

En síntesis, el esquema implantado para consolidar el Sistema Nacional de Salud, recoge y armoniza elementos puestos en práctica en el pasado e introduce nuevas formas para deslindar funciones y asignar responsabilidades a distintas instituciones comprometidas todas, con instrumentos programáticos elaborados en consenso, con el cuidado de la salud de la población.

Tras este análisis histórico y después de preguntarse si México contaba con bases reales para que el país lograra salud para todos en el año 2000, la respuesta entonces fue que sí se estaba en condiciones de alcanzar tan importante meta, siempre y cuando se lograra la concertación de voluntades de todos los sectores sociales que contribuyeran a lograr este objetivo.

3.3 El papel del Banco Mundial en el financiamiento.

El Banco Mundial (BM) surgió de la Conferencia de Bretton Woods en 1944 y lo constituyen cinco instituciones: el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (IBRD, por sus siglas en inglés), organización que propiamente se conoce como BM, el Centro para el Arreglo de Disputas Internacionales, la Agencia de Inversiones Multilaterales, la Corporación Financiera Internacional y la Asociación para el Desarrollo Internacional.

Sus objetivos explícitos son reducir la pobreza y mejorar los niveles de vida mediante la promoción del desarrollo sustentable y la inversión en capital humano, así como ofrecer préstamos, asistencia técnica y guías de política para los países miembro en vías de desarrollo.

Sus principales instrumentos son los préstamos de largo plazo, que se ofrecen a los países de ingresos medios y bajos a tasas de interés comerciales, y los créditos de asistencia para el desarrollo, que son libres de intereses y que sólo pueden solicitar los países más pobres, es decir, los países con ingresos *per capita* anuales menores a 1 500 dólares.⁴⁶

⁴⁵ Jesús Kumate, pp.cit, pags. 19-21

⁴⁶ Octavio Gómez Dantés, "The World Bank and World Health.", en Salud Pública de México, Vol.41, No.4, Instituto Nacional de Salud Pública, México, julio de 1999, pp.356-358

Así, el BM se ha convertido en el financiador externo más grande en las actividades relacionadas con la salud en los países de bajo y mediano ingreso, en una figura cada vez más importante en los debates sobre políticas internacionales de salud y en un significativo contribuyente de las investigaciones sobre políticas de salud a nivel mundial.

El papel tan importante que jugó el BM durante la década de 1990 es, en parte, un resultado del impacto negativo de los Programas de Ajuste Estructural que el mismo Banco promovió, ya que se asociaron a un incremento inquietante de la pobreza y la desigualdad.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estas políticas generaron una reducción del ingreso en África de entre 10 y 25% entre 1980 y 1992⁴⁷. En América Latina, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre 1980 y 1990, el número de pobres en la región se incrementó de 135 a 195 millones, mientras que la incidencia de la pobreza aumentó de 41 a 46%⁴⁸.

Esta situación propició que la UNICEF manifestara que era necesario poner énfasis en las necesidades de invertir en el sector social y hacer un llamado para que el ajuste estructural se realizara a partir de un contexto humanitario, ya que los préstamos que el Banco otorga se implican directamente con las políticas de ajuste macroeconómico y la mayoría de los países no tienen la capacidad de negociar las particularidades adyacentes como un socio en igualdad de condiciones con el Banco.

En México, se puso en marcha el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) en enero de 1991 por la Secretaría de Salud, éste tenía el propósito de mejorar las condiciones de salud de las familias de bajos ingresos, no aseguradas, de las zonas rurales de cuatro de los estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero. El programa se propuso ampliar la cobertura real de los servicios y mejorar sustancialmente la calidad de su prestación, a fin de garantizar, en el largo plazo, un giro sustancial en los riesgos de enfermar y morir entre las poblaciones más vulnerables de los estados participantes.

Este programa fue financiado con un préstamo del Banco Mundial y con recursos federales y estatales en conjunto, estos recursos sumaron 250 millones de dólares, ejercidos

⁴⁷ Abbasi K. "The World Bank and World Health. Under fire.", en *British Medical Journal*, Vol. 318, Ed. BMJ, Publishing Group, Londres, Reino Unido, 1999, pp.1003-1006.

⁴⁸ Octavio Gómez, op.cit. *The World Bank...*, pag. 356-358

entre enero de 1991 y diciembre de 1995. El 89% de los recursos se asignaron al primer componente y el 11% restante al componente de desarrollo institucional⁴⁹.

Una vez concluido el programa se realizó su evaluación integral, que incluyó una evaluación económico-administrativa, una evaluación del cumplimiento de metas, una evaluación del desarrollo institucional y una evaluación del impacto del programa en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.

Los recursos económicos provenientes del PASSPA contribuyeron de manera muy importante al financiamiento de los servicios dirigidos a la población marginada en las entidades participantes. En términos per cápita, por ejemplo, el programa logró incrementar en casi 20% los recursos para la población abierta de Hidalgo en 1991. Estos recursos se tradujeron en una ampliación considerable de la infraestructura de salud. Gracias al PASSPA se construyeron 170 unidades de salud, se rehabilitaron 870 unidades de primer nivel, se contrataron 5 464 plazas, se adquirieron 390 vehículos y se equiparon 1 096 unidades. De hecho, la obra nueva de PASSPA incrementó en un 12% la planta física de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada de los estados participantes respecto de 1990⁵⁰.

En 1995, un segundo proyecto fue financiado por el Banco Mundial, bajo el nombre de Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

Los objetivos del segundo proyecto de ampliación de cobertura de servicios básicos de salud, estaban dirigidos a promover el acceso equitativo a los servicios de salud de calidad a la población no asegurada, a la descentralización de los procesos técnicos, administrativos y financieros de los estados, y a la modernización y reestructuración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que pudiera ocuparse más en mejorar su papel de liderazgo en el sector y menos en las responsabilidades operativas del mismo.

A dicho programa se le asignó un monto de \$310.0 millones de dólares. Otros \$133.4 millones de dólares fueron asignados por recursos nacionales, siendo la Secretaría

⁴⁹ Octavio Gómez-Dantés, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno, Blanca Villa y Malaquías López-Cervantes, "Evaluación de programa de salud para población no asegurada.", en *Revista de Saúde Pública*, Vol. 33, No 4, Universidad de Sao Paulo, Brasil, Agosto 199, pp.401-412

⁵⁰ idem

de Salud la responsable de hacer uso de esos recursos para la implantación de dicho programa.

Este programa consta de tres componentes: El primero es lo referente a los servicios básicos de atención a la salud, al cual se le dirigió el 76.5% del costo total del proyecto. Bajo este componente se proporcionarían servicios básicos de salud a 19 de los estados de la República: Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Zacatecas, Michoacán, San Luis Potosí, Campeche y Yucatán. El criterio de selección de los estados se basó en la cantidad de población no asegurada y de difícil acceso, y que como población presentarían un nivel de salud por debajo de los estándares nacionales. Se estableció como objetivo que se alcanzaría un total de 10.9 millones de personas.

El segundo componente, se refiere al desarrollo institucional y descentralización, al cual se le asignó el 13.8% del costo total y su principal objetivo es respaldar la descentralización de los servicios de salud de la SSA hacia los 32 estados y los distintos niveles jurisdiccionales que tengan que ver con el sector salud.

Y el tercer componente se dirige a la modernización y reestructura de la SSA, al que se le asignó el 10.6% del costo total del proyecto y que tiene como objetivo apoyar la reestructura de la SSA, estudios operacionales y de política financiera, asistir al desarrollo de un sistema de comunicación nacional y respaldar la administración del proyecto a través de las unidades de coordinación del proyecto a nivel central y estatal⁵¹.

A nivel local, este programa se coordinó con otros que pretendían igualmente la extensión de los servicios sociales, pero especialmente con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), además el programa ayudó a coordinar e instrumentar otros programas, como el Programa de Atención a Pueblos Indígenas (PAZI), el Programa Intersectorial para Trabajadores del Campo (PIAJA) y el Programa de Cirugía Extramuros (PCE), entre otros.

Con la implantación de este programa, México se convirtió en uno de los primeros países del mundo en adoptar como política nacional un paquete de servicios básicos de salud para las poblaciones que no contaban con ningún sistema de provisión de servicios de salud y que contemplara el costo así como los beneficios que la aplicación de este conseguiría.

⁵¹ World Bank. *Second Basic Health Project*. Banco Mundial, Washington D.C., Diciembre 2002, pp.52

3.4 Evaluación del desempeño de la ESPT2000

La ESPT2000 fue aprobada por unanimidad por los Estados miembros de la OMS, conviniendo así en dar seguimiento al progreso de la aplicación de sus estrategias nacionales y así evaluar su eficacia en el mejoramiento del nivel de salud de sus poblaciones.

La Asamblea Mundial de la Salud propuso que los informes correspondientes fuesen analizados cada dos años por los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud, y que se realizara una evaluación cada seis años para determinar la eficacia y el impacto de la estrategia en los planes nacionales, regionales y mundiales. Este proceso se inició en 1983 con el primer informe de vigilancia.

Con el propósito de facilitar la presentación de informes sistemáticos y el resumen de la información a nivel regional y mundial, la OMS estableció un marco común en 1982 a fin de ayudar a los Estados miembros a recopilar, analizar y usar la información necesaria para vigilar el progreso realizado en la aplicación de las estrategias nacionales de salud para todos. Posteriormente, el marco común fue ampliado, revisado y mejorado con la primera evaluación (1985), la segunda vigilancia (1988), la segunda evaluación (1991) y la tercera vigilancia (1994).

La tercera evaluación, en 1997, la última antes del año 2000, tenía como propósito evaluar el progreso de la aplicación de la estrategia y del modelo de atención primaria a la salud, en función de identificar las áreas que pudieran requerir acciones prioritarias, así como los elementos que pudieran obstaculizar pero también facilitar este progreso.

A nivel global, la OMS reconoció en su informe que a pesar de que existía un marco general pensado para facilitar las comparaciones y los análisis regionales y mundiales, cada informe fue preparado principalmente con miras a resolver las necesidades de cada país, así que había diferencias en las fechas de la información que estos presentaron, por lo que fue necesario incluir información de otras fuentes como CEPAL, BID, Oficina de Estadísticas

de las Naciones Unidas, PNUD, UNESCO, UNICEF y el Banco Mundial con el fin de complementar los datos contenidos en los informes nacionales⁵².

Además, los informes diferían mucho en cuanto a su calidad, algunos eran bastante detallados y proporcionaban la información solicitada en el marco. Otros estaban incompletos y contenían más bien una descripción de actividades en vez de un análisis de la situación de la ESPT2000 en el país.

De tal forma que la OMS realizó un resumen del estado de los indicadores mundiales de compromiso con la meta de Salud Para Todos en el año 2000.

A nivel regional, la preparación del reporte presentó también diversas dificultades. Aunque la mayoría de los informes llegaron a la sede de la OPS en el plazo establecido, varios se retrasaron considerablemente y otros no llegaron. Aunque los 33 países de los cuales se recibieron informes representan más del 90% de la población de la Región, como los informes diferían considerablemente en cuanto a su alcance y profundidad, resultó difícil sacar conclusiones válidas para toda la Región sobre la marcha hacia la meta de salud para todos en el año 2000.

El informe unificado está organizado en torno a las secciones del marco común. En el anexo 1 se incluye un resumen regional sobre la situación de los indicadores básicos que se usaron para evaluar la marcha hacia la meta de salud para todos en el año 2000, en este se incluye México como uno de los países de la Región de las Américas.

A nivel nacional, México, en el informe de resultados, presentó los logros que se habían alcanzado; sin embargo también reconoció la situación económica y política que el país enfrentó desde finales de 1980 y prácticamente durante toda la década de 1990, es decir las crisis económicas que incluyen el déficit en la balanza comercial, la disminución del PIB per cápita, el incremento del monto total de la deuda del sector público y externa, la disminución del gasto público, el desempleo, etcétera.

En general, e incluyendo el caso de México, el análisis del avance de las principales estrategias dirigidas al logro de la meta, muestra que el desarrollo de políticas y estrategias nacionales no incluyó la participación de otros sectores y actores, la definición y organización de prioridades se realizó en torno a intereses muchas veces opuestos al logro

⁵² OMS/OPS, "Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000", Washington D.C., septiembre 1997, pp.97

de la ESPT2000 y a la aplicación de la APS. Por otra parte, la organización de sistemas nacionales no se basó en la atención primaria, mientras que la gestión de los servicios sufrió en gran parte por el estancamiento de los procesos de recolección, análisis y utilización de información para la definición de prioridades, planes y políticas. La participación, aunque amplió sus espacios, fue a veces utilitaria o se diluyó al finalizar proyectos específicos. La equidad se mantuvo como valor en los problemas de salud, pero no se tradujo en una mejor distribución de recursos, mientras que el hospital siguió siendo el centro del sistema de servicios de salud.

Entre los problemas principales con la aplicación de la APS, se destaca la falta de recursos generada por la crisis de la década de 1980, que obligó a los países a adoptar programas económicos de ajuste y austeridad fiscal, situación que causó en parte el progresivo y acelerado deterioro de la infraestructura sanitaria y la disminución de la capacidad operativa de los servicios públicos de salud. Estos elementos aunados a la poca competitividad del sector de la salud, afectaron su capacidad para responder en un contexto donde los procesos de descentralización carecieron de capacidad gerencial suficiente para sostener los cambios a nivel local. Otros obstáculos se relacionaron con el débil compromiso político en los niveles decisorios debido a la frecuente rotación de las autoridades ministeriales, falta de insumos y supervisión, negligencia sobre aspectos socioculturales de la salud, poca información a la comunidad, frágil desarrollo de capacidad técnica, limitado apoyo a la profesión médica y oposición de algunos sectores.

La movilización de recursos para la ESPT2000 fue también afectada por lentos procesos de negociación interna y de definición de prioridades nacionales, poco conocimiento de la negociación interna y de definición de prioridades nacionales, poco conocimiento de la oferta de cooperación y de los procesos de movilización de recursos y escasa experiencia nacional para el diseño y la gestión de proyectos.

La mejoría en las tasas de morbilidad en su totalidad y el incremento de la esperanza de vida no fueron exclusivamente el resultado de la aplicación de la APS y la ESPT2000, sino primordialmente de la voluntad política de muchos gobiernos para avanzar en este sentido.

La OMS mantiene su postura manifestando que, en el nuevo milenio, los Estados miembros deben renovar su compromiso con la meta de Salud Para Todos y sus estrategias

de salud en el contexto de las tendencias sociales, económicas, políticas, ambientales y tecnológicas que están afectando a la salud de las poblaciones, al ambiente y a los servicios de salud, dándole prioridad a la adopción de políticas para resolver sus problemas de salud de manera sostenida, con miras a mejorar constantemente la calidad de vida de su población.

Conclusiones

De los errores en la interpretación de la terminología usada en la ESPT2000

Atención primaria a la salud.

La declaración de Alma-Ata establece que la salud es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo partiendo del reconocimiento de que la salud debe entenderse como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si bien esta definición traslada el concepto de salud al de bienestar, que también requiere definirse, y ha sido criticada por su carácter utópico y la dificultad para operacionalizarla, tiene la virtud de que extiende acertadamente el concepto de salud hacia los determinantes de naturaleza psicológica y social, subraya su aspecto positivo y la promoción de la misma, en notorio contraste con la visión médica dominante que se centra en los mecanismos biológicos, la ausencia de enfermedad y la curación. Esta era sin duda la intención del planteamiento.

Los países, sin embargo, se apartaron de esta interpretación del concepto en el diseño de las políticas nacionales de salud, omitiendo así que la salud es una realidad que no debe ser separada de otros ámbitos sociales y económicos, y no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado. En este contexto, la OMS no reconoció ni atendió efectivamente esta problemática y permitió que los Estados miembros olvidaran la naturaleza del concepto en la aplicación de la estrategia. Aunado a ello, fue el primero en no utilizar los mecanismos de cooperación internacional que habían sido propuestos justo para el abordaje de este tipo de situaciones.

En términos de la ESPT2000 la “atención de la salud” significaba la generación de condiciones básicas y una infraestructura integral para promover la salud en la población, quedando implícita la prevención de enfermedades. Atender a la salud, entonces, no era, exclusivamente, curar enfermedades, sino proporcionar servicios básicos de salud en términos de las necesidades de las comunidades. Ahora bien, en la versión original en inglés fue usado el concepto *care* que significa cuidar e implica una actitud distinta a la de atender; de hecho el término se tradujo al español como atención. Los países miembros interpretaron el término *care* como el hecho de proporcionar los servicios desde una

perspectiva burocrática vertical sin contemplar las necesidades de las comunidades y sin querer generar una infraestructura a partir de la cual todos los sectores de la sociedad estuviesen involucrados, que era, precisamente, lo que la OMS quiso manifestar con dicho concepto. No obstante, en la mayoría de los países "atender la salud", se tradujo en: medicación, hospitalización y generación de tecnologías para el tratamiento de enfermedades.

Por otra parte, con atención "primaria" la OMS exhortaba a los países miembro a darle la prioridad a los servicios de salud del primer nivel de atención; se señalaba, pues, que la atención primaria a la salud debía ser el elemento medular de los sistemas nacionales de salud y por lo tanto del desarrollo social y económico de los países. Sin embargo, la magnitud de los recursos de los que cada nación disponía para el desarrollo de la estrategia dependía de su situación económica y de las políticas de redistribución del ingreso y la inversión social seguidas en cada país, lo que en suma implicaba en muchos casos una restricción importante, aún para países de ingresos medios como México. Debido a esta limitación, la aplicación de la atención "primaria" se restringió a la realización de una serie de actividades de saneamiento y prevención médica que se creían eran de bajo costo por su relativa poca complejidad, y se convirtió de acuerdo con el decir de muchos analistas en una "atención pobre para pobres".

Los problemas de interpretación, aplicación y desarrollo de la ESPT200 no se atendieron eficazmente debido a que estos no se identificaron oportunamente y también, en cierta medida, a la falta de compromiso de los países miembros con el uso de los mecanismos de retroalimentación establecidos en la ESPT2000 y el plan de acción global; asimismo, la OMS descuidó la necesidad de integrar estas situaciones a la propia estrategia como elementos esenciales para garantizar la efectividad de la misma.

De los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación

En el planteamiento de las hipótesis de esta investigación se afirmó que en la ESPT2000 no habían sido manifestados los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación, sin embargo, luego de estudiar y analizar la estrategia pudimos darnos cuenta de que dichos mecanismos sí fueron planteados. Como resultado de este análisis es posible aseverar que los mecanismos incluían generar en los Estados miembros una actitud responsable respecto

a las acciones que estuvieran realizando frente a la aplicación de la estrategia, no se trataba solamente de la presentación de resultados con base en los indicadores que la OMS había planteado.

La OMS había sugerido los mecanismos con la intención de generar una política internacional de salud que a su vez fuera adaptada a las necesidades nacionales de cada uno de los países miembro. Dicha política debía ser lo suficientemente flexible para darle cabida a las circunstancias de cada país. Por diversas razones los Estados miembros no generaron la infraestructura necesaria para la aplicación de la estrategia y su evaluación.

Esto generó que la retroalimentación, regional y mundial, no tuviera éxito, pues los Estados miembros se limitaron a proporcionar datos que no hablaban de qué estaba sucediendo en materia de la aplicación de la estrategia.

Dadas estas circunstancias la OMS tampoco se responsabilizó de su papel de líder en el campo de la salud y específicamente en el diseño de políticas de salud.

En este contexto la OMS perdió credibilidad como un organismo internacional capaz de conminar a hacer posible la cooperación internacional en salud en tanto que no pudo hacer efectivos los términos de cooperación internacional que la estrategia implicaba, y quienes dejaron de hacer posible la efectividad de la estrategia fueron los gobiernos de los Estados miembros.

De las restricciones financieras en la aplicación de la ESPT2000

Durante la década de 1980 el mundo empezó a cambiar rápidamente y los sistemas de salud alrededor del mundo empezaron a enfrentar graves crisis, además de que se presenciaron nuevos problemas de salud. Para entonces, se estaba dejando claro que la salud mundial no había progresado y estaba lejos de cumplir con lo que se esperaba. No solo era el hecho de que las políticas de salud no se habían implantado sino que los países estaban enfrentando problemas que tenían que ver con los recursos financieros que rechasaban el sector de la salud y que empezaban a resultar en serias crisis sociales en todo el mundo. La pobreza y la desigualdad seguían creciendo al interior de los países.

En este sentido, la estrategia enfrentó serias restricciones financieras para poder llevarse a cabo. Había un reconocimiento de las necesidades de la cantidad de recursos que se necesitaban para poder cumplir con los objetivos, sin embargo la OMS no pudo conciliar

los intereses ni generar una postura solidaria por parte de las instituciones financieras internacionales para apoyar a los países que requerían recursos adicionales para la implantación de la estrategia en sus países.

La OMS, en este sentido dejó a los países resolver por cuenta propia el problema de los recursos financieros y fue ahí donde el Banco Mundial intervino en el escenario de la salud, detentando el liderazgo respecto del establecimiento y desarrollo de políticas de salud.

Así, durante la década de 1990, el Banco Mundial se convirtió en la institución más importante en lo que respecta al financiamiento de programas de salud en los países en desarrollo, basándose en un enfoque a partir del cual los gobiernos se responsabilizarían exclusivamente de los servicios básicos y de prevención en el primer nivel de atención, mientras que los servicios curativos en el segundo y tercer nivel serían absorbidos por el sector privado. Este enfoque se contrapuso a los principios de Atención Primaria a la Salud, que enfatizaban la importancia de un enfoque integral de los servicios de salud al mismo tiempo que reconocía la relación que existe entre el desarrollo socioeconómico y los niveles de salud en las sociedades. Cuando los Estados miembros aceptaron las condiciones del Banco Mundial, la ESPT2000, como opción de cooperación internacional en materia de salud dejó de ser viable.

En una primera fase, específicamente en México, la aplicación de la estrategia parecía que iba a dar buenos resultados. En el capítulo tercero de esta investigación se enuncian las acciones tomadas por el gobierno mexicano para cubrir algunos de los lineamientos propuestos por la OMS, y que, a pesar de la movilización de recursos, la intervención del Banco Mundial, a solicitud del gobierno mexicano, la iniciativa de una política de salud nacional bajo el modelo de atención primaria a la salud se vino abajo. El estado mexicano, pues, dejó de lado la responsabilidad de proporcionar los servicios de salud permitiendo que instituciones del sector privado, como el Banco Mundial, modificaran la estructura que se requería para la aplicación efectiva de la estrategia.

De la efectividad de la ESPT2000 en materia de cooperación internacional

El lanzamiento de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000 es una clara evidencia de que el reconocimiento de la necesidad por resolver conjuntamente los problemas de

salud en el mundo puede generar el interés por buscar nuevas formas de cooperación, así como de nuevos mecanismos e instrumentos operativos y de financiamiento que permitan resolver los grandes problemas de salud que se viven en el mundo.

La estrategia tuvo un impacto innovador en tanto que instaba a los Estados miembros y a la OMS a responsabilizarse, tanto a nivel nacional como internacional, de la aplicación de la ESPT2000; ya que existía un objetivo común, echar mano al problema de la salud, se promovió que la cooperación internacional sucediera de manera efectiva y en forma multilateral. Así pues, se dejaron atrás los disfuncionales modelos de cooperación bilateral que no resolvían los problemas internacionales y se planteó la posibilidad de aplicar este modelo multilateral en el tratamiento de problemas tales como educación, tratamiento de residuos peligrosos, contaminación de aguas, etcétera.

El plan de acción de la estrategia también tuvo un carácter innovador en tanto que las reuniones entre los Estados miembros y la OMS tenían la particularidad de que, además de presentar los resultados de la aplicación de la estrategia, y como parte del objetivo de la aplicación, de manera unánime se retroalimentaría la estrategia misma y el trabajo que los países estaban realizando en materia de políticas de salud.

Por último, es importante hablar sobre el gran aporte que representó la ESPT2000 en tanto que se instaba a la responsabilidad de la OMS y los Estados miembros en el asunto de generar una infraestructura funcional a nivel nacional y mundial. Independientemente de los resultados del estudio, es preciso concluir que en materia de cooperación internacional la ESPT2000 claramente nos deja ver que, salvadas las dificultades inherentes a este tipo de iniciativas, es posible continuar en la tarea de generar una responsabilidad compartida a escala internacional en el tratamiento de los graves problemas que aquejan a las sociedades. Para ello, es necesario identificar el origen de las dificultades existentes en esta materia como, por ejemplo, las diferencias en cuanto lo que debe o no incluir la salud internacional y al indudable impacto que tienen en la salud de los pueblos los factores de orden financiero, económico y político prevalecientes. No bastan, pues, la buena voluntad de participación y corresponsabilidad, se requiere además de una comprensión más profunda de los cambios que en el marco del orden mundial existente son factibles de realizarse.

Glosario

Siglus

- APS- Atención Primaria a la Salud
- BID-Banco Interamericano de Desarrollo
- BIRD- Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo
- BM-Banco Mundial
- CEPAL- Comisión Económica para América Latina
- CONASUPO- Comisión Nacional de Subsistencias Populares
- COPLADES- Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal
- ESPT2000- Estrategia de Salud para Todos en el año 2000
- IMSS-COPLAMAR- Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social
- IMSS-Instituto Mexicano del Seguro Social
- OMS- Organización Mundial de la Salud
- ONG- Organización No Gubernamental
- ONU- Organización de las Naciones Unidas
- OPS- Organización Panamericana de la Salud
- PAC-Programa de Ampliación de Cobertura
- PASSPA-Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
- PAZI-Programa de Atención a Pueblos Indígenas
- PCE-Programa de Cirugía Extramuros
- PIAJA- Programa Intersectorial para Trabajadores del Campo
- PNUD-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

- PROGRESA-Programa de Ecuación Salud y Alimentación
- SEP-Secretaría de Educación Pública
- SSA-Secretaría de Salubridad y Asistencia
- UNESCO-Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USAID- Agencia Internacional para el Desarrollo (Estados Unidos)

Conceptos

- Epidemiología- Referente al estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados
- Morbilidad-Proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinado.
- Mortalidad-Proporción de defunciones en una población, lugar y tiempo determinados.
- Salud Internacional- El conjunto de actividades en salud que trascienden el área de responsabilidad de un país para que, por acuerdos mutuos con otros países de tipo bilateral, subregional, regional, y mundial pasen a ser compartidos en todos sus componentes por uno o más países. También se refiere a los cambios interrelacionados y complejos tanto en la dinámica de las relaciones internacionales como en los patrones de las condiciones y sistemas de salud en el mundo.

Anexo 1.

Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000, Región de las Américas

Cuadro 1. Finanzas públicas: Segunda y Tercera Evaluaciones de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000

País	Gasto del Gobierno central (% PNB)			Tasa crec.	% del gasto total en servicios sociales			Tasa crec.	Deuda/superavit global como % del PNB			Cambio
	1980	1990	1994	90-94	1980	1990	1994	90-94	1980	1990	1994	90-94
Argentina	18,40	15,50	**	**	28,60	**	**	**	-2,60	-2,70	-2,70	0,00
Bolivia	**	18,80	26,10	0,39	**	38,20	42,00	0,10	**	-1,90	-3,70	-1,80
Brasil	20,90	36,00	34,80	-0,03	32,30	32,60	36,70	0,13	-2,50	-16,60	-4,00	12,60
Chile	29,10	32,80	21,20	-0,35	57,60	49,90	64,00	0,30	5,60	-0,20	1,70	1,90
Colombia	14,70	15,10	14,80	-0,02	44,10	**	31,50	**	-1,80	-2,00	-0,60	1,40
Costa Rica	27,80	27,10	31,60	0,17	62,40	60,20	61,30	0,02	-7,60	-3,30	-5,90	-2,60
Rep. Dominicana	17,00	15,30	17,70	0,16	35,50	45,00	39,60	-0,12	-2,70	0,00	0,00	0,00
Ecuador	14,90	15,60	16,80	0,08	43,90	31,70	**	**	-1,50	2,00	0,00	-2,00
El Salvador	14,90	9,90	14,90	0,51	34,30	29,50	39,40	0,34	-5,90	-0,10	-0,80	-0,70
Guatemala	12,50	12,00	9,20	-0,23	29,80	37,20	29,50	-0,21	-3,50	1,80	-1,20	-3,00
México	17,40	18,40	17,90	-0,03	38,90	23,80	28,80	0,00	-3,10	0,80	0,80	0,00
Nicaragua	32,30	33,80	42,40	0,25	33,20	**	45,50	**	-7,30	**	-5,70	**
Panamá	32,00	31,80	28,90	-0,09	30,60	60,50	70,90	0,17	-5,40	-8,20	4,60	12,80
Paraguay	0,80	9,30	12,90	0,39	33,60	31,80	46,30	0,46	0,30	2,90	1,20	-1,70
Perú	20,40	10,00	15,80	0,58	21,20	21,40	**	**	-2,50	-5,00	3,10	8,10
Uruguay	22,70	27,50	37,10	0,35	61,10	62,20	73,10	0,18	0,00	0,40	-3,00	-3,40
Venezuela	18,90	23,10	19,50	-0,16	32,00	**	**	**	0,00	-1,20	-4,30	-3,10

Fuente: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993.

Nota. Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 2. Datos Socioeconómicos: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000. Región de las Américas

Área (región)	Alfabetismo (15 y + años) (1992)		PIB per cápita (PIB/US\$) (1992)	% de población en pobreza (millón de personas disponibles, 1999) (1994)	Tasa de crecimiento PIB (1991-1993)	Deuda externa como % del PIB (1992)
	H	M				
América del Sur						
Bolivia	70	72	400	17(1)	10,9	61,2
Colombia	89	86	1.330	36	10,3	36,9
Ecuador	89	85	1.070	10(1)	10,0	90,9
Perú	93	80	950	45(1)	6,9	92,7
Venezuela	88	91	2.910	61(1)	16,6	61,1
Centro Sur						
Argentina	97	96	6.090	30 (b)	25,4	39,3
Chile	95	94	2.730	29	23,6	46,9
Paraguay	93	85	1.390	41	8,0	24,6
Uruguay	96	97	3.340	7	12,7	46,7
Brauil	84	81	2.270	43	4,6	31,2
Elimo Centroamericano						
Bolivia	91	91	...	13(1)	14,8	...
Costa Rica	93	93	1.960	26	15,7	79,7
El Salvador	80	70	1.170	29 (c)	13,6	25,5
Guatemala	65	48	880	17(1)	12,9	21,2
Honduras	78	73	690	11(1)	11,6	62,0
Nicaragua	72	71	340	17(1)	6,3	100,3
Panamá	90	90	2.420	12(1)(c)	24,3	107,2
México	91	86	3.470	36	7,2	34,1
Caribe Latino						
Cuba	96	94	...	...	...	...
Haití	61	49	...	10(1)	19,7	...
Puerto Rico	90	89	6.590	...	...	...
Rep. Dominicana	86	83	1.050	14(1)	7,7	57,0
Caribe no Latino						
Anguila	95	95	...	...	...	...
Aruba y Bonaire	90	88	...	...	3,3	...
Antillas Neerlandesas	94	93	...	...	...	...
Aruba	...	...	...	...	...	...
Bahamas	90	89	...	...	...	...
Bahamas	99	99	...	...	...	...
Dominico	94	94	...	12(1)	5,6	...
Guaymas	98	98	...	...	3,5	...
Guaymas	99	90	...	...	...	...
Guaymas Francesa	84	82	...	...	...	...
Guaymas	84	84	...	...	...	...
Islas Caimán	98	98	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	99	98	...	...	...	...
Islas Virgenes (EU)	...	...	...	...	...	...
Islas Virgenes (RU)	98	99	...	...	...	...
Jamaica	99	99	1.340	11(1)	...	111,7
Montserrat	92	93	...	...	...	...
Montserrat	97	97	...	...	...	...
St. Kitts y Nevis	96	98	...	...	7,4	...
St. Vincent y las Grenadinas	96	90	...	...	9,6	...
Santa Lucía	81	82	...	...	6,1	...
Sintma	96	96	...	...	...	...
Trinidad y Tobago	99	98	3.490	23	...	45,7
América del Norte						
Estados Unidos	98	99	...	...	...	...
Canadá	95(a)	95(a)	20.710	...	...	...
Estados Unidos	96(a)	99(a)	23.240	11(1)(b)	...	...

[] Información Obtenida de los Informes de País para la Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.

(a) Para ambos sexos

(b) Urbano

(c) Rural

* Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Cuadro 3. Datos Demográficos: tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000.— Región de las Américas

Países y subregiones	Pob. total (1995) (millas)	Pob. < 5 años (1995) (millas)	Pob. 5-14 años (1995) (millas)	Pob. 15-44 años (1995) (millas)	Pob. 45-64 años (1995) (millas)	Pob. 65 años o más (1995) (millas)	Tasa global de fecundidad 1990-1995
Área Andina	100.337	12.176	22.866	49.613	12.420	4.223	3,22
Bolivia	8.074	1.178	2.029	3.603	959	315	4,56
Colombia	35.101	3.875	7.626	17.031	4.345	1.665	2,67
Ecuador	11.622	1.649	2.857	5.044	1.309	471	3,62
Paraguay	23.854	2.910	6.461	11.394	3.028	961	3,67
Venezuela	21.483	2.505	4.894	10.409	2.728	867	3,12
Cano Sur	56.622	6.707	10.296	29.433	8.626	4.760	2,61
Argentina	31.264	3.272	6.434	15.507	6.261	3.287	2,79
Brasil	14.237	1.514	2.824	6.779	2.214	967	2,69
Paraguay	4.893	716	1.224	2.204	500	176	4,34
Uruguay	3.196	302	575	1.579	439	291	2,33
Rural	161.384	16.804	34.963	78.750	22.401	8.346	2,75
Noro Centroamericano	32.671	6.101	9.447	14.454	3.429	1.239	4,52
El Salvador	209	40	76	136	30	14	4,53
Costa Rica	3.424	420	776	1.636	430	140	3,14
El Salvador	5.768	857	1.469	2.563	651	231	4,04
Guatemala	10.021	1.768	2.926	4.494	1.044	369	5,36
Honduras	5.908	925	1.625	2.617	571	202	4,91
Nicaragua	4.433	703	1.267	1.953	496	158	6,04
Panamá	2.050	369	573	1.292	350	135	2,97
Medio	93.069	11.912	21.829	45.266	10.912	3.711	3,36
Caribe Latino	29.874	2.336	5.967	14.157	4.511	1.964	2,93
Cuba	11.091	930	1.646	5.411	2.091	469	1,87
Haití	7.180	1.063	1.806	3.117	833	281	4,79
República Dominicana	3.091	326	644	1.742	654	256	2,36
Rep. Dominicana	2.915	967	1.613	3.604	935	301	3,34
Caribe no Latino	6.479	673	1.112	3.239	846	469	2,47
Albería	810	1,9	1	4	1	1	3,11
Antigua y Barbuda	691	...	...	...	...	...	1,71
Aruba	176	...	...	...	...	...	1,94
Bahamas	277	26	66	147	40	15	1,79
Barbados	261	20	41	130	33	11	2,01
Bonaire	74	...	...	...	...	...	1,80
Brasil	941	12	24	39	11	6	2,55
Brasil	414	38	68	204	63	35	4,93
Guayana Francesa	114	...	...	...	...	...	2,18
Guayana Francesa	634	64	176	436	96	31	3,08
Islas Caimán	33	...	...	...	...	...	2,52
Islas Turcas y Caicos	120	...	...	...	...	...	1,45
Islas Vírgenes (EU)	108	...	...	...	...	...	2,77
Islas Vírgenes (EU)	162	1	3	9	2	1	2,46
Jamaica	2.547	206	522	1.295	301	164	2,38
Martha	377	36	60	182	67	39	1,98
Revolución	111	0,8	2	5	1,6	1,5	2,15
San Kitts y Nevis	41	...	...	...	...	...	2,99
San Vicente y las Grenadinas	190	12	27	46	12	7	2,03
Saint Helena	1.909	16	34	62	15	8	3,41
San Vicente y las Grenadinas	463	66	103	230	54	21	2,68
Trinidad y Tobago	1.395	144	296	614	177	74	2,74
América del Norte	291.076	22.350	41.211	152.814	58.645	36.615	2,04
Demografía	63	...	...	...	...	...	1,73
Canadá	28.537	1.486	3.923	13.186	5.996	3.436	1,79
Estados Unidos	263.138	20.344	37.288	119.628	52.649	33.178	2,07

- a) Censo de 1992
- b) Censo de 1991
- c)

Cuadro 4. Cobertura de abastecimiento de agua, alcantarillado y eliminación de excretas en las Américas, 1988 y 1995.

Subregiones y países	Abastecimiento de agua									Alcantarillado y eliminación de excretas						Cobertura de datos en Informe de país (en paréntesis)			
	Segunda evaluación (1988)			Tercera evaluación (1995)			Segunda evaluación (1988)			Tercera evaluación (1995)									
	% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta			% de población cubierta									
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural							
Área Andina																			
Bolivia	46	77	15	[54]	70	[81]	88	[119]	43	34	55	13	[43]	41	[63]	77	[17]	99	Datos 1992
Colombia	88	88	87	75	90	32	65	85	18	59	70	27	59	70	27	27	27	27	1996 abant.
Ecuador	58	75	37	[70]	55	[82]	81	[61]	10	56	75	34	[42]	63	[51]	70	[10]	26	1996 abant.
Perú	58	78	22	[64]	66	91	31	42	55	16	54	61	78	23	23	23	23	23	1996
Venezuela	89	89	89	79	[83]	79	[80]	79	92	97	70	72	[62]	74	[63]	60	60	60	1996 abant.
Cono Sur																			
Argentina	64	73	17	65	71	24	89	100	29	75	80	42	75	80	42	42	42	42	1972-1995
Chile	86	100	21	91	99	47	81	100	6	81	95	...	81	95	...	...	...	...	1972-1995
Paraguay	33	65	7	[16]	36	70	6	58	55	60	34	[34]	32	20	44	44	44	44	1972-1995
Uruguay	85	87	5	89	96	...	60	60	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	1972-1995
Brasil	95	100	80	69	80	...	78	80	48	67	74	43	67	74	43	43	43	43	1972-1995
Área Centroamericana																			
Bolivia	77	83	71	[83]	...	...	73	83	61	39	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	94	100	84	[100]	100	...	60	67	100	93	100	95	[97]	97	100	95	95	95	1994
El Salvador	41	76	19	[60]	53	87	24	60	86	39	83	77	89	89	89	89	89	89	1994
Guatemala	60	91	41	[...]	67	[92]	97	[54]	48	57	72	48	[60]	67	[72]	81	[52]	50	1994
Honduras	72	89	60	[78]	77	[54]	91	[63]	60	62	86	44	[74]	82	[94]	91	[57]	71	1994
Nicaragua	53	78	19	[...]	62	[82]	93	[30]	28	15*	32*	0	[...]	59	[33]	88	[...]	28	1996 abant.
Panamá	83	100	66	[83]	84	...	73	84	100	68	...	...	...	...	...	...	...	...	1996 abant.
México	89	80	41	[87]	95	83	57	45	60	9	63	76	93	29	29	29	29	29	1993 abant.
Caribe Latino																			
Cuba	...	...	...	91	94	72	72	72	36	68	92	74	68	92	74	74	74	74	1993 abant.
Rep. Dominicana	52	68	28	[65]	73	[80]	88	[46]	55	60	77	36	[16]	60	[28]	89	[...]	16	1994-1995
Haití	42	55	36	[31]	39	38	30	27	41	15	...	...	[16]	26	43	43	43	43	1994-1995
Puerto Rico	...	...	...	99*	...	...	...	...	...	...	...	...	100	100	100	100	100	100	1994-1995
Caribe no Latino																			
Bahamas	100	99	100	94	95	86	56	100	10	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1991
Barbados	100	100	99	**100	...	...	17	47	10	98	...	...	...	...	...	...	...	...	1992
Domínica	...	...	...	**92	...	...	...	...	...	96	...	...	...	...	...	...	...	...	1991
Granada	...	...	...	**85	...	...	...	...	...	96	...	...	...	...	...	...	...	...	1992
Jamaica	...	...	...	**93	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1991
Montserrat	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	...	...	...	100	...	...	...	...	...	1991
St. Kitts y Nevis	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1991
San Vicente y las Granadinas	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1991
Suriname	72	78	64	[89]	89	100	70	56	63	34	74	95	36	36	36	36	36	36	1996 datos Agua
Trinidad y Tobago	66	100	87	[97]	96	100	88	99	100	97	93	96	[100]	97	[97]	97	97	97	1996 datos Agua
Islas Vírgenes (R. Unido)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100	...	...	...	...	...	1996 datos Agua
América del Norte																			
Bermudas	...	...	...	**100	...	...	...	...	...	...	...	...	100	...	...	...	...	...	1996 datos Agua
Canadá	...	...	...	**94	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1996 datos Agua
Estados Unidos	...	...	...	**73	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1996 datos Agua

Fuentes: Evaluación de las Estrategias de Salud Para Todos en el año 2000. Segunda Evaluación, 1991. Evaluación del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento en América Latina y el Caribe a Mitad del Decenio. OPS 1997.

* Datos Insuficientes

** Informes de país sobre la Tercera Evaluación

[] Los números entre corchetos son los datos presentados por el país en el informe sobre la Tercera Evaluación.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden del idioma inglés.

Cuadro 5. Recursos Humanos en Salud. Segunda y Tercera Evaluaciones de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000.— Región de las Américas.

Países	Médicos		Personal de Enfermería		Odontólogos		Asistentes de Farmacia (1995)	Farmac (1995)	Fisioteras (1995)	Otros Recursos (1995)
	1990	1995	1990	1995	1990	1995				
Anguila	11.1	11.1	22.2	22.2	1.1	1.1	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	7.6	7.6	23.3	23.3	1.7	1.7	...	...	...	...
Antillas	...	14.0	...	23.3	...	3.3	...	...	...	...
Neerlandesas	26.8	[26.8]	6.4	6.4	6.8	[6.6]	...	3.2	1.2	...
Argentina	...	11.2	...	...	...	2.8	...	...	...	...
Aruba	14.1	14.1	26.9	26.9	2.2	2.2	...	...	...	...
Bahamas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Barbados	11.2	[12.8]	32.3	[33.8]	1.3	[1.6]	...	6.9	...	32.3
Belize	6.2	[6.0]	6.5	[14.0]	0.7	[1.0]	...	1.0	10.8	17.1
Bermuda	12.0	12.0	88.6	88.6	4.6	4.6	...	...	...	...
Bermuda	4.5	[3.4]	2.5	[1.7]	2.2	[0.4]	...	0.3	...	...
Bolivia	13.6	13.4	3.7	4.1	7.7	7.7	...	...	...	0.4
Brasil	22.1	[18.6]	95.8	[78.9]	6.3	[6.3]	...	7.5	...	...
Canadá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Chile	11.0	10.8	4.2	4.2	3.8	4.4	...	...	...	...
Colombia	10.9	10.6	4.6	4.9	4.1	6.2	...	...	...	...
Costa Rica	12.6	[12.7]	9.5	[9.8]	3.8	[3.8]	20.0	3.6	...	2.5
Costa Rica	43.3	51.8	68.0	76.2	7.5	8.3	...	...	...	...
Cuba	4.6	[4.7]	26.3	[31.2]	0.05	[0.6]	10.8	2.8	...	7.6
Dominica	14.2	[13.3]	6.0	[4.8]	4.4	[1.6]	11.8	...	0.7	...
Ecuador	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	8.4	[9.1]	4.9	[3.6]	2.2	[2.1]	...	...	5.0	...
El Salvador	24.5	[24.3]	87.8	[78.5]	6.3	[6.0]	...	[6.8]	...	...
Estados Unidos	5.0	[6.6]	23.9	[24.0]	0.7	[1.4]	...	4.8	...	...
Granada	11.8	13.0	73.2	73.2	2.8	2.6	...	...	...	...
Guayana Francesa	11.5	14.0	24.9	24.9	2.6	2.8	11.0	...	...	...
Guadalupe	7.8	[11.0]	3.2	[3.0]	1.1	[1.3]	...	...	...	...
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	20.0	36.0
Guyana	1.7	3.3	8.8	8.8	0.1	0.1	...	...	...	...
Guyana	0.8	[1.6]	1.0	[1.3]	0.1	[0.4]	...	...	...	...
Haiti	7.0	[6.5]	2.5	2.4	1.1	[1.2]	8.4	...	37.7	...
Honduras	17.0	17.0	51.8	51.8	4.1	4.1	...	...	...	...
Islas Caimán	5.3	5.3	17.7	17.7	0.6	0.6	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	...	16.5	...	36.0	...	...	...	...	...	...
Islas Virgenes (EUA)	16.6	[15.0]	36.9	[37.5]	0.8	[1.6]	13.6	1.6	...	9.0
Islas Virgenes (EUA)	6.7	5.7	6.9	6.9	0.9	0.9	...	...	...	...
Islas Virgenes (RU)	17.1	17.1	46.1	46.1	3.3	3.3	...	...	...	...
Islas Virgenes (RU)	17.0	17.0	9.2	9.2	7.1	7.1	...	...	...	...
Jamaica	5.0	5.0	36.0	36.0	1.0	1.0	...	...	...	...
Marénica	4.4	[6.2]	5.6	[5.6]	1.2	[1.2]	12.0	...	...	...
Maricao	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	16.4	[11.7]	10.5	[10.7]	3.8	[2.4]	11.7	0.5	...	...
Nicaragua	6.6	[6.7]	3.0	1.0	2.6	3.0	...	...	...	...
Nicaragua	10.6	[9.8]	8.7	[6.2]	3.2	[1.1]	...	...	...	...
Panamá	...	17.5	...	42.5	...	2.5	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Perú	14.9	[15.0]	1.8	[15.3]	2.5	[0.6]	...	0.4	...	10.7
Puerto Rico	8.9	[10.7]	59.0	[62.8]	1.8	1.6	1.4	4.8	...	9.4
República Dominicana	4.6	4.6	18.7	18.7	0.5	0.5	...	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	3.5	[5.6]	17.7	[21.8]	0.6	[0.9]	...	2.7	...	16.8
Saint Kitts y Nevis	7.5	7.5	22.7	22.7	0.5	0.5	...	...	...	...
San Vicente y las G.	7.2	[7.9]	16.1	[18.9]	0.9	[1.6]	10.7	4.6	...	...
Santa Lusia	36.8	[35.6]	5.5	[6.8]	11.2	[11.8]	...	2.8	1.7	...
Suriname	16.2	[19.4]	7.4	[7.7]	3.9	[4.0]	22.0	3.0	...	1.0
Trinidad y Tobago	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

* Por 10,000 habitantes

** Último año disponible entre 1990 y 1995

Información no disponible

1) Información de los Informes de país de la 3a. Evaluación SPT2000.

Fuente: Informe Regional de la 2da. Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos-2000 y *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 1996.*

Cuadro 6. Gasto Nacional en Salud (GNS): Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000.---Región de las Américas.

Países	GNS como % PIB	GNS Per Capita US de 1994
Antigua	6,4	432
Argentina	9,8	810
Bahamas	4,4	433
Barbados	6,8	455
Belice	8,2	211
Bolivia	4,3	33
Brasil	7,4	238
Canadá	11,3	1.578
Colombia	7,4	145
Costa Rica	8,5	232
Chile	7,9	296
Cuba	7,9	92
Ecuator	6,3	78
El Salvador	6,2	89
Estados Unidos	14,1	2.563
Guatemala	3,3	44
Guyana	5,2	34
Haití	3,6	10
Honduras	5,3	27
Jamaica	5,4	85
México	6,5	264
Nicaragua	8,7	34
Panamá	7,5	193
Paraguay	5,7	95
Perú	4,6	100
República Dominicana	5,8	76
Saint Vicente y las Granadinas	5,9	139
Tinidad y Tobago	3,9	159
Uruguay	8,4	434
Venezuela	7,5	296
Promedio/ Región, América Latina y el Caribe*	7,5	257

* Promedio regional, excluyendo Canadá y Estados Unidos (No información: Granada, Islas Caimán, Monserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y Suriname.

Fuente: Gasto Nacional en Salud en América Latina y el Caribe: 1980-1994; Programa de Políticas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, HDP/HDD, OPS, Abril 1997.

Cuadro 7. Gasto Nacional en Salud (GNS): Segunda y Tercera Evaluaciones de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000.—Región de las Américas, 1990-1994.

Indicadores	1980	1990	1994	Tasas de Crecimiento promedio anual	
				1980-90	1990-94
GNS % de PIB					
Gasto público	2,9	2,5	3,3	-1,5	7,2
Gasto privado	2,9	4,4	4,2	4,3	-1,2
Total GNS	5,8	6,9	7,5	1,8	2,1
Composición de GNS %					
Gasto público	50	36	44	-3,2	5,0
Gasto privado	50	64	56	2,5	-3,2
Total GNS	100	100	100	0,0	0,0
GNS Per cápita en US\$ de 1994					
Gasto público	103	80	113	-2,5	9,1
Gasto privado	103	140	144	3,1	0,6
Total GNS	206	220	257	0,7	4,0

Fuente: Estimaciones del GNS 1980 y 1990, Suárez, R. (1995); Estimaciones para 1994 de Suárez, R. (1997). Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, HDP/HDD, OPS.

Cuadro 8. Situación de los Bancos de Sangre, por país con información disponible, número de donaciones y % de serologías: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.—Región de las Américas, 1995*

País	No. Donaciones	HIV		HBV		HVC		Sfilis		T. cruzi	
		% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)	% de donaciones con serología	Prev. (**)
Argentina	811 800	85,0	0,20	84,0	1,00	70,0	0,80	98,0	0,80	98,0	4,50
Bolivia	22 146	04,0	0,01	00,0	1,60	...	...	64,0	1,33	60,0	13,70
Colombia	370 815	100,0	0,30	100,0	0,89	99,8	0,90	99,5	1,40	40,0	1,30
Costa Rica	45 311	100,0	0,10	100,0	0,40	100,0	0,30	100,0	0,30	13,0	0,80
Ecuador	100 774	100,0	0,19	99,0	0,47	42,0	0,19	100,0	0,90	75,4	0,10
El Salvador	62 365	100,0	0,15	99,0	0,03	71,0	0,18	100,0	1,30	70,0	2,30
Honduras	31 937	100,0	0,60	82,0	0,50	71,0	0,17	100,0	0,62	80,0	1,70
Nicaragua	49 030	99,0	0,11	81,0	0,37	51,0	0,67	100,0	1,21	51,0	0,70
Panamá	37 107	83,0	0,12	100,0	0,50	66,0	0,76	...	...	7,4	1,00
Paraguay	34 216	100,0	0,05	63,0	1,40	14,8	0,30	81,0	3,50	83,0	5,90
Perú	1192 030	60,0	0,28	60,0	0,70	16,0	0,06	60,0	1,71	4,0	0,15
Uruguay	111 518	100,0	0,05	100,0	0,41	99,0	0,42	100,0	0,70	100,0	0,62
Venezuela	202 115	100,0	0,38	100,0	1,05	67,0	0,80	100,0	1,14	100,0	0,84

* Prevalencia de enfermedades en los donantes que pueden ser transmitidas por transfusión de sangre

... Sin datos

+ Confirmado entre los positivos del tamizaje

** Prevalencia por 100 donantes

*** Estimado

Fuente: Boletín Epidemiológico/ OPS, Vol.18, No.1 (1997)

Cuadro 9. Algunos Indicadores de salud maternoinfantil. Segunda y Tercera Evaluaciones.

Subregión	1a evaluación		2a evaluación		1a evaluación		2a evaluación		1a evaluación		2a evaluación		1a evaluación		2a evaluación	
	Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad		Morbilidad	
	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje	Valor
Área Andina																
Bolivia	85	25,0	94	53,0	89	29,0	99	28,0	89	29,0	96	28,0	90	12,0	94	45,0
Colombia	89	50,0	94	83	80	53,0	94	78	80	100,0	...	...	90	46,0	94	72
Ecuador	88	47,0	94	75,0	85	25,0	94	...	85	65,0	94	62,0	88	52,0	94	57,0
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	85-90	6,0	92	13,0
Venezuela	...	...	...	...	83	62,0	94	97,0	...	...	96	111	82	14,0	92	11
Cono Sur																
Argentina	88	95,0	...	...	87	95,0	...	...	83	81,0	...	...	...	...	95	12,0
Chile	...	...	94	100,0	80	99,0	94	100,0	93	89,0	...	...	96	44,0	95	71,0
Paraguay	90	91,0	95	100,0	94	99,0	95	100,0	88	89,0	95	100,0	...	...	...	...
Uruguay	...	...	85	98,0	89	100,0	...	...	88	100,0	...	...	...	...	...	...
Brasil	90	55,0	96	65,0	...	...	94	62,0	...	...	...	...	89	45,0	92	75,0
Istmo Centroamericano																
Belize	89	12,0	95	91,0	84	13,0	93	69,0	83	97,0	92	91,0	89	19,0	97	30,0
Costa Rica	89	41,0	93	92,0	82	84,0	93	97,0	89	91,0	99	91,0	...	...	95	79,0
El Salvador	...	...	95	97,0	...	...	92	92,0	...	...	90	79,0	...	...	95	91,0
Guatemala	...	...	94,0	96	84,0	...	89	49,0	...	...	...	...	...	...	95	31,0
Honduras	89	17,0	95	61,0	84	13,0	95	84,0	...	...	90	76,0	89	24,0	94	12,0
Nicaragua	90	57,0	...	...	89	42,0	95	87,0	83	97,0	...	...	96	53,0	99	47
Panamá	90	32,0	95	89,0	...	...	95	86,0	94	89,0	...	...	...	...	95	49,0
Puerto Rico	89	99,0	94	99	89	49,0	94	97,0	92	98,0	...	...	...	...	95	33,0
Caribe Latino																
Cuba	89	100,0	95	99,0	89	100,0	95	99,0	89	100,0	95	100,0	89	79,0	91	97,0
Rep. Dominicana	90	100,0	91	96,0	94	100,0	94	100,0	90	100,0	...	...	...	...	91	97,0
Haití	88	43,0	94	96,0	85	29,0	94	89,0	...	...	...	...	88	11,0	94-97	13,0
Jamaica	...	...	94	100,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	95-96	76,0

País	1990		1991		1992		1993		1994		1995	
	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año	Valor
Caribe no Latino												
Anguila	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...
Antigua y Barbuda	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...
Bahamas	89	90.0	...	...	89	90.0	...	...	89	90.0	...	...
Barbados	90	100.0	95	100.0	90	100.0	95	100.0	90	100.0	95	100.0
Islas Caimán	88	80.0	...	...	88	100.0	...	...	88	100.0	...	...
Cuba	...	...	...	...	...	...	95	100.0	...	...	55.0	54.0
Jamaica	90	100.0	95	100.0	90	100.0	...	...	90	100.0	95	80.0
Puerto Rico	...	95.0	...	...	...	95.0	...	...	...	95.0	90.0	84.0
Trinidad y Tobago	90	97.0	95	73.0	89	72.0	95	90.0	90	90.0	...	98.0
Virgen Gorda	90	100.0	...	...	90	100.0	95	100.0	90	100.0	...	...
St. Kitts y Nevis	90	100.0	...	...	90	100.0	95	100.0	90	100.0	...	...
Santa Lucía	90	100.0	94	100.0	90	100.0	94	100.0	90	100.0	95	95.0
S. Vicente y las Grenadinas	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...	90	100.0	...	...
Surinam	89	91.0	...	...	89	90.0	...	...	...	...	90.0	85.0
Trinidad y Tobago	88	95.0	94	64.0	...	95.0	94	90.0	...	...	94	87.0
Islas Vírgenes Brit.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	94.0
América del Norte												
Canadá	90	100.0	95.0	...	95	100.0	...	...	90	100.0	100.0	95.0
Estados Unidos	88	90.0	95	100.0	85	90.0	95	100.0	85	100.0	...	85.0

Fuente: Evaluación de las Estrategias de los Salud para Todos en el año 2000, Segunda Evaluación, 1991. Informes de la Tercera Evaluación presentados por los miembros.

Notas:

* Base de datos de la OPS

** No. de las que aceptan la planificación familiar.

*** Ministerio de salud solamente

Parto atendido por médico

Primer trimestre

U= Urbana

R= Rural

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés

Cuadro 10. Cobertura de vacunación (%) con VOP, DPT, antisarampionosa y BCG en niños < 1 año de edad, por país, 1989 y 1995

Subregiones y países	VOP		DPT		Antisaramp.		BCG	
	1989	1995	1989	1995	1989	1995	1989	1995
Área Andina								
Bolivia	49	89	39	66	47	63	28	87
Colombia	90	94	78	89	64	94	94	99
Ecuador	64	89	55	74	57	73	91	107
Perú	60	92	58	94	52	97	62	95
Venezuela	67	85	55	66	50	67	68	92
Cono Sur								
Argentina	86	88	90	82	89	96	97	119
Chile	94	98	94	98	92	95	94	80
Paraguay	41	79	61	79	63	75	63	92
Uruguay	98	91	88	91	82	90	99	99
Brasil	97	83	54	83	58	88	70	109
Istmo Centroamericano								
Belize	71	83	71	83	68	87	87	92
Costa Rica	86	84	86	85	77	94	89	99
El Salvador	64	94	64	100	73	93	63	102
Guatemala	58	80	50	80	54	83	21	79
Honduras	86	94	85	94	94	89	80	97
Nicaragua	88	96	66	85	63	81	92	103
Panamá	77	86	70	86	73	84	87	100
México	96	92	65	92	85	90	80	98
Caribe Latino								
Cuba	96	96	96	101	99	102	98	100
Rep. Dominicana	79	80	43	83	43	85	38	76
Haití	60	30	50	30	31	75	40	36
Caribe no Latino								
Anguila	100	99	100	97	97	92	100	100
Antigua y Barbuda	100	...	100	...	95	...	...	...
Bahamas	82	86	86	87	87	90	...	...
Borbados	80	93	79	93	85	92	...	...
Islas Caimán	93	98	93	98	89	95	81	76
Dominica	94	...	92	...	89	...	99	...
Granada	86	77	87	95	80	88	...	...
Guyana	79	87	77	86	69	77	76	93
Jamaica	84	96	85	90	71	89	100	98
Montserrat	24	100	93	100	89	100	60	100
St. Kitts y Nevis	100	99	100	99	90	96	...	...
Santa Lucía	93	98	92	98	91	94	100	98
S. Vicente y Gran.	97	97	98	97	100	100	90	99
Suriname	71	81	72	84	73	79	...	...
Trinidad y Tobago	77	99	77	89	59	90	...	...
Las Turcas y Caicos	82	100	94	100	76	99	100	100
Islas Vírgenes (RU)	97	100	100	100	87	100	100	100
América del Norte								
Bermudas	76	92	74	84	67	86	...	...
TOTAL	86	87	62	85	67	88	73	99

Fuente: Programa Especial de Vacunas e Inmunización, OPS.

Nota: Los países se han agrupado siguiendo el orden alfabético del idioma inglés.

Cuadro 11. Datos Demográficos: Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000.—Región de las Américas

Países y Subregiones	Esperanza de vida al nacer				Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa anual poblacional crecimiento	% Población urbana
	(1990-1995)							
	M	F	M*	F*				
Área Andina	64.2	69.4			27.1	6.0		74.0
Bolivia	58.9	63.5	57.7	61.1	34.4	9.4	2.37	54.4
Colombia	66.4	72.3	—	—	24.0	6.9	1.96	72.7
Ecuador	64.5	68.8	67.3	78.7	29.7	6.9	2.29	60.6
Pará	62.7	66.5	64.4	69.2	29.0	7.6	2.03	72.2
Venezuela	67.3	73.5	69.1	74.9	26.1	5.3	2.12	92.2
Cono Sur	67.8	74.5			21.7	5.0		84.0
Argentina	68.1	74.8	68.4	75.6	20.5	3.9	1.17	87.4
Chile	68.5	75.6	—	—	22.5	6.4	1.55	85.9
Paraguay	65.1	69.5	66.3	70.8	33.0	6.4	2.09	60.7
Uruguay	69.3	75.7	69.2	75.7	17.1	10.3	0.73	99.3
Brasil	63.5	69.1	—	—	23.3	7.4	1.59	78.7
Istmo Centroamericano	65.6	70.1			35.2	6.7	2.24	68.3
Belize	67.0	72.0	72.4	75.0	39.0	5.0	2.03	62.2
Costa Rica	74.0	78.6	74.0	78.7	26.3	3.7	2.41	49.7
El Salvador	63.9	68.8	65.4	72.0	33.5	7.1	2.15	46.7
Guatemala	62.4	67.3	64.7	69.8	38.7	7.7	2.88	41.5
Honduras	63.7	68.0	65.6	70.6	37.1	7.2	3.00	47.7
Nicaragua	64.8	68.5	—	—	40.5	6.8	1.89	62.9
Panamá	70.8	74.9	71.0	75.0	24.9	5.2	1.99	84.9
México	67.1	73.6	69.8	76.2	27.9	5.5	2.06	75.3
Caribe Latino	66.8	70.9			24.6	7.8		62.4
Cuba	73.9	77.6	—	—	17.4	6.7	0.99	75.0
Haití	54.9	58.3	55.0	57.8	35.3	11.9	2.63	31.6
Puerto Rico	71.7	78.2	69.0	78.0	18.4	6.9	0.89	76.6
Rep. Dominicana	65.4	69.8	67.6	71.7	28.3	6.2	1.98	64.6
Caribe del Norte	69.7	74.9			22.4	6.6		61.7
Argentina	71.0	77.0	—	—	24.0	7.0	1.32	—
Antigua y Barbuda	70.0	74.0	—	—	19.0	6.0	9.71	34.6
A. Neerlandesas	73.0	77.0	—	—	18.0	5.0	—	—
Aruba	72.0	80.0	—	—	15.0	6.0	0.25	69.5
Bahamas	68.8	75.9	—	—	19.3	5.2	1.60	66.6
Barbados	72.9	77.9	72.9	77.4	15.8	6.1	0.33	47.7
Domínica	73.0	79.0	64.1	71.4	26.0	8.0	0.49	—
Grenada	69.0	74.0	68.0	72.0	35.0	7.0	0.31	—
Guadalupe	71.1	78.0	—	—	19.0	6.8	1.22	51.3
Guayana Francesa	69.0	76.0	—	—	26.0	7.0	3.04	56.5
Guyana	62.4	68.0	—	—	25.1	7.1	0.94	35.3
Islas Caimán	72.0	79.0	—	—	13.0	5.0	4.20	10.0
Islas Turcas y Caicos	73.0	77.0	—	—	25.0	6.0	3.85	54.7
Islas Vírgenes (E.U.)	74.0	77.0	—	—	22.0	5.0	0.15	49.2
Islas Vírgenes (R.U.)	—	—	70.5	75.7	19.0	5.0	—	—
Jamaica	71.4	75.8	73.5	77.8	22.0	6.2	1.02	65.4

Países y Subregiones	Esperanza de vida al nacer (1990-1995)				Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa anual poblacional crecimiento	% Población urbana
	M	F	M*	F*	(1990-1995)	(1990-1995)	(1990-1995)	(1995)
Manitoba	72,9	79,4	...	...	17,4	7,1	0,92	78,0
Monterreal	74,0	78,6	70,3	71,7	16,0	10,0	-0,34	13,8
St. Kitts y Nevis	64,0	71,0	67,4	70,4	24,0	10,0	-0,30	52,6
St. Vincent y las Granadinas	68,0	72,0	...	...	27,0	6,0	0,88	22,2
Santa Lucía	69,0	74,0	67,5	73,3	31,0	5,0	1,35	46,2
Suriname	67,8	72,8	...	...	25,6	5,6	1,86	50,4
Trinidad y Tobago	68,9	73,9	67,9	72,7	23,3	6,2	1,08	66,6
América del Norte	72,8	79,4			15,7	8,8		76,4
Demanda	69,0	76,0	70,0	78,0	15,0	7,0	0,71	100,0
Canadá	74,2	80,7	75,0	81,0	14,2	5,7	1,8	78,1
Estados Unidos	72,6	79,3	72,6	78,9	15,9	8,9	1,03	76,2

... Sin información.

* Datos correspondientes a 1995 y fueron obtenidos de los informes de País para la 3a. Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000.

Cuadro 12. Mortalidad por Causa: Segunda Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000—Región de las Américas

Países y Subregiones	Tasa mortalidad ajustada por edad Tumores Malignos*		Tasa mortalidad ajustada por edad Aparatos Circulatorio*		Tasa mortalidad ajustada por edad Accidentes y		Tasa mortalidad ajustada por edad Enfermedades Transmisibles*			
	(1990-1992)		(1990-1992)		(1990-1992)		(1990-1992)		(1990-1992)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
América Andina										
Bolivia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	95	118	248	275	222	43	85	76	69	61
Ecuador	90	127	175	202	153	43	190	178	149	140
Perú	113	139	196	259	93	33	123	516	323	315
Venezuela	98	100	232	203	176	32	94	82	91	92
Cono Sur										
Argentina	130	111	285	264	77	29	63	44	26	42
Chile	144	146	201	169	131	31	86	75	70	67
Paraguay	83	93	290	307	80	2	166	149	163	150
Uruguay	105	138	249	213	165	28	89	37	37	37
Brasil	97	167	209	316	133	43	166	127	149	112
Latino Centroamericano										
Costa Rica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	110	130	159	164	76	21	36	43	36	34
Guatemala	84	124	160	203	197	42	232,000	199,000	169	176
Honduras	...	...	...	...	...	...	47,000	49,000	...	...
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	283,000	282,000	...	...
Panamá	94	102	182	211	104	11	217	200	131	117
Paraguay	...	...	...	...	...	...	69	63	69	62
El Salvador	74	84	176	165	160	33	128	113	78	71
Caribe Latino										
Cuba	107	88	211	223	94	46	42	39	64	60
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Cuadro 13. Morbilidad y Mortalidad: Segunda y Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000.—Región de las Américas

PAÍSES Y SUBREGIONES	SARAMPION		MALARIA		SIDA				COLERA			
	Casos		Casos		Casos		Total Acumulado a 1995		Casos		Defunciones	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	Casos	Defunciones	1992	1995	1992	1995
América Andina				461.121	1.619	2.818	19.427	7.032	284.743	29.616	1.544	316
Bolivia	029	70	27.426	46.911	11	14	120	86	22.260	3.136	813	86
Colombia	12.520	761	129.377	187.082	773	897	6.674	2.867	15.129	1.922	168	26
Ecuador	1.646	911	46.269	18.128	47	69	543	393	31.870	2.460	208	23
Perú	737	263	96.222	192.029	179	1.043	4.804	711	212.642	22.397	727	171
Venezuela	9.881	172	12.639	16.371	609	796	6.206	2.976	2.847	-	68	-
Caribe Sur			...	1.563	721	2.096	19.640	3.601	626	188	16	1
Argentina	1.967	665	768	1.066	481	1.606	8.124	2.219	603	189	16	1
Chile	1.968	-	2	-	146	279	1.642	0,65	73	-	1	-
Paraguay	1.906	73	...	898	19	23	190	141	-	-	-	-
Uruguay	119	5	...	...	70	127	684	386	-	-	-	-
Brasil	61.436	661	466.190	666.727	7.663	16.462	92.226	38.492	30.064	16.916	369	636
Islas del Caribe				171.088	912	1.933	9.642	2.738	29.639	24.478	368	341
Bolivia	26	4	...	9.413	11	29	129	130	169	19	4	-
Costa Rica	76	37	6.033	4.616	84	206	946	499	12	24	-	-
El Salvador	...	-	3.807	3.362	51	300	1.372	236	8.106	2.923	46	6
Guatemala	...	23	...	24.178	52	141	800	242	15.396	7.970	267	96
Honduras	8.309	-	44.613	69.446	506	958	6.239	966	384	4.717	17	77
Nicaragua	...	5	44.037	69.444	7	21	122	72	3.067	8.925	48	164
Panamá	1.891	19	481	7.01	60	203	1.043	604	2.416	-	49	-
México	69.782	244	16.793	7.317	2.192	4.310	26.746	14.67	8.162	16.440	97	137

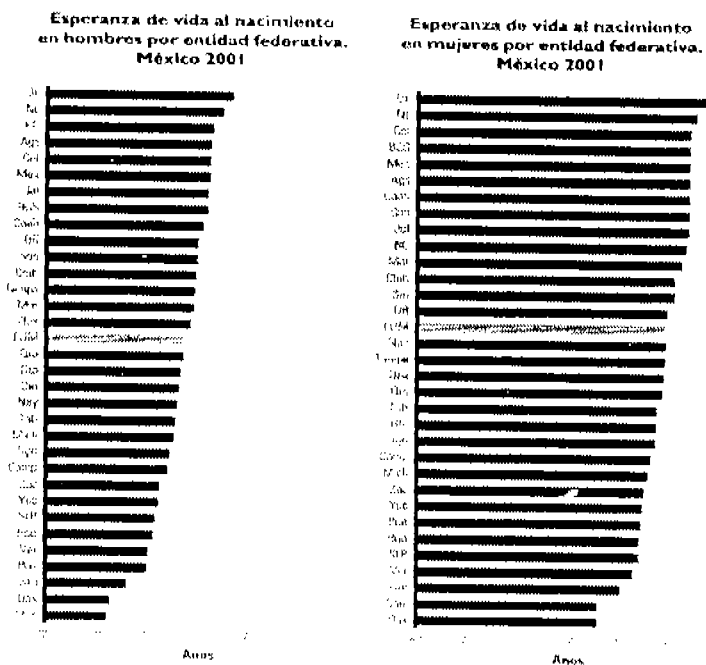
PAISES Y SUBREGIONES	SARAMPION		MALARIA		SIDA				COLERA			
	Casos		Casos		Casos		Total Acumulado a 1995		Casos		Defunciones	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	Casos	Defunciones	1992	1995	1992	1995
Caribe Latino				24.948	1.609	666	8.797	1.292	-	-	-	-
Cuba	17	1	10	-	29	114	477	788	-	-	-	-
Haiti	1.414	...	863	23.140	1.246	...	4.967	797	-	-	-	-
Puerto Rico	...	11	-	-	1.834	...	11.299	8.183	-	-	-	-
Rep. Dominicana	3.477	-	997	1.988	266	441	33.611	617	-	-	-	-
Caribe no Latino					764	1.869	9.516	6.273	684	-	9	-
Antigua	15	-	-	-	1	-	5	3	-	-	-	-
Ant. y Barbuda	-	-	-	-	3	7	68	29	-	-	-	-
A. Neerlandesas	-	-	-	-	30	76	233	74	-	-	-	-
Aruba	-	-	-	-	4	6	24	17	-	-	-	-
Bahamas	22	-	-	-	168	390	2.191	1.664	-	-	-	-
Barbados	61	-	-	-	61	96	632	540	-	-	-	-
Dominica	13	-	-	-	2	5	37	11	-	-	-	-
Grenada	6	3	-	-	6	18	81	63	-	-	-	-
Guadalupe	-	-	-	-	36	104	677	226	-	-	-	-
Guayana	1	-	33.172	69.311	61	26	688	193	644	-	8	-
G. Francesa	-	...	3.974	4.711	46	96	693	267	10	-	-	-
Islas Caiman	-	-	-	-	2	-	18	10	-	-	-	-
Islas y Caiman	2	4	-	-	1	...	39	39	-	-	-	-
Virgo (D.V.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Virgo (P.V.)	-	-	-	-	2	3	11	4	-	-	-	-
Jamaica	3.661	16	6	-	62	396	1.531	967	-	-	-	-
Maricao	-	-	-	-	46	38	367	184	-	-	-	-
Montserrat	1	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-
S. Kitts y Nevis	39	1	-	-	8	6	48	29	-	-	-	-
S. Vicente y las Grenadinas	1	-	-	-	6	6	66	66	-	-	-	-
Santa Lucía	30	2	-	-	4	10	66	66	-	-	-	-
San Vicente	36	-	-	6.096	33	29	299	199	12	-	1	-
Trinidad y Tobago	611	-	6	-	173	840	2.693	1.332	-	-	-	-
América del Norte					49.468	63.064	649.186	329.346	103	20	10	-
Bélica	1	-	-	-	33	46	316	213	-	-	-	-
Canadá	1.033	2.367	-	-	1.308	1.369	14.704	9.133	-	-	-	-
Estados Unidos	27.786	305	-	-	48.092	61.694	644.736	311.009	103	20	1	-

Fuente: Información de los Programas Regionales de la OPS.

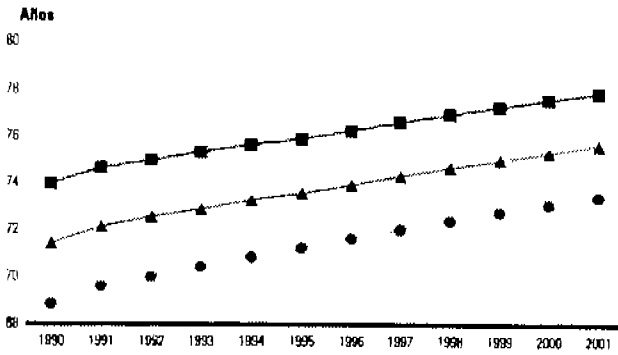
Anexo 2.

Indicadores generales de las condiciones de salud en México

Esperanza de Vida al Nacimiento



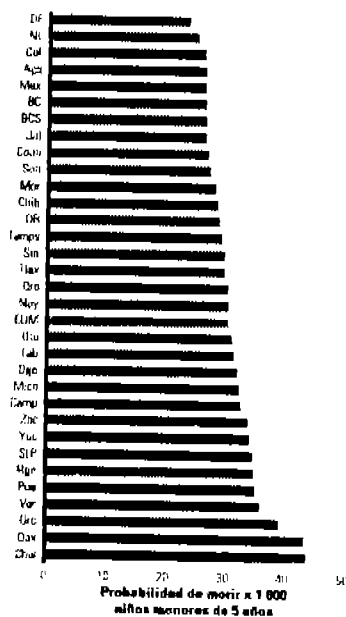
Esperanza de vida al nacimiento. México 1990-2001



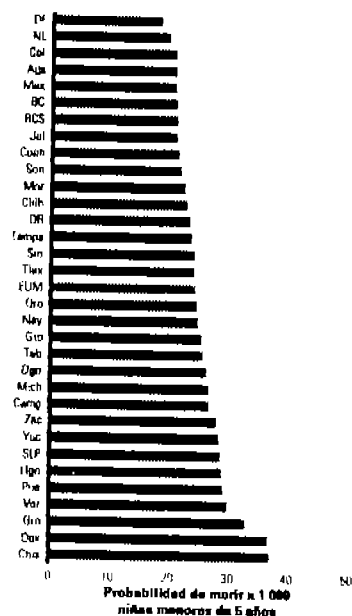
Fuente. Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da. Ed. 2002. 177 pp.

Mortalidad en niños Menores de 5 Años

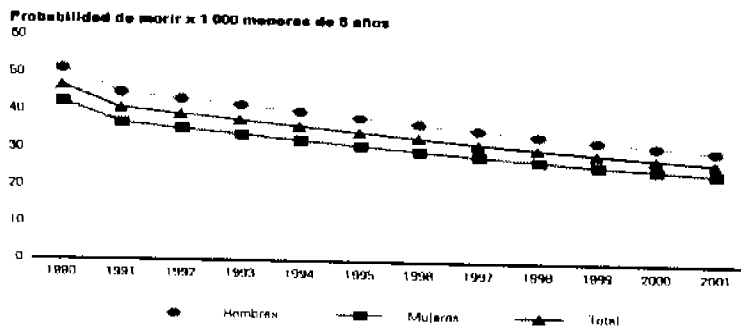
Mortalidad en niños menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



Mortalidad en niñas menores de 5 años por entidad federativa. México 2001



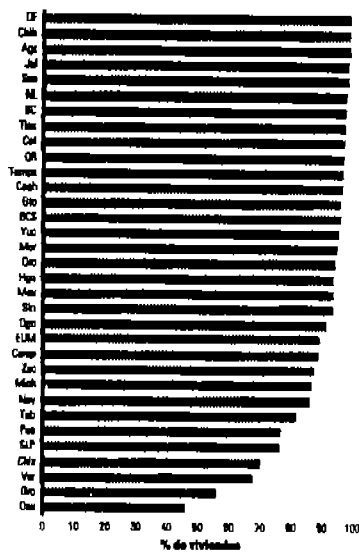
Mortalidad en menores de 5 años. México 1990-2001



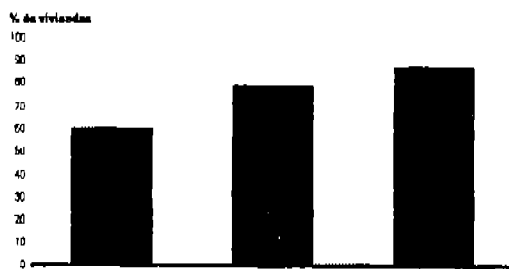
Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da. Ed. 2002. 177 pp

Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda por entidad federativa.

Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda por entidad federativa. México 2001*



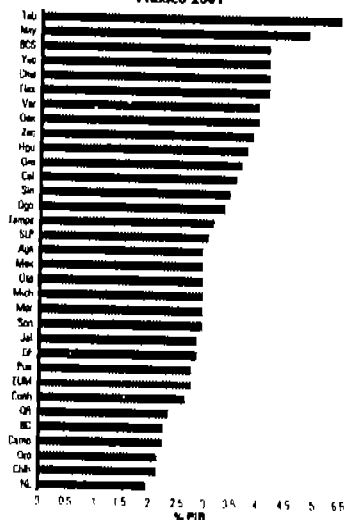
Viviendas con agua entubada dentro del terreno de la vivienda. México 1970, 1990, 2000



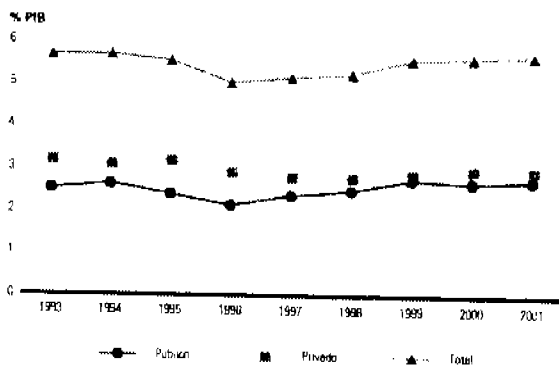
Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da. Ed. 2002. 177 pp.

Gasto Público en Salud

Gasto público en salud como porcentaje del PIB por entidad federativa. México 2001

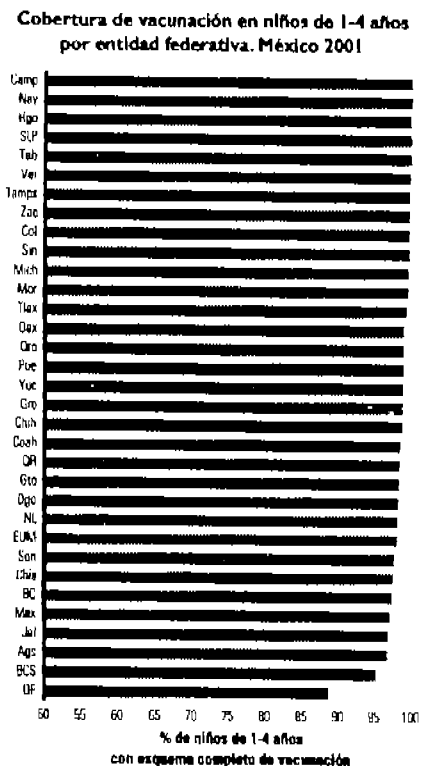


Gasto en salud como porcentaje del PIB. México 1993-2001

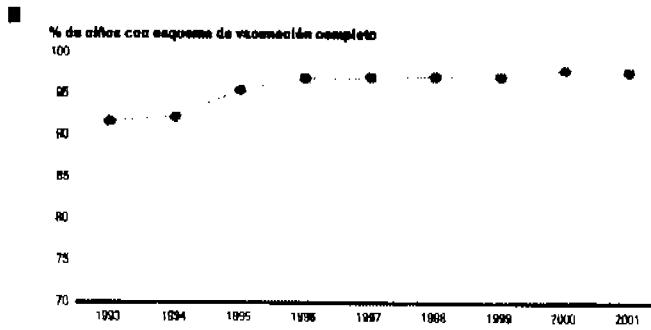


Fuente: Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da. Ed. 2002. 177 pp

Cobertura de vacunación en niños menores de 1-4 años por entidad federativa. México 2001



Cobertura de vacunación en niños de 1-4 años.
México 1993-2001



Fuente. Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da Ed. 2002. 177 pp.

BIBLIOGRAFIA

Referencias Bibliográficas

- Fajardo Ortiz Guillermo, Ruezga Barba Antonio. Atención Primaria de la salud y seguridad social en América. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México D.F., 1993, pp.231
- Kumate Jesús, Soberón Guillermo. Salud Para Todos. ¿Utopía o Realidad?. El Colegio Nacional, México, 1989, pp.224
- Loaeza Soledad (coordinadora), La cooperación Internacional en un Mundo desigual. El Colegio de México, México, 1994, pp.477
- Oxford Barrie. The Global System, Economics, Politics and Culture. St. Martin's Press, Scholarly and Reference Division, 175 Fifth Avenue, New Cork, N.Y.10010, 1995, pp.250
- Pérez Bravo Alfredo, Sierra Iván. La cooperación técnica internacional, La dinámica internacional y la experiencia mexicana. Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, PNUD, SER, Instituto Mexicano de Cooperación Internacional, México. D.F., Diciembre 1998, pp.269.
- Saxe-Fernández, John, (Coordinador), Globalización: Crítica a un Paradigma. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas, Dgapa, Plaza y Janés, México, 1999, pp.365
- Yehezkel Dror. La capacidad de gobernar. Informe al Club de Roma. Fondo de Cultura Económica, 1996, pp.443

Referencias Hemerográficas

- Abbasi K. "The World Bank and world health. Under fire.", en British Medical Journal, Vol.318, BMJ Publishing Group, Londres, Reino Unido, 1999, pp.1003-1006.
- Akukwe C. "Community participation in international health: practical recommendations for donor and recipient organizations", en Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 5, No. 3, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Marzo 1999, pp.137-143

- Armada Francisco, Muntaner Carlos and Navarro Vicente. "Health and social security reforms in Latin America: The convergence of the World Health Organization, The world bank, and Transnational Corporations", en International Journal of Health Services, Vol.31, No.4, Baywood Publishing Co., Gran Bretaña , 2001, pp. 729-768
- Basch F. Paul. "A Historical Perspective on Internacional Health", en Infectious Disease Clinics of North America. Vol.5, No.2, Ed. Elsevier , USA, Junio 1991. pp.183-196
- Bettcher DW, Yach D, Guindon GE. "Global trade and health: key linkages and future challenges.", en Bulletin of the World Health Organization , Vol. 78, No. 4, World Health Organization, Ginebra, Suiza, 2000, pp.521-534
- Bryant H. John. "WHO's program of health for all by the year 2000: A macrosystem for health policy making--a challenge to social science research", en Social Science of Medicine Vol. 14A, No. 5, Pergamon Journals, Gran Bretaña, octubre de 1980, pp.381-386.
- de Beyer JA, Preker AS, Feachem RG. "The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership". Social Science of Medicine. Vol. 50, No.2 , Pergamon Journals, Gran Bretaña, Enero 2000, pp. 183-184.
- Diallo Issakha, Molouba Roger y Sarr C. Lamine. "Atención primaria de la Salud: de la aspiración al logro.", en Foro Mundial de la Salud, Vol. 14, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1993, pp. 349-355
- Fajardo Ortiz, Guillermo; Ruezga Barba, Antonio, "Atención Primaria de la salud y Seguridad Social en América.", en Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México D.F., 1993. (Estudios, 7) pp. 231
- Feachem G.A. Richard. "Globalization: from rhetoric to evidence", en , Bulletin of the World Health Organization. Vol. 79, No. 9, World Health Organization, Ginebra, Suiza, 2001, pp.804.
- Foro Mundial de la Salud, "Salud para todos: una panorámica de la situación.", en Foro Mundial de la Salud. Vol. 14, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1993, pp. 333-344
- Foster M. George, " World Health Organization Behavioral Science Research: Problems and Prospects", en Social Science of Medicine, Vol. 24, No.9, pergamon Journals, Londres, Gran Bretaña, 1987, pp. 709-717.

- Foster M. George, "Bureaucratic aspects of international health agencies", en Social Science of Medicine, Vol. 25, No. 9, Pergamon Journals, Londres, Gran Bretaña, 1987, pp. 1039-1048
- Frenk Julio, Chacon F. "Bases conceptuales de la Nueva Salud Internacional", en Salud Pública de México, Vol. 33, No. 4, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Julio-Agosto 1991, pp. 307-313
- Frenk Julio, Sepúlveda Jaime, Gomez-Dantes O, McGuinness MJ, Knaul F. "The New World order and international health.", en British Medical Journal, Vol. 314, No. 7091, BMJ, Publishing Group, Londres, Reino Unido, Mayo 1997, pp.1404-1407
- Gómez Dantés Octavio, "The World Bank and world health.", en Salud Pública de México, Vol. 41, No.4, Instituto Nacional de Salud Pública, México, julio de 1999, pp.356-358
- Gómez-Dantés Octavio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio, Villa Blanca y López-Cervantes Malaquías, "Evaluación de programa de salud para población no asegurada.", en Revista de Saúde Pública, Vol. 33, No 4, Universidad de Sao Paulo, Brasil, Agosto 1999, pp.401-412
- Grad P. Frank. "The preamble of the Constitution of the World Health Organization.", en Bulletin of the World Health Organization, Vol. 80, No. 12, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2002, pp. 981-984
- Hall J. John and Taylor Richard. "Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries", en Medical Journal of Australia Vol.178, Australian Medical Association, Australia, January 2003. pp.17-20
- J. Valencia, Gustavo; V. José, Marco; Olvera, Jorge; Serrano, Olga; Márquez, Antonio. "Regionalización de México basada en indicadores de atención primaria a la salud propuesta por la OMS", en Salud Pública de México, Vol. 33, No. 1, Instituto Nacional de Salud Pública, enero-febrero de 1991, pp.29-37
- Jamison DT, Frenk J, Knaul F. "International collective action in health: objectives, functions, and rationale.", en Lancet, Vol. 351, No. 9101, Lancet Ltd, Londres, Inglaterra, 14 de Febrero de 1998, pp. 514-517
- Justice J. "The bureaucratic context of international health: a social scientist's view.", en Social Science of Medicine, Vol. 25, No. 12, Pergamon Journals, Gran Bretaña, 1987, pp. 301-306
- Kickbusch I, Quick J. "Partnerships for health in the 21st century.", en World Health Statistical Quarterly, Vol. 51, No. 1, World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1998, pp.68-74.

- Kickbusch I. "New players for a new era: responding to the global public health challenges.", en Journal of Public Health Medicine., Vol. 19, No. 2, Oxford University Press, Gran Bretaña, Junio de 1997, pp.171-178.
- Kickbusch I. "The development of international health policies--accountability intact?", en Social Science of Medicine, Vol. 51, No. 6, Pergamon Journals, Gran Bretaña, Septiembre 2000, pp.979-89
- Kreisel W, von Schirnding Y. "Intersectoral action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century.", en World Health Statistics Quarterly. , Vol. 51, No.1, World Health Organization , Ginebra, Suiza,1998, pp.75-78.
- Laurell AC. "Health reform in Mexico: the promotion of inequality.", en International Journal of Health Services., Vol. 31, No. 2, Baywood Publishing Co., Gran Bretaña, 2001, pp.291-321.
- Lee K. "Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here?", en Lancet, Vol. 351, No. 9106, Lancet Ltd, Londres, Inglaterra, 21 de Marzo de 1998, pp.899-902
- Marco V. José, Dr. En C., Kumate Jesús, Dr. En C., Barnard A Alicia. "La Atención Primaria de la Salud como instrumento de desarrollo en México", Salud Pública de México. Vol. 31, No.2, Instituto Nacional de Salud Pública, México, marzo-abril de 1989, pp. 177-184.
- Navarro Vicente, Shi Leiyu. "The political context of social inequalities and health.", en Social Science of Medicine, Vol. 52, Pergamon Journals, Gran Bretaña, 2001, pp.481-491
- Ollile Eeva and Koivusalo Meri, " The world health report 2000: World health organization health policy steering off course---changed values, poor evidence, and lack of accountability", en International Journal of Health Services,Vol. 32, No.3,Baywood Publishing Co., Inc., Gran Bretaña, pp. 503-514
- Organización Panamericana de la Salud. "A través de la Acción Mancomunada", en Bulletín of the Sanitary Panamerican Office Vol.1135, Nos. 5-6, Organización Panamericana de Salud, Washington, 1992, pp.374
- Peabody W. John, " An orgazational Análisis of the World Health Organization: Narrowing the Gap Between Promise and Performance" en, Social Science and Medicine, Vol. 40, No.6, Pergamon Journals, Gran Bretaña, 1995, pp- 731-742.
- Pfeiffer James, " International NGOs and Primary health care in Mozambique: the need for a new modelo f collaboration" en, Social Science and Medicine, Vol. 56, Pergamon Journals, Londres, Gran Bretaña, 2003, pp.725-738.

- Rathwell Tom. "Realities of Health For All by the year 2000.", en Social Science of Medicine, Vol. 35, No. 4, Pergamon Journals, Gran Bretaña, Agosto de 1992, pp.541-547
- Revista Panamericana de Salud Pública, "Health for all in the twenty-first century", en Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 4, No.2, Organización Panamericana de la Salud, Washington, Agosto de 1998, pp 132-141
- Salud Pública de México, "Objetivos y estrategias del Sector Salud para alcanzar los mínimos de salud para todos en el año 2000" Salud Pública de México. Vol. XXIII, NO. 1, Instituto Nacional de Salud Pública, México, enero-febrero de 1981, pp.49-63
- Soberón Guillermo, M.C., Valdés Cuauhtémoc, M.C., De Caso Octavio, M.C. "La salud sin fronteras y las fronteras en la salud.", en Salud Pública de México, Vol.31, No.6, Instituto Nacional de Salud Pública, México, noviembre-diciembre de 1989 pp. 813-822.
- Soberón Guillermo, MD, PhD, Frenk Julio, MD, MPH, PhD, y Sepúlveda Jaime, MD, MPH, DSc, "The Health Care Reform in México: Before and After de 1985 Earthquakes", en American Journal of Public Health. Vol. 76, No. 6, American Public Health Association, Washington D.C., junio de 1986, pp.673-680
- Titelman Daniel, Uthoff Andras y Jiménez Luis Felipe, "Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad" en, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, No. 1/2, Organización Panamericana de la Salud, Whashington, 2000, pp. 112-117.
- Uemura K. "World health situation and trend assessment from 1948 to 1988", en Bulletin of the World Health Organization. Vol. 66, No. 6, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, pp. 679 - 687.
- Walt G. "Globalisation of international health.", en Lancet, Vol. 351, No. 9100, Lancet Ltd, Londres, Inglaterra, 7 de Febrero de 1998, pp. 434-437.
- Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. "Globalization and health: a framework for analysis and action.", en Bulletin of the World Health Organization, Vol. 79, No. 9, World Health Organization, Ginebra, Suiza, 2001, pp. 875-881.

Referencias Documentales

- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978. véase <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>>
- Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1979. véase en: <http://www.who.int/ism/mis/WHO-policy/hfadocs.en.htm#HFA>
- Organización Mundial de la Salud. *Plan of Action for implementing the Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, approved by the 35th World Health assembly in 1982. World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1982, véase en: <http://www.who.int/ism/mis/WHO-policy/hfadocs.en.htm#Plan>
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000*. Washington, D.C., septiembre de 1997, pp.97, ver en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/doc263.pdf>
- Presidencia de la República. *Segundo Informe de Gobierno de la Administración Pública Federal 2000-2006*, México, Septiembre de 2002, 46 pp.
- Secretaría de Salud. *Evaluación de las Estrategias de Salud para Todos en el año 2000*. Marco de Trabajo Común, Segunda Evaluación. México, Mazo de 1991, 235 pp.
- Secretaría de Salud. *Salud: México 2001, Información para la rendición de cuentas*. México, 2da. Ed. 2002. 177 pp.

- World Bank. *México: Basic Health II*, México, 30 de agosto, 1995, pp.144, véase en: <http://www.bancomundial.org.mx/pdf/ProyectoTerminados/ICR/3943-ME/SAR-3943-ME.pdf>
- World Health Organization. "The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance.", en Gineva: WHO, 2000. vease en <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm>

Tesis y Tesina

- Soria Morales Ernesto, La cooperación internacional para el desarrollo y la política mexicana en la materia: evolución y perspectivas. Tesis para obtener el título de Licenciado en Relaciones Internacionales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1999. pp.322
- Santillán Arillo Gloria Iveth, Mecanismos de control en citología cervical. Una necesidad latinoamericana de cooperación técnica internacional. Tesina para obtener el título de Licenciada en Relaciones Internacionales, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, Diciembre, 2003. pp.102

Referencias Electrónicas

<http://www.salud.gob.mx/>

<http://www.worldbank.org.mx/>

<http://www.inegi.gob.mx>

<http://www.paho.org>

<http://www.who.org>

<http://www.un.org>

<http://www.insp.mx>

<http://www.colmex.mx>

<http://www.unam.mx>