

529  
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS  
Y LA SALUD MUNDIAL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A  
FRANCISCO JAVIER MOTTA Y MONTEERRUBIO

MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

"LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS Y LA SALUD MUNDIAL"

INDICE GENERAL

PROLOGO

CAPITULO PRIMERO

Antecedentes Históricos

	PAG.
I. La Salud y el Hombre Primitivo .....	2
II. La Salud en la Antigüedad .....	7
III. La Salud en el Ambito Internacional .....	14
IV. La Salud a Nivel Nacional.....	21

CAPITULO SEGUNDO

Generalidades

I. Concepto de Salud ..	35
II. Diversas Aceptaciones de Salud Pública .....	35
III. Cooperación Internacional .....	37
VI. Necesidad de Normas Jurídicas, relativas a la Salud Pública .	43
V. Instituciones Públicas y Privadas de Acción Sanitaria Inter- nacional.....	46
VI. La Salud como Problema Individual y como Problema Social ....	52
VII. La Salud Pública y el Derecho Internacional .....	54

CAPITULO TERCELO

La Doctrina y el Régimen Jurídico de  
La Salud en el Derecho Internacional

I. Tratadistas de Derecho Internacional .....	58
---	----

	PAG.
II. Tratadistas de Derecho Administrativo.....	62
III. Tratadistas de Derecho Sanitario .....	67

#### CAPITULO CUARTO

##### Tratados y Convenios Internacionales en Materia de Salud

I. Convenios Sanitarios Internacionales .....	76
II. Convenios sobre Estupefacientes y Substancias Psicotropicas .....	81

#### CAPITULO QUINTO

##### La Organización Mundial de la Salud

I. Carta de las Naciones Unidas .....	88
II. Constitución de la Organización Mundial de la Salud .....	90
III. Organos .....	90
IV. Finalidad .....	94
V. FUNCIONES .....	94
VI. Miembros .....	94
VII. Acuerdos con otras Organizaciones Intergubernamentales .....	95
VIII. Situación Financiera .....	103
IX. Personal .....	107

#### CAPITULO SEXTO

##### Organización Panamericana de la Salud

I. Carta de los Estados Americanos .....	112
II. Código Sanitario Panamericano .....	115
III. Protocolo Adicional y anexo al Código Sanitario Panamericano.....	119
IV. Acuerdo entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud .....	122
V. Reglamentos Internos de la Organización Panamericana de la Salud.	126
VI. Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud...	127

CAPITULO SEPTIMO  
Aspectos Sanitarios Internacionales  
del Derecho Vigente Mexicano

	PAG.
I. La Sanidad Interna .....	134
II. Los Servicios de Sanidad Internacional .....	136
III. La Sanidad en Materia de Migración .....	139
IV. Sanidad Marítima, Aérea y Terrestre .....	140
V. Artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos -- Mexicanos .....	141
VI. Artículo 73 Fracción XVI Constitucional .....	144
C O N C L U S I O N E S .....	149
B I B L I O G R A F I A .....	151

## CAPITULO PRIMERO

### Antecedentes Históricos

#### SUMARIO

I.- LA SALUD Y EL HOMBRE PRIMITIVO

II.- LA SALUD EN LA ANTIGÜEDAD

Babilonia

Agipto

China

India

México Precortesiano (Tenochtitlán)

III.- LA SALUD EN EL AMBITO INTERNACIONAL

Conferencias Sanitarias Internacionales

A 1a. París, 1851

B 2a. París, 1859

C 3a. Constantinopla, 1866

D 4a. Viena, 1874

E 5a. Washington, 1881

F 6a. Roma, 1885

G 7a. Venecia, 1892

H 8a. Dresden, 1893

I 9a. París, 1894

J 10a. Venecia, 1897

K 11a. París, 1903

L 12a. París, 1912

LL 13a. París, 1926

M Convención Sanitaria para la Aviación, 1933

IV.- LA SALUD A NIVEL NACIONAL

Código Sanitario de 1926

Código Sanitario de 1934

Código Sanitario de 1950

Código Sanitario de 1955

## I. LA SALUD Y EL HOMBRE PRIMITIVO

El ser humano desde su primera aparición en la tierra ha estado sometido a las lesiones y a la enfermedad, a través de sus propias experiencias empezó a distinguir lo que le causaba daño y lo que le beneficiaba, lo cual nos demuestra que la salud ha sido motivo de enorme preocupación para el mundo entero.

Consideramos necesario para el desarrollo del trabajo que nos ocupa, hacer una breve reseña de las etapas que el hombre ha ido superando para llegar al conocimiento de la Medicina y así poder conservar el don más preciado que es la salud.

El origen del hombre primitivo y la historia de la Medicina no podría ser explicada sin referirnos a los más antiguos vestigios de la prehistoria humana, aquel periodo del desarrollo de la tierra que los geólogos denominan terciario o principios del cuaternario, cuando la hostilidad y dureza del medio hacía más deleznable y frágil la figura, por contraste musculosa, del homo sapiens linneano. Darwin nos da una descripción aproximada de esos antepasados nuestros: "estaban totalmente cubiertos de pelo, tenían barba, orejas puntiagudas, vivían en los árboles y formaban manadas".<sup>1</sup> Cuando el hombre se separa definitivamente del mono, éste ofrecía como carácter esencial de su poco complicada personalidad un psiquismo eminentemente combativo, preveía en él la fisiología somática animal sobre un rudimentario sistema nervioso superior, por lo que se refiere a las funciones o actividades de las zonas mentales establecidas a los efectos de investigación y estudio, debidas al psicólogo Jaspers; Yo pensante, representado por centros de escaso desarrollo; Yo instintivo, con un mínimo de capacidad razonadora o funcional, y el Yo efectivo, en donde las grandes cargas emocionales se impregnan influyendo en ellas los valores instintivos in o subconcientes, determinando un máximo de manifestaciones de la conducta, brutal y violenta, vista en las fases de la humana primitividad.

Alfonso L. Herrera en su libro titulado *Minerología y Geología* (México, 1925) nos define en forma sencilla y clara la época cuaternaria:

<sup>1</sup> MARX-ENGELS, *Origen del hombre*. Ediciones de Cultura Popular, S.A. 7a edición, Méx. 1976. pág. 211.

"La caracteriza un cambio momentáneo de clima, que al imprimir en toda la zona templada una actividad extraordinaria a las precipitaciones atmosféricas, ha permitido a los fenómenos de erosión y a los aluviones manifestarse en una escala grandiosa. Como consecuencia de este cambio, grandes costas de nieve y hielo han cubierto los macizos montañosos al igual que las regiones del norte, produciendo tanto en Europa como en América, un enfriamiento marcadísimo. Más tarde la temperatura se ha elevado estableciéndose el régimen actual, con la edad de las turberas y las habitaciones lacustres. De esta manera, en tanto que hoy la acción de los glaciares o ventisqueros, los ríos y la atmósfera se han reducido a proporciones casi insignificantes, esta acción ha bastado al principio de la Era Moderna (cuaternaria), para extender depósitos, algunos de gran espesor, sobre grandes extensiones.

Nevadas y hielos, lluvias torrenciales que se convertían en ríos de -- inimaginable caudal y largo curso; aluviones que segaban valles y cubrían montes, avance incontenible de los glaciares aplastando la exuberancia de los bosques ecuatoriales, a bestias y hombres; periodo de quietud de dichos glaciares y nuevo descenso de la temperatura con otra fase de actividad de las infinitas cantidades de hielo como fin de la Edad Cuaternaria, todo esto constituye el dantesco escenario en donde el hombre habita, lucha y pone en juego su cuerpo y alma.

Los restos del hombre y su industria, especialmente los sílex tallados, abundan en la época del mamut. Los primeros instrumentos de sílex considerados como hachas están tallados y no pulidos; es la edad paleolítica dividida en dos fases, la última corresponde a la edad del reno e implica la asociación de los utensilios de sílex con huesos esculpidos y modelados. Además de preparar instrumentos para la defensa o el ataque con sílex o hueso, el hombre primitivo también confeccionó con los mismos materiales, rudas -- piezas de un arsenal quirúrgico que le sirvieron para las primeras operaciones, con el afán de combatir las enfermedades<sup>2</sup>.

Por otra parte el hombre primitivo en su evolución gradual para supervivir, tuvo que emplear todo su ingenio para alimentarse, protegerse de los animales feroces y ampararse de los rigores del clima. Para lo primero, la tierra poseía vegetales en abundancia, frutas saludables, peces en los ríos y mares y carne de varios animales; para lo segundo, aprendió procedimientos más eficaces para cazar e ideó una amplia variedad de armas, tales como hachas, toscas de piedra, cuchillos de pedernal sin pulimentar, etcétera, y para lo tercero, las pieles de los animales que le sirvieron de vestido, y de morada las cuevas o cavernas naturales.

<sup>2</sup> DRES. JOSE ALVAREZ AMEZQUITA, MIGUEL E. BUSTAMANTE, ANTONIO LOPEZ -- PICAZO, FRANCISCO FERNANDEZ DEL CASTILLO, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, Tomo III, SSA, Méx. 1960. pág. 12.*



Sin embargo, la vida del hombre primitivo atraviesa por el periodo glacial; en él ocurrió el último avance de los hielos, ocasionando que las razas primitivas emigrasen a las regiones del sur. A partir de entonces tuvieron la necesidad de contar con el fuego para calentarse y cocer los alimentos; asimismo, empezaron a aprovechar las pieles de los animales para arroparse con ellas, aprendieron a coser las pieles de los animales con agujas de hueso, fabricando así trajes que suplieron la defensa que proporcionaba a sus antecesores el vello espeso que ellos habían perdido, formaron trincheras para protegerse de los animales y aun de sus semejantes, porque ya desde el principio comenzaron las tribus a guerrear.

El hombre, que había aprendido a comer todo lo comestible, aprendió también a cultivar la tierra, a domesticar a los animales que le eran útiles. Se extendió por toda la superficie habitable de la tierra. Construyó los dolmenes, los túmulos y en fin las construcciones llamadas megalíticas, que muchos atribuyen a las celtas y a los druidas pero está probado que corresponden a la segunda edad prehistórica, por los instrumentos y utensilios recogidos en ella, a lo que hay que agregar que tales construcciones megalíticas no son privativas de un solo lugar, sino que se encuentran en diversos lugares de la tierra.

A medida que la familia humana progresaba y sus necesidades fueron siendo mayores, una de las causas principales de su adelanto, comenzó a usar el bronce y el cobre, a formarse las habitaciones lacustres o palafitos, como las descubiertas en Suiza, Italia, Austria y también en nuestro Continente. Después los islotes artificiales en medio del agua y las llamadas estaciones palustres o casas formadas en una especie de muelle levantado en los lagos o lagunas. En todas estas habitaciones se han descubierto útiles de cocina y adornos que demuestran un grado importante de civilización y de progreso. Cocían el barro y hasta lo cubrían ya de un barniz, con cajas de minerales de cobre, cemento más o menos calizo, dibujaban los objetos, fabricaban el vidrio, trabajaban el ámbar amarillo, vestían y aun calzaban con cierto gusto.

Una vez explicadas las generales, conforme han sido señaladas del hombre y del medio que lo rodeaba, se estima necesario hacer un somero recuento de los más importantes hechos de la vida de nuestros ancestros, en virtud de que la historia de la medicina está enraizada con la prehistoria humana. Para el hombre primitivo la naturaleza toda está ya; desde la roca que al caer aplasta lo que encuentra en su camino, hasta el sol y la luna, el agua y el viento, dotados de movimiento, capaces de desplazarse y poseedores de una fuerza que constantemente está manifestando para el bien o para daño del hombre sapiens; el panteísmo está plenamente justificado y empleamos los términos de la escala de Linneo por tratar del hombre que piensa, percibe, reacciona y trata de explicarse las infinitas e inexplicables cosas y sucesos del mundo en que habita.

La relación entre el hombre y el mundo que le rodea origina, conforme al sentir de éste, resultantes favorables y adversos, buenos o malos; la vida y la muerte, la enfermedad y la lesión. En la prehistoria y en la Historia, el ser humano relaciona lo bueno de su existencia y lo malo con las influencias favorables o adversas, existencia de un poderío externo que -- abarca al pájaro y el alma del familiar muerto, el árbol y la nube, el sol y la luna, y como ese hombre admiró y envidió las características de ciertos animales, procura imitarlos hasta que llega un instante en que el se siente descender de ellos, lo que origina, el Totemismo, con rasgos psicológicos aún observables en nuestra cultura.

El hombre primitivo dejó constancia, con sus pinturas, en cuevas, de lo que era su vida, y en esas pinturas aparecen las figuras del hechicero, mago y sacerdote.

En efecto, la Antropología Cultural nos señala que en las paredes de la cueva de los tres hermanos, en los Pirineos franceses, fue pintada, hace 17 mil años, la más antigua del hechicero curandero. El hechicero médico continúa ejerciendo sus prácticas una vez que el hombre deja de ser nómada para hacerse sedentario, elemento principal de la tribu, es el primero que administra hierbas curativas, detiene una hemorragia por compresión o cose una herida con la tosca aguja de espina de pescado o vegetal, emplea además la fuerza mágica de que es poseedor, pues sin ella no hay virtud en las medicinas ni en las intervenciones.

Temor, admiración y esperanza, convierten el mundo del hombre en un gigantesco templo en el cual todo es sagrado por el bien o por el mal que ocasiona el animismo; médula de todas las religiones, el principio universal que liga a todos los seres humanos entre sí. Los espíritus de vegetales, animales y el de las fuerzas físicas, divididos en dos grandes grupos, buenos y malos, tienen entre otras potestades la de dar la salud y la vida o la de quitar una y otra, y para contrarrestar las acciones maléficas, el médico primitivo, el hechicero, investido de poderes sobrenaturales, une el empirismo a la magia.

Más tarde, la fuerza del pensamiento mágico primitivo confiere a esas incipientes pautas de educación para la salud, un carácter mágico religioso que les da fuerza necesaria para que sus preceptos se cumplan. Como señala Levi Strauss en su libro *El pensamiento salvaje* (México, 1964): "El pensamiento mágico no es un comienzo, un esbozo, la parte de un todo que aún no se ha realizado"; él considera que el pensamiento mágico está muy cercano a la intuición sensible y que por lo tanto, organiza y clasifica de acuerdo con las cualidades sensibles de los objetos.

Es por eso que considera que un grano en forma de diente preserva contra las mordeduras de las serpientes, o que un jugo amarillo sea un específico para los trastornos biliares. Para el hombre primitivo la naturaleza es dramática. En ella todo son acciones, fuerzas, poderes en pugna. La percepción del mundo se halla impregnada siempre de aspectos emotivos. Lo que se ve o se siente se encuentra rodeado de una atmósfera especial, de alegría o de pena, de angustia, de excitación, de exaltación o postración. No es posible referirse a las cosas como a una materia muerta o indiferente.

Incorporados los animales de toda especie a esa particular filosofía, el Totemismo se consagra como fuerza social, religiosa y mística, supersticiosa y práctica; del caos mental del hombre primitivo brotan imágenes de una fauna que es mítica por excelencia; hablan los animales el lenguaje de los humanos; sienten amores y odios; maquinan contra el hombre o lo defienden y desde el coyote hasta la serpiente, las formas animales se idealizan y subliman para convertirse en parte principal de la estructura social. Es aquí donde aparece la figura del chamán, a la vez hombre médico-mago, sacerdote, místico y poeta, para preparar su trance debía utilizar el lenguaje de los animales, que le permitía, según las ideas primitivas, participar de los secretos de esas criaturas y gozar sus vidas. El enfermo, de esta manera, debe nacer nuevamente y recuperar así la suma de energía y potencialidad, de que dispone un ser en el momento del nacimiento.

El pensamiento primitivo y la utilización de la magia para usos terapéuticos o de otra índole implica, pues, la creencia firme en la unidad de vida. También pensaba que transmitiendo las enfermedades a los animales podía efectuarse a gran escala y así, en algunos pueblos, se hacía pasear un camello -- por un poblado en que hubiese alguna epidemia. Se consideraba que éste absorbería la enfermedad, que desaparecería sacrificando al animal. Vemos pues, -- que la magia puede constituir para el primitivo, tanto una fuente de enfermedad, como un recurso para combatirla.

Como resultado de la adaptación y evolución humanas, llegaba la fase religiosa, el politeísmo se estiliza; aquí, en este lado, los Dioses mayores, buenos y malos, precedidos por un Dios mayor creador de todo lo existente; más allá las deidades del bien y del mal; luego las almas de los muertos, de seres humanos y por último, los espíritus del tigre y del perro, del ciervo y del oso. Con todo eso el sacerdote erige un sistema mitológico y astrológico, en cuyo fondo siguen viviendo creencias, temores, odios y amores del sentir del hombre primitivo y sólo salvaje.<sup>5</sup>

Por otra parte, los hombres primitivos utilizaron los productos naturales con fines medicinales; en sus medidas curativas incluyen arañas y gusanos blancos para la esterilidad, grasa de escarabajo negro contra la hidrofobia, gusanos rojos macerados contra el reumatismo, cangrejo de río contra la epilepsia, etcétera, etcétera. De estos ejemplos, que se encuentran en pueblos de estructura primitiva en todo el mundo, se puede incluir las prácticas que-

<sup>5</sup> *Ibidem*, pág. 25

realizaron los primitivos en el campo de la cirugía; también tuvieron la audacia de emprender la aventura en la extracción de sangre, la circuncisión y la quirúrgica que representa la trepanación. La utilizaron posiblemente en casos de cefalalgia intensa, como la provocada por un aumento de la presión intracranial. Su finalidad era la salida del demonio maligno. Si se tiene en cuenta el alivio pasajero que en esos casos producen las trepanaciones, fácil es comprender que se confirmaba la verdad de sus teorías. La repetición de la cefalea se interpretaba, naturalmente, como evidencia del regreso del demonio expulsado.

En resumen, de las líneas anteriores se deduce que el hombre primitivo no es, de ninguna manera, un ser caótico, apenas diferente de los animales.

## II.- LA SALUD EN LA ANTIGÜEDAD

Durante los milenios que duró la transición de medicina preventiva a la medicina culta de los pueblos civilizados más antiguos, el concepto de enfermedad va liberándose paulativamente de ideas mágicas y acercándose a una explicación basada en una alteración concreta, observada o supuesta, del organismo enfermo. La terapéutica va enriqueciéndose y haciéndose más diferenciada y, en cierto momento, nace una profesión especial, la del médico, casi siempre ligada a funciones sacerdotales de las cuales se liberará más tarde. La liga del ejercicio médico en la religión es la razón por la cual se llama a la medicina de esa época medicina religiosa.

En la historia de la medicina, desde la antigüedad hasta nuestros días, abundan las enseñanzas, antes de ser ciencia fue arte y su desarrollo en el curso de los siglos no fue continuo. En sus progresos conoció altos y bajos - periodos de gran actividad y de estancamiento, fracasos, etapas de estabilización, retrasos y aceleraciones.

Por lo que se estima necesario para la mejor comprensión de este apartado, evocar en orden cronológico el desarrollo que ha venido siguiendo la Medicina Antigua en el discurrir de los pueblos, los cuales tuvieron como fin llegar al conocimiento de la ciencia del curar.

El desarrollo urbano comenzó tanto en Egipto como en Mesopotamia 5,000 años a. de J.C.; teniendo como centro los templos o los sepulcros se construyeron las ciudades y éstas sirvieron de asiento a la civilización y a la cultura. Los sumerios fundaron la cultura urbana en Mesopotamia, pero su desarrollo fue obra de los pueblos semitas, que terminaron por absorberlos. Nos referimos a la medicina mesopotámica de la época más floreciente, durante la hegemonía de Babilonia, del 2100 al 1250 a. de J.C.

a) Los babilonios extrajeron de su cielo despejado la mejor de sus ciencias, la astrología, a la que habían de recurrir siempre en busca de explicaciones. La potestad rectora del país estaba en manos de los astrólogos y la medicina no se escapaba a su influencia. Su soporte teórico y ejercicio eran preséidos por conceptos astrológicos.

Son los astros para los babilonios quienes provocan, por su influencia, las enfermedades. También las provocan los espíritus malignos, especie de demonios encargados de torturar cada una determinada parte del cuerpo.

Los babilonios pensaron que el hígado era la víscera más importante de todas y que en ella residía la vida.

Los médicos babilonios también examinaban la sangre; conocían dos variedades: la sangre de día, probablemente la arterial y la sangre de noche, talvez la venosa; además se valieron de la interpretación de sus sueños para hacer sus augurios.

En cuanto a los procedimientos terapéuticos y los médicos cuya profesión tenía carácter sacerdotal, se valían de exorcismos e invocaciones para ahuyentar los malos espíritus o atraer la influencia de un dios-astro propicio (Sol).

Se hace notar que en esta cultura aparecen los primeros signos de preocupación por la higiene; recomendaban los hábitos de limpieza y los ejercicios-gimnásticos, y sus ciudades fueron alcantarilladas y provistas de un sistema de drenaje.

Las leyes que protegen la salud son tan antiguas como la sociedad misma. El Antiguo Testamento (Levítico, Capítulos 11 a 15) contiene referencias concretas al saneamiento, y éstas, a su vez, derivan del Código de Hammurabi, el más antiguo de los textos conocidos sobre práctica de la medicina. Sus disposiciones o leyes fueron grabadas en piedra hace 4,000 años y son hoy uno de los tesoros arqueológicos que se conservan en el Museo de Louvre de París. -- Las leyes o disposiciones acerca de la práctica de la medicina en Babilonia eran rigurosas y un cirujano que abriera un absceso corría el riesgo de ver sus manos amputadas si el enfermo moría de la operación, a menos que el muerto fuera un esclavo, en cuyo caso bastaría que el médico reemplazara el esclavo muerto por otro vivo. El código revela la existencia de un alto grado de organización social, a la vez que la existencia de una medicina totalmente desprovista de base científica. El examen de las entrañas de los animales era recomendado como método útil de diagnóstico para las enfermedades de los humanos.<sup>6</sup>

b) Del antiguo Egipto se tiene noticia del papiro de Ebers, que es uno de los testimonios escritos más antiguos de los conocimientos médicos del hombre. Descubierto en Luxor en 1873 por Georg Ebers, el papiro es una colección de textos compilados hacia el año 1550 antes de nuestra era, pero probablemente más antiguos, entre el 3300 y el 2600 a. de J.C., es decir, de la época de las ocho primeras dinastías egipcias. Imhotep, médico y arquitecto a quien se

6 DR. NORMAN HOWARD-JONES, *Revista de Salud Mundial, Artículo Un Vínculo Internacional*, OMS, s/n, agosto-septiembre 1975.

7 FAURAEUS ROBIN, *Historia de la Medicina*. Edit. Gustavo Gili, S.A. 1956 pág. 48.

atribuyen algunas de las recetas del papiro, vivió en la época de la tercera dinastía; los egipcios lo deificaron y los griegos lo identificaron con Esculapio (dios de la medicina). Una de las recetas atribuidas a Imhotep dice así: "Los tumores callosos y de consistencia pétrea que interesan de un conducto son, a mi entender, susceptibles de extirpación quirúrgica. Después de la extirpación convendrá cauterizar la herida para que no sangre -- con exceso".7

En otro papiro se dan instrucciones para el tratamiento de heridas, -- fracturas y dislocaciones. El papiro de Ebers se conserva en la Universidad de Leipzig; se conservan más de 700 recetas en las que se incluyen ingredientes como el opio, el aceite de ricino, la raíz de granada (vermífugo eficaz), las sales metálicas, estrocnina y distintas variedades de incienso destinadas a purificar el aire viciado.

Los griegos dieron forma a una medicina más racional con una base empírica casi exenta de pensamiento mágico; lo hicieron en parte sustentándose en las aportaciones médicas egipcias de esta índole, que habían sido ahogadas por los conceptos mágico-religiosos y que ellos rescataron.

Una medicina fundada en la observación, una excelente cirugía traumática lógica y, sobre todo, un primer bosquejo de medicina colectiva y social, -- son las características que dan originalidad al arte médico faraónico, tal como existió muchos siglos antes de nuestra era.

c) La Cultura China fue una cultura estacionaria y cerrada, estrechamente vinculada a la tradición. Su medicina poseyó características peculiares derivadas de esta circunstancia.

Los chinos no concibieron a la estructura del cuerpo humano según un principio empírico sino según su sistema filosófico, en el que son cinco -- los elementos fundamentales del universo, así como cinco órganos esenciales: el hígado, sede del alma; el corazón, el bazo, los pulmones y los riñones. -- Se podía conocer el estado de salud o enfermedad de un paciente examinando los labios, que estaban para ellos, en íntima relación con el bazo a través del esófago.

La base de la medicina propiamente dicha eran, y siguen siendo, dos -- principios fundamentales: el Yan y el Yin. El equilibrio entre estos dos -- principios antagónicos, el Yan, principio activo, seco, creador, masculino, y el Yin, principio pasivo, húmedo, disolvente y femenino, era la condición de la salud. Es deducible el estado de salud o enfermedad de las alteraciones del pulso, que a su vez revelan alteraciones en equilibrio entre los elementos celestes y los terrenales, entre los secos y los húmedos.

Una gran riqueza de medicamentos para remediar toda suerte de enfermedades coloca a los chinos entre los primeros farmacólogos del mundo. Desde el siglo XIV ciertos medicamentos, como el ruibarbo, llegaron hasta occidente por la llamada ruta de la seda. Otros, entre ellos el opio como anestésico, el mercurio contra la sífilis y el arsénico para las enfermedades de la piel, eran conocidos en China desde hacía siglos y utilizados, por su eficacia, como terapéuticos de choque.

El arte de curar era en China una profesión liberal en el sentido más estricto de la palabra. La medicina podía ejercerla cualquiera. A pesar de su temperamento individualista, la preocupación principal de los chinos, -- más que curar la enfermedad, era prevenirla. Prevención y terapéutica son -- las dos grandes contribuciones de la medicina china.

Las epidemias de viruela que asolaron a la China en el siglo XII antes de nuestra era, nos dan una prueba del ingenio de los médicos chinos. Para luchar contra aquellas epidemias recurrieron a una especie de inmunización que consistía en introducir en la nariz de los niños sanos, restos de costras y pústulas de viruela ( a los niños en la ventana nasal derecha, a las niñas en la izquierda). Este método de protección el más antiguo de que se tiene noticia, hace que los chinos puedan considerarse como los lejanos precursores de la medicina profiláctica contemporánea. Para los chinos el gran médico, no es el que cura lo que ya está enfermo, sino el que trata lo que todavía no lo está.<sup>8</sup>

d) La medicina de la India antigua se divide para su estudio en tres fases distintas: la época védica, de 1500 a 800 a. de J.C., durante la cual la enfermedad, obra de los dioses, se trataba mediante conjuros y sortilegios; la época brahmánica, de 800 años a. de J.C. a cien después, durante la cual la medicina india realiza progresos importantes de los cuales dan testimonio diversos tratados de medicina como el Azur Veda, el Sharaka y el Susruta (los nombres de los dos últimos corresponden a los dos médicos eminentes); y finalmente la época arábiga, a partir del año 1000 de nuestra era, en la que la medicina india se confunde con la de los árabes.

Medicina más o menos primitiva pero fundada en vastos conocimientos. La disección de cadáveres estaba prohibida. Existía, sin embargo, la posibilidad de burlar la prohibición, bastaba con colocar el cadáver en una cesta y sumergirla en el agua durante ocho días. Los diversos miembros del cuerpo no tardaban en separarse sin necesidad de cortarlos y el estudio de la anatomía resultaba entonces posible.

La higiene desempeña un papel importante aunque desprovisto de originalidad. Las leyes de Manú son severas a este respecto, exigían: aseo, baños, abluciones impuestas obligatoriamente. La higiene se extiende a la alimentación, muy y casi exclusivamente vegetariana. Una serie de disposiciones prefiguran la dietética de nuestros días.

La india nos ofrece históricamente una medicina empírica, sacerdotal - primero, natural más tarde, con reglas de higiene y una farmacología a base de plantas empleada con eficacia indudable.

Pero su principal título de orgullo es su cirugía atrevida y de alta calidad, tal vez fueron los primeros en hacer operaciones plásticas con fines cosméticos.<sup>9</sup>

e) Medicina Precortesiana. Tomaremos como ejemplo a la medicina ejercida en la gran Tenochtitlán, la medicina Tenochca o Azteca que en cierta forma, como toda su cultura, fue una mezcla de las ideas de los pueblos conquistadores y con ello una especie de síntesis histórica de los mismos. Fue esta medicina la que mayor difusión alcanzó y de ella es de la que se conservan datos más precisos.

La religión, que con su gran componente de pensamiento mágico abarcaba la vida íntegra del azteca, individual y colectivamente, impregnaba también el pensamiento y práctica médicos. Ejercida por hechiceros o por sacerdotes estaba llena de temor y reverencia a los espíritus superiores, a fuera de los dioses o de los mismos hombres dotados, en ocasiones, de poderes sobre-

<sup>8</sup> Revista de la Salud Mundial, Edit. OMS, mayo de 1970 pág. 13.

<sup>9</sup> Revista de Salud Mundial, op. cit. pág. 10.

naturales para causar el mal.

Las fuentes de enfermedad son dos principales: la voluntad de un dios-ofendido y la malevolencia o enemistad de otro hombre que se vale del poder de un hechicero o de sus propios poderes sobrenaturales para enfermar al enemigo.

Los médicos eran encargados de neutralizar el maleficio o bien de aplacar a la deidad ofendida, una vez que se había identificado al malhechor o al dios que enviaba el castigo. Toda maniobra terapéutica era acompañada de agorería, de conjura y de toda suerte de maniobras mágicas; no es extraño por tanto, que a la medicina se le llame Ticitl, término que también se traduce como la agorería de echar suertes.

Al médico azteca se le llamba Ticitl, y podía pertenecer a las castas-sacerdotales si para ello era preparado en el Calmecac, o bien ser un hechicero con su sabiduría médica aprendida casi de boca de su padre. Dada la gran variedad de medios terapéuticos de los que se valía la medicina precortesiana, los Ticitl se especializaban en una u otra de estas disciplinas: Había el experto herbolario que era llamado tepatiani, masajistas llamados-tlamatqui, expertos en sangrías y ventosas llamados teltlacuicuiliani; hubo oculistas, parteras y expertos agoreros que hacían sus pronósticos contemplando el agua de una jicara, examinando el orden en que caían unos granos de maíz, o interpretando sueños valiéndose del efecto alucinógeno del ololi huqui o el teonanacatl. Una forma de tratamiento purificador se realizaba en el baño de vapor o temazcalli. El médico azteca casi siempre era hombre, a las mujeres sólo estaba permitido el ejercicio de ciertas especialidades-como la de parteras y adivinatoras, y era requisito para hacerlo, el que hubieran llegado a la menopausia.

Los atributos con que el pueblo azteca viste a sus dioses determinan lógicamente la naturaleza de la enfermedad. Así, Tlaloc, dios del agua, provoca las dolencias que parecen derivar del frío y la humedad, como el reumatismo y el resfriado común; los ministros de Tlaloc castigan a quienes abusan del pulque, con un estado delirante acompañado por desviación de la boca, temblor generalizado y fluición de los ojos. Xipe-Totec, nuestro señor-el desollado, a quien se representa revestido de la piel de la víctima sacrificada y es deidad de la renovación periódica de la vegetación, es responsable de las enfermedades con manifestaciones dermatológicas.

Macuilxóchitl, dios del placer, castiga el quebrantamiento de votos, los excesos sexuales y la gula, con enfermedades venéreas, hemorroides o trastornos digestivos, etcétera.

El dios-diosa de la medicina azteca es Tlazolteotl, ser andrógino que es al mismo tiempo deidad de la inmundicia y del placer carnal.

Bastante extendida estaba también entre los tenochcas la creencia de que las enfermedades podían deberse a la introducción al organismo de un cuerpo extraño de naturaleza material: pedrezuelas, espinas, insectos, aire.

El descubrimiento de América influyó grandemente en el progreso de la medicina, sobre todo con la inclusión en la farmacopea europea de muchas de las plantas medicinales de origen indígena tales como el guayaco, la ipecacuana, la coca, la quina, el ruibarbo, la zarzaparrilla, la valeriana, el árnica y el tabaco.



Hemos reunido en este inciso un resumen de lo que caracterizó a la medicina en pueblos y culturas distantes unos de otros no solamente en el espacio, sino también en el tiempo. Su común denominador es precisamente esa actitud que confiere a la enfermedad un valor religioso al considerarla su mecanismo de producción como dependiente de un modo superior. Sin embargo, sería un craso error el considerar a este matiz religioso como el único factor determinante, en períodos de tiempo tan prolongados como el que nos ocupa, en el desarrollo de la medicina; junto a él aparecen ya los esbozos de una ciencia que empieza a vivir y que será desarrollada en otros pueblos y otros tiempos, y recuerdos de la concepción mágica del mundo en la cual el hombre aún no recurre a implorar el auxilio de elementos divinos para tratar de dar solución a sus problemas sino procuraba dominar a esas fuerzas sobrenaturales por medio del conjuro. La asociación de religión y medicina en estas épocas tan decisivas para la evolución humana es producto de un hecho fundamental para el desarrollo de la cultura humana, de la afirmación del hombre como ser pensante y como ser que tiene abierta la posibilidad de trascender a la vida física simplemente expresada y que, por lo tanto, siendo consciente también de las inmensas limitaciones a que está sujeto se vuelve en busca del apoyo de fuerzas superiores que le presten apoyo, y conducción. Durante este período se gesta una revolución intelectual: la vía de una problemática esencialmente humana, cuyas relaciones con la divinidad deberán ser completamente revaloradas, se encuentra abierta. Lo anteriormente expresado puede cerrarse con las siguientes palabras de Hipócrates: "Pero a este respecto, yo digo que no debemos rechazar la medicina antigua porque no tuviera fundamentos adecuados, porque no consiguiera resultados exactos en todo, sino que hemos de admirarla porque fue capaz de alcanzar una gran exactitud en el diagnóstico y porque sus descubrimientos hechos desde un estado de gran ignorancia, se hicieron de modo adecuado y no por casualidad". (Hipócrates: de la Medicina Antigua.)

Con Hipócrates se inicia el período de la medicina laica, y desde entonces se considera a las enfermedades como fenómenos naturales originadas por trastornos en el equilibrio orgánico. Posteriormente, se tiene el concepto de propagación y contagio de las diversas enfermedades epidémicas. La primera reacción natural y criteriosa del hombre (excluyendo la hechicería, oraciones y sacrificios de otras épocas para detener la propagación de las enfermedades epidémicas) fue el aislamiento de las colectividades. Se prohibía terminantemente la entrada y salida de personas de las ciudades o regiones infectadas. Severas sanciones que llegaron hasta la decapitación, se imponían a los infractores. Sin embargo, estos cordones sanitarios, a pesar de las tremendas penalidades establecidas, no fueron eficaces.

La otra medida sanitaria adoptada para luchar contra las epidemias fue la cuarentena, consistente en aislar a los pasajeros y tripulantes de los barcos por un período de tiempo.

El emperador Justiniano, cuando la gran epidemia del año 532 a. de J.C., dispuso que las personas que fueran a Constantinopla, procedentes de áreas infectadas, debían ser purificadas en zonas especialmente preparadas, donde luego se les otorgaba un pasaporte sanitario.

Pero fue recién en el siglo XIV, que se adoptó el sistema de proteger a las colectividades de los peligros de las epidemias introducidas por perso-

En esta época, no todas las personas eran partidarias del contagio de estas enfermedades y admitían muchas de ellas, que en el origen de las epidemias existían factores climáticos y ambientales, que influían poderosamente en el despertar del momento epidémico. Claro ésta, que en aquella época no se conocía el rol de los insectos y roedores, como transmisores de enfermedades, así como tampoco la existencia de portadores. Pero se alcanzó a percibir la influenza, que para la propagación de las enfermedades citadas, tenían las zonas insalubres, la mala vivienda, y se pudo apreciar, cómo con adecuadas medidas de higiene se detenía la progresión del mal.

Por otra parte, se reconoció, que las medidas de cuarentena sólo podrían tener valor, si se realizaba una fidedigna información internacional, basada en la precoz y adecuada denuncia de las enfermedades pestilenciales, hechas por todos los países.

### III. LA SALUD EN EL AMBITO INTERNACIONAL

Es indudable que la salud mundial se mejora por las conquistas que cada país realiza, en sus aspectos médico, social y económico dentro de sus fronteras. Los acuerdos internacionales sobre la manera de controlar las enfermedades transmisibles, el amplio intercambio de información médica, la uniformidad en la estadística vital, el asesoramiento médico y sanitario, la ayuda que pueda suministrarse a los países poco desarrollados y el control internacional de las drogas que producen acostumbramiento, son también factores importantes que contribuyen al mejoramiento de la salud de los pueblos.

El jurista brasileño Hildebrando Accioly nos dice: "La existencia humana se ve constantemente amenazada por la invasión y propagación de enfermedades epidemiológicas, contra las cuales sólo puede conseguir positivos resultados una acción internacional".<sup>11</sup>

Por estas consideraciones, es que los países con el ánimo de defender la salud colectiva y para luchar contra la difusión de las enfermedades pestilenciales que cada vez viajan más rápido, por encima de sus intereses locales, es tuvieron dispuestos a realizar conferencias sanitarias internacionales. Conviene señalar entre las más importantes:

#### CONFERENCIAS SANITARIAS INTERNACIONALES

Aunque varios higienistas desde el año 1834, propusieron realizar conferencias internacionales sobre cuarentenas, fue hasta el 23 de Julio de 1851 que tuvo lugar en París la 1ª Conferencia Sanitaria Internacional. En esta confe-

<sup>11</sup> HILDEBRANDO ACCIOLY, *Tratado de Derecho Internacional Público*, Tomo I, Rio de Janeiro, Brasil 1945, pág. 506.

rencia Sanitaria estuvieron representados 12 países (Australia, Sicilia, España, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, Cerdeña, Toscana, Turquía y el Vaticano). Los delegados eran médicos y diplomáticos. Entre los objetivos fundamentales de la conferencia, estaban la reglamentación de las cuarentenas y lazaretos en el Mediterráneo, la contagiosidad del cólera.

La apertura del canal de Suez aumentó grandemente los peligros de propagación de esta enfermedad, por lo que se crearon diversos organismos internacionales de sanidad, encargados de la vigilancia de las condiciones sanitarias en Oriente: entre ellos, el Consejo Superior de Sanidad (Conseil Supérieur de la Santé) en Constantinopla (suprimido por el Artículo 114 del tratado de Lausana, 1923)<sup>12</sup>.

Actuó como presidente de esta Conferencia el Sr. C.E. David representante diplomático francés. La Conferencia se extendió 6 meses y en el curso de la misma se discutió si se debían o no, eliminar las rígidas medidas de cuarentena internacional y tomar con los barcos medidas sanitarias similares a las que se toman con las viviendas, para evitar la difusión de las epidemias. La Conferencia constaba de 11 Artículos y 137 reglamentaciones, y tuvo el mérito de representar el primer esfuerzo en la historia sanitaria internacional, para dar uniformidad a las medidas de cuarentena. Por la misma, se eximía de la cuarentena a los navíos con patente de sanidad o libres de infección. Se estableció para cada enfermedad cuarentenable, un periodo máximo y mínimo de aislamiento, distinto para cada una de ellas. Se recomendaban las medicinas sanitarias a tomar en los puertos, para proteger la salud de las personas; se establecía que los barcos no serían rechazados por concepto de tener enfermedades pestilenciales a bordo; que los lazaretos debían ser equipados como hospitales y no como prisiones.

Aunque la Convención fue firmada por todos los representantes, solamente fue ratificada por Francia, Portugal y Cerdeña. Tal Convención, era de difícil realización práctica.

## 2a. Conferencia Sanitaria Internacional de París (1859)

Habiendo fracasado la ratificación de la Primera Convención, el gobierno francés dispuso que se realizara una Segunda Conferencia Sanitaria Internacional en París. Esta tuvo lugar entre el 9 de abril y el 30 de agosto de 1859. Asistieron a esta Conferencia solamente representantes diplomáticos, con el objeto de evitar las discusiones y las complicaciones de carácter administrativo, que surgieron en la primera.

Asistieron 11 países: Austria, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, Cerdeña, España, Toscana, Turquía y el Vaticano. Actuó como presidente el delegado francés Sr. Le Moyné.

<sup>12</sup> ALFRED VERDROSS, *Derecho Internacional Público*, Edit. Aguilar, Madrid - 1967, pág. 543.

Se elaboró un tratado que constaba de 44 Artículos que firmaron todos -- los representantes, excepto Grecia y Turquía. La guerra Franco-Austriaco-Italiana, interrumpió el desarrollo de esta conferencia. Esta Convención corrió igual suerte que la primera: Fue olvidada.

### 3a. Conferencia Sanitaria Internacional de Constantinopla (1865)

Peregrinos provenientes de la India en viaje a la Meca, originaron la -- cuarta epidemia de cólera que azotó Egipto y posteriormente pasó a Europa -- (1865).

Los países interesados creyeron conveniente realizar una reunión de técnicos, con el objeto de encontrar los medios adecuados y aconsejar los más -- eficaces, para detener el avance del cólera.

El gobierno turco, respondiendo a una insinuación del gobierno francés, -- invitó a varios países para una nueva conferencia sanitaria internacional, de los cuales 16 enviaron delegados (Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, España, El Vaticano, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Holanda, Persia, Portugal, Prusia, Rusia, Suiza y Noruega). La mencionada Conferencia tuvo lugar en Constantinopla. Se inauguró el 13 de febrero de 1866 y duró 7 meses. Se discutió el origen del cólera, su propagación, prevención, cuarentena, desinfección, rutas de propagación, medidas higiénicas a tomar con los peregrinos en viaje a la Meca. Se aconsejaron medidas acertadas aún desconociendo la causa de la enfermedad.

### 4a. Conferencia Sanitaria Internacional de Viena (1874)

La existencia de cólera en la zona del Mar Muerto y la apertura del Canal de Suez (1869), con lo cual se exponía a Europa a ser invadida por el mal y las dificultades creadas al tráfico marítimo, determinaron que a sugestión de Rusia, se convocara a la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, que se inauguró en Viena el 1º de Julio de 1874 y que se extendió durante un mes.

Eran objetivos de esta Conferencia, establecer medidas uniformes de cuarentena y crear una Comisión Internacional Permanente de Epidemias. Por primera vez, se habló de establecer un cuerpo sanitario internacional. A pesar de haberse votado esta iniciativa por unanimidad, fue muy pronto olvidada por -- los gobiernos.

También se sostuvo que el agua era un medio de transmisión muy importante de esta enfermedad. Un grupo de países expresaron la ineficacia de las medidas de cuarentena para detener el cólera.

### 5a. Conferencia Sanitaria Internacional de Washington (1881)

Esta Conferencia Sanitaria se realizó por invitación del Presidente de los Estados Unidos. En efecto, este país había sido invadido cuatro veces --

por el cólera y dos veces por la fiebre amarilla. El objetivo de la conferencia, era establecer un sistema internacional de denuncia de las enfermedades-pestilenciales y discutir sobre las condiciones sanitarias de los Puertos. La Conferencia se inauguró el día 5 de enero y se Clausuró el 1°. de marzo de --1881 habiendo asistido a la misma 26 países.

Estados Unidos, sostuvo la tesis de que las patentes de sanidad de los -barcos, debieran ser expedidas por los agentes consulares del país de destino, lo que originó como es lógico suponer la oposición de varios países que creyeron que con ello se lesionaba su soberanía. Nuevamente se estableció la convenencia de crear oficinas sanitarias internacionales, para la denuncia de las enfermedades epidémicas.

Es interesante destacar que el delegado de Cuba y Puerto Rico, Dr. Car--los Finlay por primera vez y en una forma brillante y que quedará como acontecimiento histórico, sostuvo que en la propagación de la fiebre amarilla, debe ría haber un agente transmisor y sospechaba del mosquito.

#### 6a. Conferencia Sanitaria Internacional de Roma (1885)

En el año 1883 hubo un nuevo brote de cólera en Egipto. Frente a ese peli gro y en el afán de uniformar las reglamentaciones en materia de cuarentena - (dado que las convenciones anteriores no lograron la firma de ningún acuerdo-sanitario intencional), se convocó a la Sexta Conferencia Sanitaria Interna-cional que inauguró sus sesiones en Roma, el 20 de mayo de 1885.

Algunos sostuvieron, que el valor de los cordones sanitarios y de las --cuarentenas eran relativos para detener el cólera, siendo partidarios de las-inspecciones médicas de los barcos sospechosos.

#### 7a. Conferencia Sanitaria Internacional de Venecia (1892)

Se realizó por iniciativa de Austria, con objeto de discutir y tomar me-didas para detener la progresión del cólera. Posteriormente, en 1893, casi to dos los países firmaron y ratificaron un acuerdo sanitario.

#### 8a. Conferencia Sanitaria Internacional de Dresden (1893)

Se realizó con el objeto de adoptar medidas defensivas contra la difusión de las enfermedades pestilenciales por los ríos, mares, etcétera. La Conven-ción fue posteriormente ratificada por 11 países.

#### 9a. Conferencia Sanitaria Internacional de París (1894)

Eran objetivos de la misma adoptar medidas higiénicas con los peregrinos-del Asia y en la zona del Golfo de Persia.

## 10a. Conferencia Sanitaria Internacional de Venecia (1897)

Una epidemia de peste que se produjo en Bombay, determinó la realización de esta Décima Conferencia Sanitaria Internacional y en la misma se firmó una Convención de cinco Artículos para controlar la propagación de la peste.<sup>13</sup>

## 11a. Conferencia Sanitaria Internacional de París (1903)

En esta conferencia, el gobierno francés bregó por el establecimiento de una oficina sanitaria internacional en París. La misma se creó en el año 1907 luego de un acuerdo firmado en Roma y se denominó L'Office International - - d'Hygiene Publique con asiento en París.

Justo es reconocer que en América, en el año 1902, es decir cinco años - antes, se estableció en Washington la Oficina Sanitaria Panamericana que se ocupaba de los problemas sanitarios de América. Conviene señalar que la idea de la primera remonta a la 2a. Conferencia Interamericana, reunida en la ciudad de México en 1901. En efecto, ella adoptó una resolución en que se recomendó la creación, mediante una conferencia que debía reunirse en Washington en 1902, de una oficina sanitaria internacional. Esta Conferencia Internacional (1a. Conferencia Sanitaria Panamericana) y la realizada en la misma ciudad tres años más tarde (2a. Conferencia Sanitaria Panamericana) fundaron y organizaron dicha oficina. El organismo creado de esta manera funcionó desde un principio en Washington como dependencia de la Unión Panamericana, y se -- constituyó luego, en un centro de informaciones sanitarias a las repúblicas - americanas. En 1932, en virtud de una resolución de la 5a. Conferencia Interamericana, celebrada en Chile, el referido centro recibió el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana.<sup>14</sup>

## 12a. Conferencia Sanitaria Internacional de París (1912)

En la misma se trataron problemas relacionados con el cólera, peste y -- fiebre amarilla. Cuarenta y un países enviaron sus representantes.

## 13a. Conferencia Sanitaria Internacional de París (1926)

En esta Conferencia se amplió el contenido de la anterior, incluyendo vi ruela, tifus, además de considerar los diversos aspectos de la cuarentena, -- desratización, vacunación contra el cólera, etcétera.

<sup>13</sup> JOSE SARALEGUI, *op. cit.* págs. 18, 19, 20 y 21

<sup>14</sup> HILDEBRANDO ACCIOLY, *op. cit.* pág. 507.

## Convención Sanitaria Internacional para la Aviación (1933)

En vista de los progresos realizados en el transporte aéreo, se realizó la Convención Sanitaria Internacional para la Aviación, que se firmó en la Haya en 1933; y que en 1935 habían ratificado 10 países. En 67 Artículos, se establecieron claros conceptos y eficaces medidas para evitar la difusión de las enfermedades transmisibles por la navegación aérea. Luego de la Primera Guerra Mundial, a la Sociedad de las Naciones, por deseos de varios de los países integrantes, se le encomendó la realización de actividades en el campo internacional de la prevención de las enfermedades epidémicas.

En febrero de 1920, se realizó en Londres, una conferencia de expertos para estructurar las actividades que la Sociedad de las Naciones cumpliría en materia de sanidad internacional, recomendándose la creación de una organización permanente de sanidad internacional, en la referida institución. La Sociedad de las Naciones, realizó una interesante labor sanitaria internacional hasta 1946, época en que dejó de actuar.

El 9 de septiembre de 1943, 43 países firmaron en Washington un acuerdo para la creación de un organismo destinado a procurar, a las poblaciones liberadas de Europa, ayuda y consuelo a sus sufrimientos, prevenir las enfermedades pestilenciales y recuperar la salud del pueblo, facilitando el adecuado retorno de los prisioneros a sus hogares. La institución se denominó United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), (Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas). Fue éste un organismo poderoso en recursos, creado de emergencia y que cumplió una activa labor en la prevención de las epidemias en Europa durante el periodo en que le correspondió actuar. Cesó en sus funciones en el año 1946.

Pero a pesar de las múltiples conferencias sanitarias internacionales realizadas y de los numerosos tratados firmados, se estaba muy lejos de alcanzar un acuerdo internacional amplio en materia de sanidad marítima y aérea. En el año 1946, las funciones desempeñadas por la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y de la UNRRA, pasaron a ser responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud se firmó en Nueva York, en julio de 1946. La misma se promulgó y entró en vigencia el día 7 de abril de 1948.

Se facultó a la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, a adoptar disposiciones o reglamentar en materia de cuarentena y otras actividades sanitarias, orientadas a prevenir la difusión internacional de las enfermedades transmisibles. Estas reglamentaciones, tendrían valor para todos los países miembros de la OMS, salvo para aquellos que formularon observaciones. Tendrían así el valor de las convenciones sanitarias internacionales anteriores. Con ello, se evita el largo proceso de las ratificaciones posteriores. Este nuevo concepto, facilitó grandemente la realización de los acuerdos internacionales.

Desde el año 1952, está en vigencia un instrumento jurídico sanitario internacional aceptado por unos 90 países que se conoce con el nombre de Reglamento Sanitario Internacional.

Las autoridades sanitarias nacionales, en los puertos y aeropuertos, aplican medidas de cuarentena, de acuerdo con reglamentos que se deben ajustar a los códigos o convenios sanitarios que el país ha suscrito con otros.

A las tres clásicas enfermedades cuarentenables (cólera, peste y fiebre amarilla), posteriormente se le agregaron en misma categoría, viruela, el tífus y la fiebre recurrente, con lo que han pasado a ser seis.

Las medidas de cuarentena que eran empíricas y rígidas en un comienzo, por la ignorancia que se tenía sobre las causas y modo de propagación de las enfermedades pestilenciales, se han modificado en los últimos años, por varias circunstancias. En efecto, hoy se sabe perfectamente que el cólera es transmitido fundamentalmente por las aguas contaminadas, se conoce su agente causal; se ha descubierto que la peste se propaga de las ratas al hombre, por intermedio de las pulgas; que la fiebre amarilla es transmitida por un mosquito; que el tífus y la fiebre recurrente lo son por el piojo.

Las vacunaciones preventivas y los insecticidas, son conquistas sanitarias de enorme valor profiláctico, en la lucha contra estas enfermedades.

Por otra parte, la gran agilidad de los modernos medios de transporte, hacen posible que una persona aparentemente sana, ingrese a otro país, en el periodo de incubación de una enfermedad pestilencial. Frente a esta eventualidad fracasan las antiguas medidas sanitarias de seguridad.

Se considera hoy más racional, en aquellos casos de viajeros que se sospecha provienen de una zona infectada, ganar la cooperación de esas personas a las cuales, en esos casos, se les entrega una tarjeta y se les advierte que por su propio interés y el colectivo deben consultar al médico frente a la aparición de cualquier síntoma de la enfermedad. En el caso de la fiebre amarilla, para citar un ejemplo, la vacunación de las personas que abandonan zonas infectadas de esa enfermedad y la eliminación del mosquito transmisor (*Aedes*) en las zonas de destino, constituyen poderosas medidas sanitarias que hacen innecesarias las antiguas, empíricas y rígidas medidas de cuarentena.

En la actualidad, la sanidad internacional es dominada por un nuevo concepto: el de erradicar las enfermedades, atacándolas en sus focos de origen o eliminando sus agentes transmisores, como ocurre con el cólera, la fiebre amarilla, la malaria y otras más.

La labor no es fácil, porque hay grandes dificultades de carácter económico, político y el profesional. Pero tampoco es imposible, gracias a la notable ayuda que representan las modernas conquistas de drogas extraordinarias como los antibióticos, vacunas de alto poder inmunizante e insecticidas poderosos, que han facilitado esta acción.

Por otra parte, la experiencia ha mostrado también que al tiempo que se logran dominar algunas enfermedades gracias a la aplicación de las modernas medidas higiénicas, otras hasta entonces aletargadas despiertan con nuevos impulsos epidémicos como sucede con la poliomielitis, que en los últimos años ha aumentado en muchos países y ha obligado a tomar vastas medidas profilácticas para detener su avance.

El empleo de la energía atómica ha creado una serie grande de inquietudes a los higienistas de los tiempos modernos, para evitar los efectos perjudiciales de las radiaciones sobre el organismo humano y su descendencia.



Para la solución de éstos y muchos otros problemas, como son la denuncia de las enfermedades epidémicas; el rápido intercambio de esa información para que todos los países vivan el momento epidemiológico mundial al instante; el amplio intercambio de información médica, la uniformidad estadística de las enfermedades; el asesoramiento médico y sanitario; la ayuda a los países poco desarrollados; el control internacional de las drogas que producen acostumbramiento, hacen necesaria, hoy más que nunca, una amplia colaboración de todos los países, en esta labor de beneficio colectivo.

En los últimos años y en forma prodigiosa, han proliferado los organismos públicos, privados y mixtos que se ocupan de problemas sanitarios de carácter internacional. Esto ha creado la necesidad de coordinar las funciones de los mismos, para evitar las duplicaciones de actividades y el gasto innecesario de recursos y energías. A pesar de las conquistas realizadas en este sentido, mucho es lo que aún resta por hacer. Los gobiernos, que deben contribuir para sostener la acción de estas instituciones, muchas veces no alcanzan a comprender claramente las funciones que cumplen cada una de ellas.

Para terminar y a manera de resumen de esta sucinta exposición histórica de la sanidad internacional, diremos que el peligro de la enfermedad epidémica es el lazo que con tanta o más fuerza que una creencia religiosa o política, ha tenido la rara virtud de unir a los hombres, por encima de sus diferencias raciales, económicas, políticas o religiosas, en un supremo esfuerzo por sobrevivir.

#### IV. LA SALUD A NIVEL NACIONAL

El ser humano ha luchado por conservar el don más preciado que le ha otorgado la naturaleza: La salud. Su instinto de conservación se ha acentuado a medida que avanza el progreso. Así vemos cómo los pueblos más civilizados se preocupan por vigilar cada vez con mayor dedicación y cuidado la salud. El hombre enfermo es una carga para la sociedad. Por eso los gobiernos deben evitar que se menoscabe la salud de la población, es decir, deben procurar por todos los medios a su alcance, la prevención y conservación de ella.

La preocupación por el fomento de la salud internacional en México se encuentra codificado, en los códigos sanitarios que se han venido expidiendo, en el afán de proteger la salud del país, tomando medidas uniformes de sanidad, tendientes a evitar la propagación de las enfermedades endémicas.

Desde 1917, a la fecha, nos han regido cinco códigos sanitarios, los que a continuación nos permitimos mencionar.

- a) Diario Oficial de 9 de Junio de 1926
- b) Diario Oficial de 31 de agosto de 1934.
- c) Diario Oficial de 25 de enero de 1950.
- d) Diario Oficial de 1º. de marzo de 1955.
- e) Y, por último el que nos rige actualmente, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 13 de marzo de 1973, al cual le asignaremos uno de nuestros capítulos, con el objeto de hacer un estudio más profundo de los As-

pectos Sanitarios Internacionales del Derecho Mexicano Vigente.

Para la mejor comprensión de la evolución que ha venido sufriendo la Sanidad Internacional en nuestro país, estimamos conveniente transcribir algunos de los Artículos de cada uno de los códigos sanitarios, por considerarlos de suma importancia:

a) Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1926.

Dedica en los Capítulos II y III del Título Primero, a la Sanidad Internacional.

El Capítulo II, a su vez está dividido en tres secciones: la primera corresponde a la Sanidad Marítima, la segunda a la Sanidad Aérea, y a la tercera a los Lazaretos.

DE LA SANIDAD MARITIMA. Establece el Artículo 30: "El Servicio de Sanidad Marítima tiene por objeto la protección del Territorio Nacional contra las infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a la especie humana y el evitar que las mismas infecciones o enfermedades se propaguen mediante la agencia intermediaria del comercio internacional".

Estipula el Artículo 31: "Corresponde exclusivamente, al Departamento de Salubridad Pública, la Administración del Servicio de Sanidad Marítima.

I. A los tratados y convenios internacionales que sean de observancia obligatoria para el país;

II. A las disposiciones de este Código y los reglamentos respectivos;

III. A las circulares y demás disposiciones que dicte el Departamento de Salubridad Pública para la mejor observancia de los tratados, convenios y leyes que habian las fracciones anteriores y en uso de las facultades que le confieren la regla segunda de la fracción XVI del Artículo 73 Constitucional".

Indica el Artículo 33 que: "Al zarpar un barco de puerto extranjero con destino a puerto mexicano, deberá estar provisto de la patente de sanidad visada por el Cónsul o Agente Consular mexicano en el puerto de salida. Este a su vez deberá indicar si la autoridad que expidió la patente, está facultada por la leyes locales".

Conviene señalar que la visa es el "acto jurídico realizado por el Estado al que pretende entrar un extranjero mediante el cual se permite que su patente (de sanidad) produzca efectos jurídicos en el país de ingreso".<sup>15</sup>

En el caso de que la patente de Sanidad presentara alguna alteración, el documento se anulará, a menos que haya sido hecha por la autoridad competente, la cual en este caso deberá dejar constancia de la misma. Por otra parte para que tenga validez la patente de sanidad, en los puertos de la República, deberán de ser expedidas dentro de las 48 horas anteriores a la salida de las embarcaciones a las que se les concede.

Las patentes de sanidad se dividen en limpias y sucias. El Artículo 42- "Considerará como limpia, la patente en que se exprese que en el puerto de salida no existe, absolutamente, el cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica y, con carácter epidémico, el tifo exantemático, la viruela, la fie-

<sup>15</sup> Carlos Arellano García, *Derecho Internacional Privado, Editorial Porrúa, S.A. México 1974. pág. 331*

bre tifoidea, la difteria, la escarlatina o cualquier otra enfermedad transmisible, también de forma epidémica, que es susceptible de ser transportada mediante el comercio internacional y cuando el Departamento de Salubridad la declare alarmante".

La sola presencia de casos importados de dichas enfermedades, siempre que estén aisladas debidamente, no obligará a expedir una patente de Sanidad sucia, pero la existencia de ellos se anotará en la patente de sanidad en la forma y términos que fijen los reglamentos respectivos.

Se considerará como sucia la patente que presente cualquiera de las enfermedades de que habla el Artículo anterior; las limpias que hayan variado de carácter por los accidentes del viaje; las que se expidan con alguna infracción; y los buques que carezcan de ese documento, y por último los comprendidos en los demás casos que determinen los tratados, convenios o leyes.

Con las excepciones consignadas en los Artículos 49, 50 y 51, los barcos nacionales o extranjeros que arriben a puertos mexicanos precedentes de puerto nacional o extranjero, deberán sujetarse a la visita y reconocimiento sanitarios. Sin tal requisito no se les permitirá a libre plática desembarcar persona alguna, ni la totalidad o parte de su cargamento".

Así el Artículo 46 establece: "El Delegado Sanitario de acuerdo con el Jefe del Capitán del Puerto, designará el lugar donde deban fondear los barcos para recibir la visita de sanidad y para cumplir con las medidas que se dicten en cada caso, conforme a las disposiciones de este Código y los reglamentos respectivos".

Artículo 49 "Los buques de guerra extranjeros que arriben a puertos mexicanos estarán dispensados de patente de sanidad y sólo serán visitados a solicitud de sus Comandantes. Sin la visita sanitaria correspondiente no podrán quedar a libre plática ni comunicarse con tierra".

Artículo 50 "Los buques de guerra nacionales, los guarda-faros y los guarda-costas, solamente en asuntos del servicio, y cuando no toquen puertos infectados y siempre que no transporten pasajeros ni tropas, no necesitarán, al entrar o salir de puertos mexicanos, visita del Delegado. Pero los Capitanes de sus barcos bajo su más estricta responsabilidad y la del médico de a bordo, si lo hubiere, declararán a la Delegación Sanitaria del Puerto a que arriben, todo caso de enfermedad transmisible que observen a bordo; y en ese evento deberán esperar la visita del Delegado para comunicar con tierra y que dar a libre plática".

Artículo 51 "Todo barco mexicano o extranjero que zarpe de puerto Nacional llevará patente de sanidad, con excepción de los de guerra, los guarda-costas, los guarda-faros, las embarcaciones destinadas al servicio federal y los barcos pescadores".

Señala el Artículo 57 que : "Las medidas de profilaxis en los puertos mexicanos, con objeto de impedir la importación de las enfermedades epidémicas o transmisibles, consistirán:

- I. En la inspección médico-sanitaria de las embarcaciones.
- II. En la vigilancia y aún en el aislamiento de los pasajeros sospechosos;
- III. En el aislamiento de los enfermos hasta su completa curación, en los lazaretos, o en lugares acondicionados para el efecto en la localidad;
- IV. En la desinfección o fumigación de las embarcaciones, equipajes y mercancías que lo requieran a juicio de la autoridad sanitaria;

V. En la destrucción de los animales que sirven de vehículos transmisores de la enfermedad;

VI. En la inmunización por medio de sueros y vacunas;

VII. En los demás que establezcan los Tratados, convenios o leyes, o que se determinen por el Departamento de Salubridad Pública en los casos comprendidos en la regla segunda de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Federal.

Quedan facultados el Departamento de Salubridad y sus Delegados en los puertos, para detener las embarcaciones por el tiempo que fuere necesario, mientras se practican dichas medidas.

En relación a lo anteriormente mencionado, el Presidente de la República, a propuesta del Departamento de Salubridad, declara cuando deben ser considerados, infectados o sospechosos, los puertos nacionales o extranjeros. En estos casos, todo barco que proceda de dichos puertos, independientemente de lo que exprese su patente de sanidad, quedará sujeto a las medidas profilácticas a que se refiere el Artículo 57".

Por otra parte el Artículo 60 señala: "Cuando se declare infectado un puerto nacional se comunicará esta resolución a la Secretaría de Relaciones exteriores para que de aviso a los países amigos de México o a quienes obligue de acuerdo con los tratados y convenios internacionales. El reglamento relativo fijará los datos que este aviso debe contener".

El Servicio de Sanidad Marítima podrá estar a cargo de los: Delegados Sanitarios en los puertos extranjeros, los Inspectores, Capitanes de Puerto, o en su defecto los Administradores de Aduana y demás funcionarios o empleados federales, los cuales observarán las prevenciones de este Código y sus reglamentos, así como las disposiciones que dicten el Departamento o los mismos Delegados en el ejercicio de sus funciones.

Para concluir, el Artículo 66 manifiesta que: "El Departamento de Salubridad con aprobación del C. Presidente de la República y aviso a la Secretaría de Relaciones, podrá determinar que se apliquen a barcos de otros países las mismas medidas sanitarias que se establezcan para buques mexicanos en puertos extranjeros".

DE LA SANIDAD AEREA. El Artículo 67 señala que: "Las prescripciones de la sección anterior se aplicarán a los buques aéreos".

El Departamento de Salubridad establecerá, en los lugares que estime conveniente, sitios de aterrizaje, sujetos en todo, al régimen sanitario que establezcan este Código y sus reglamentos.

Determina el Artículo 68 lo siguiente: "Quedan comprendidos dentro de la denominación de buques aéreos, los aeroplanos, aviones marítimos, gliders voladores, helicópteros, globos y cualquier otro vehículo que pueda transportar personas y cosas por el aire".

DE LOS LAZARETOS. El Artículo 69 establece: "En los puertos y poblaciones fronterizas que determine el Departamento de Salubridad Pública, se establecerán lazaretos y estaciones sanitarias, sujetos, en cuanto a su construcción y funcionamiento, condiciones y administración, a las disposiciones de un reglamento especial y a los que dicte dicha autoridad sanitaria."

El Capítulo III, dedica su estudio al Servicio de Sanidad en Materia de Migración, el que a su vez se encuentra dividido en cinco secciones:

1. Disposiciones Generales.
2. De la entrada de pasajeros por puertos marítimos
3. De la entrada de pasajeros por vías terrestres
4. De la entrada de pasajeros por vías aéreas
5. De las salidas de pasajeros

#### 1. Disposiciones Generales

Establece el Artículo 70: "Todo extranjero que pretenda entrar al territorio nacional estará sujeto a los reconocimientos sanitarios que sean necesarios para determinar si puede ser admitido conforme a las disposiciones de este Código y los reglamentos respectivos.

Igualmente serán reconocidos los mexicanos, con objeto de tomar las precauciones necesarias en caso de que padezcan enfermedades transmisibles.

La entrada se verificará por los lugares autorizados por la ley para el tránsito de migración".

Por el contrario el Artículo 72, señala: "No podrán entrar a la República, los extranjeros comprendidos en alguno de los casos siguientes:

I. Los enfermos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis en cualquiera de sus formas, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, difteria, poliomiélitis infantil o parálisis atrófica de la infancia, parálisis espinal aguda del adulto, polioencefalitis aguda o sub-aguda, o cualquier otra enfermedad aguda que por declaración del Departamento de Salubridad se considere transmisible;

II. Los enfermos de tuberculosis, lepra, beri-beri, tracoma, sarna, encefalitis crónica de la infancia, filariosis, o de cualquier otra enfermedad crónica que por declaración del Departamento de Salubridad se considere --- transmisible;

III. Los epilépticos y los que padecen enajenación mental;

IV. Las prostitutas y los ebrios habituales;

V. Los toxicómanos y los que se dediquen al tráfico ilegal de drogas enervantes, lo fomenten o exploten;

VI. Los demás que determinen los reglamentos respectivos".

Sin embargo el Artículo 73 establece excepciones al respecto tales como:

I. Los casos en que a los extranjeros deba considerárseles como mexicanos para los efectos de este Código y sus reglamentos.

II. Los casos en que se podrá conceder permiso a los extranjeros residentes en la República para que puedan traer al país a sus padres, esposas o hijos menores cuando alguno de ellos padeciere de las enfermedades señalada en las fracciones II y III del Artículo anterior, estableciendo al mismo tiempo, las condiciones que deberán llenar dichas personas para ingresar al país;

III. Los Agentes Diplomáticos extranjeros, representantes de otros países, sus familiares, empleados y servidumbre, deberán declarar antes de internarse al país, el carácter oficial de que lleguen investidos.

IV. Los casos en que deberán ser expulsados del país, los extranjeros -- que hubieren penetrado a él contraviniendo lo dispuesto en este capítulo y -- la forma en que deberá ejecutarse dicha expulsión.

Por otra parte, el Artículo 77 establece: "Todos los mexicanos o extranjeros que entren a territorio de la República, deberán vacunarse a menos que presenten certificado visado por el Cónsul mexicano del lugar de su partida, que acredite que ha sido vacunado dentro de un plazo no mayor de cinco años. Los mismos Cónsules, para visar dichos certificados, de que han sido expedidos por autoridad competente en la materia o por médico autorizado para hacerlo".

## 2. De la entrada de pasajeros por puertos marítimos

El Artículo 78 expone lo siguiente: "El Capitán de un buque que transporte pasajeros con destino a la República, deberá presentar a los funcionarios de sanidad, al practicarse la visita correspondiente, separadas, y por duplicado, hojas listadas, cada una de treinta pasajeros y tripulantes, en que consten ordinariamente:

I. Los nombres de los pasajeros y tripulantes con expresión, respecto de cada individuo, de los datos que establezcan los reglamentos respectivos;

II. Los nombres de los tripulantes que pretendan bajar a tierra y estén legalmente capacitados para ello;

III. Los nombres de los pasajeros y tripulantes que vengan enfermos, -- con expresión de su enfermedad bajo la fe del médico de a bordo, quien firmará dicha constancia en unión del Capitán;

IV. Los nombres de los pasajeros sospechosos de padecer alguna de las enfermedades señaladas en el Artículo 72;

V. Los nombres de los pasajeros que tengan al carácter de colonos o de inmigrantes trabajadores".

El Artículo 81 declara que: "Los pasajeros que a su arribo se encuentren afectados de alguna de las enfermedades a que se refiere la fracción I del Artículo 72, serán aislados en el Lazareto del puerto o estación sanitaria respectiva, hasta que estén sanos o indemnes. Los gastos de asistencia o curación, tratándose de extranjeros serán por cuenta de la empresa que los haya conducido y si de mexicanos, por cuenta del mismo pasajero, salvo los casos de insolvencia en que serán cubiertos por la administración pública".

Indica el Artículo 84: "Que cuando desembarque algún extranjero impedido legalmente para hacerlo, por estar comprendido en alguna de las fracciones del Artículo 72, será reembarcado, desde luego en el de la misma empresa que zarpe inmediatamente después para el país de su procedencia. Los gastos que la observancia de este Capítulo origine, serán por cuenta de la propia empresa".

Estipula el Artículo 85 que: "Las empresas navieras que tengan buques destinados, exclusivamente al transporte de inmigrantes trabajadores o de colonos, o que de ordinario traigan más de diez de ellos en cada viaje, estarán obligadas:

I. A tener un médico a bordo en cada buque y un botiquín bien provisto de los medicamentos y útiles necesarios para atención de los enfermos y para casos de accidente;

II. A dotar a sus buques de los aparatos, útiles y substancias que sean necesarios para que sean desinsectizados, desratizados y desinfectados convenientemente;

III. A cuidar de que todos los departamentos de su buque, principalmente los que se destinen a los inmigrantes o colonos, se encuentren en buenas condiciones higiénicas;

IV. A proporcionar a los inmigrantes o colonos una buena alimentación.

V. A tener, en los puertos de desembarque de los inmigrantes o colonos, estaciones sanitarias para su aislamiento, curación y observación, con capacidad suficiente para contener el mayor número de los que puedan traer un só lo viaje, siempre que en dichos puertos el Gobierno Federal no tenga establecimientos respectivos;

VI. A dotar a las mismas estaciones sanitarias de los aparatos, útiles y substancias necesarias para practicar en ellas las operaciones que prescribe, para los buques, la fracción II de este Artículo;

VII. A tener, en la Ciudad de México y en cada uno de los puertos de la República para donde conduzcan inmigrantes sus buques, un apoderado con facultades bastantes para tratar todos los asuntos que se ofrecieren y a quien se puedan hacer efectivas las responsabilidades en que incurran;

VIII. A otorgar caución suficiente, a satisfacción del Departamento, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que les imponga este Código y sus reglamentos, y a reponer esta caución cuantas veces sea necesario;

IX. A conducir el regreso y por su cuenta, a los inmigrantes o colonos que hayan transportado a la República, cuando, conforme a este Código y sus reglamentos, no deban ser admitidos o sean expulsados por haber entrado ilegalmente.

X. A cumplir con los demás requisitos relativos que este Código y sus reglamentos determinen.

Artículo 86 "Conforme a la Ley de Inmigración y Emigración y para los efectos de este Código, se considerarán como inmigrantes trabajadores, a los extranjeros que vengan a la República a dedicarse temporal definitivamente, a los extranjeros que vengan al país con el objeto de radicarse en una región determinada, dedicándose en ella, por su propia cuenta, a trabajos agrícolas o industriales, previos los requisitos de la Ley de Colonización. Los familiares de los colonos y de los inmigrantes-trabajadores, serán considerados bajo las mismas denominaciones".

### 3. De la entrada de pasajeros por vías terrestres.

Establece el Artículo 92: "La entrada de pasajeros por vías terrestres queda sujeta a las disposiciones relativas de este Capítulo, a las de los reglamentos respectivos y a las especiales que dicte el Departamento de Salubridad Pública.

Dichos reglamentos y disposiciones determinarán la forma y términos en que deberán practicarse los reconocimientos a los pasajeros, inmigrantes-trabajadores, colonos, ya sea que su internación se pretenda verificar por ferrocarril o por otros medios".

#### 4. De la entrada de pasajeros por vías aéreas

El Artículo 93 determina que : "Son aplicables a la entrada de pasajeros por vías aéreas, las disposiciones de este Capítulo con las modificaciones que expresen los reglamentos respectivos".

#### 5. De la salida de pasajeros

Indica el Artículo 94 lo siguiente: "Los reglamentos determinarán las restricciones y casos en que se impida la salida del territorio nacional por las vías terrestres, marítimas o aéreas, de pasajeros atacados de las enfermedades que los mismos reglamentos determinen".

Después de haber examinado tan abundante legislación, que en Materia de Sanidad Internacional contenía este Código Sanitario, no nos queda más que concluir diciendo, que este instrumento fue el punto de partida de la organización efectiva de nuestros servicios sanitarios. Sin embargo hubo necesidad de elaborar un nuevo ordenamiento legal, que robusteciera aún más los servicios.

#### b) Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1934

Este Código supera al anterior, en la parte relativa a las Disposiciones Generales, pues explica en forma más clara lo que comprende la Sanidad Internacional.

Y es así como el artículo 55 establece: "Corresponden, exclusivamente al Departamento de Salubridad Pública, los asuntos de sanidad internacional y en consecuencia:

I. La administración de los servicios de sanidad marítima, aérea y terrestre;

II. La administración de los servicios sanitarios de migración;

III. La administración de todos los demás servicios sanitarios en los puertos de altura, en las poblaciones fronterizas de tráfico internacional y en los puertos aéreos, de acuerdo con lo que dispongan los reglamentos que al efecto dicte el Consejo de Salubridad General, teniendo en cuenta lo dispuesto por el Capítulo Segundo del título Preliminar de este Código". El cual se refiere a la Coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la República, que consiste: en la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación".

Artículo 56: "El Servicio de Sanidad Internacional, estará sujeto a los tratados y convenciones internacionales vigentes y a las disposiciones de este Código, sus reglamentos y a las que especialmente dicten el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, para la mejor observancia de dichas leyes".

Artículo 57: "El Departamento de Salubridad Pública ejercerá la administración de los servicios a que se refieren las fracciones I y II del Artículo 48, por medio de Oficinas Sanitarias cuya organización determina-



rán este Código y las disposiciones reglamentarias respectivas, y por medio de Visitadores y Agentes Sanitarios que designe el propio Departamento en los casos y con las condiciones que estime necesarias".

A su vez el Artículo 58 expresa que: "Los servicios a que se refiere la fracción III del Artículo 48 podrán ser encomendados a las Unidades Cooperativas que se establezcan con la participación de los Gobiernos de los Estados y los Ayuntamientos a que pertenezca el puerto de que se trata.

Transcribiremos a continuación el mencionado Art. 48: "El Departamento de Salubridad Pública desarrollará una labor constante de educación:

I. Acerca de los procedimientos y prácticas de higiene social e individual;

II. Con relación a los principios técnicos de higiene en materia de alimentación en toda la República, especialmente la relativa a los campesinos, tomando como base los estudios que sobre el particular se hicieron de los diversos grupos humanos y de las regiones en que habitan, para evitar el alto porcentaje de mortalidad causada por la alimentación insuficiente, defectuosa o que contenga sustancias nocivas;

III. Tendiente a lograr que las habitaciones de los trabajadores del campo y de las ciudades, en toda la República, alcancen condiciones mínimas de higiene de acuerdo con las orientaciones que fije el Departamento."

Artículo 59: "Las Oficinas Sanitarias en los puertos marítimos y aéreos, así como en las poblaciones fronterizas, ejercerán también atribuciones en las zonas, islas, edificios y bienes de que hablan los incisos c), d) y e) de la fracción II del Artículo 4".

Es conveniente transcribir también el Artículo 4 Fracc. II: "Compete la acción sanitaria local:

II. Al Departamento de Salubridad Pública, con excepción de cualquier otra autoridad:

- a) En el Distrito y Territorios Federales;
- b) En vías generales de comunicación y zonas adyacentes;
- c) En las zonas marítimas, fluviales y fronterizas;
- d) En los puertos de altura, poblaciones fronterizas y plazas abiertas al tráfico internacional, en los términos de los reglamentos respectivos;
- e) En las islas sujetas al dominio de la federación;
- f) En los edificios y demás bienes inmuebles que estén bajo el dominio del Gobierno Federal".

Además de las Disposiciones Generales, señaladas, existen algunas otras adiciones al Capítulo II, Sección Primera, que corresponde a la Sanidad Marítima, y que son las siguientes:

El Artículo 82 expresa que: "Se considerará sospechoso un puerto internacional cuando en él o en sus áreas adyacentes, hayan ocurrido dentro de los sesenta días, uno o más casos autóctonos de cualquiera de las enfermedades mencionadas expresamente como cuarentenales en las Convenciones Internacionales".

Por otra parte, el Artículo 83, establece: "El Departamento de Salubridad, periódicamente declarará qué puertos mexicanos deben considerarse limpios, de acuerdo con lo establecido por este Código, sus reglamentos y las Convenciones Internacionales".

A este respecto el Código Sanitario de 1926, consideraba puerto limpio, aquel que acreditara tener patente de sanidad limpia:

En esta área el nuevo Código distingue dos clases de puertos limpios, - el de clase "A" y el de "B":

El Artículo 84: "Considerará puerto limpio de clase "A" aquel en el -- cual se satisfagan las condiciones siguientes:

I. La ausencia de casos no importantes de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, en el puerto propiamente dicho, y en las áreas adyacentes del mismo;

- II. a) La presencia de un personal de sanidad competente y adecuado;
- b) Medios adecuados de fumigación;
- c) Un personal adecuado y materiales suficientes para la captura y destrucción de roedores;
- d) Un laboratorio bacteriológico y patológico adecuado;
- e) Un abastecimiento de agua potable;
- f) Medios adecuados para la recolección de datos sobre mortalidad y morbilidad;

g) Elementos adecuados para efectuar el aislamiento de pacientes sospechosos y para el tratamiento de las enfermedades transmisibles;

III. Las demás que señale el Departamento de Salubridad".

Por puerto limpio de clase "B" se entiende aquel en el que se llenan -- las condiciones descritas en la fracción I y en el inciso a) de la fracción II del Artículo anterior, pero en el cual no se han llenado uno o más de los requisitos mencionados anteriormente.

El Artículo 86 señala: "Por puerto no clasificado se entenderá aquel acerca del cual los informes relativos a la existencia o no existencia de -- cualquiera de las enfermedades enumeradas en la fracción I del Artículo 84 y las medidas que se están aplicando para el dominio de dichas enfermedades no sean suficientes para clasificarlo.

Un puerto no clasificado se considerará provisionalmente como sospechoso o infectado, según se determine o deduzca de los informes disponibles en cada caso, hasta que se clasifique definitivamente".

Artículo 90: "Los buques que estén infectados por cualquiera de las enfermedades enumeradas en el Artículo anterior, se someterán a las medidas -- sanitarias que impidan la continuación de aquellas a bordo y la transmisión de cualquiera de dichas enfermedades a otros buques o puertos. La desinfección del cargamento de los depósitos y efectos personales, se limitará a la destrucción de los vectores y enfermedades que ellos puedan contener, quedando entendido que las cosas recientemente ensuciadas con excrementos humanos capaces de transmitir la enfermedad, siempre se desinfectarán. Aquellos buques en los cuales haya un número excesivo de ratas, mosquitos, piojos o -- cualquiera otros vectores potenciales de enfermedades transmisibles, deben ser desinfectados, sea cual fuere la clasificación del buque".

Artículo 91: "Los buques sospechosos se someterán a las medidas sanitarias necesarias para determinar su verdadera condición".

Artículo 92. "Se reputará un buque como sospechoso o infectado:

I. Cuando durante su travesía haya tenido a bordo un caso o casos de -- peste bubónica, cólera o fiebre amarilla;

II. Cuando proceda de un puerto infectado o sospechoso;

III.- Cuando proceda de un puerto en donde exista fiebre amarilla o peste bubónica;

IV. Cuando haya existido en él mortalidad en los roedores.

V. Cuando haya violado cualquiera de las disposiciones de este Código y sus reglamentos, o las que dicte el Departamento de Salubridad Pública".

Artículo 93: "A fin de que la fumigación de buques resulte enteramente eficaz, debe llevarse a cabo periódicamente y de preferencia, a intervalos de seis meses y debe incluir todo el buque y sus botes salvavidas. Los buques deberán estar libres de carga cuando se practique la fumigación".

Artículo 94: "Cualquier capitán o dueño de buque, o cualquier persona que viole alguna prescripción de este Código, o que infrinja las disposiciones o reglamentación que dicte el Departamento de Salubridad Pública, relativas a la inspección de buques o a la entrada o salida de cualquier estación de cuarentena y terreno de anclaje o que cometa cualquiera violación referente a las mismas, o la prevención de introducción de enfermedades transmisibles al país o cualquier capitán, dueño o agente de buque que haga una declaración falsa relativa a las condiciones sanitarias de un buque o al contenido del mismo o referente a la salida de cualquier pasajero o persona que se halle a bordo, o que impida al funcionario de sanidad el debido cumplimiento en el desempeño de su deber o que deje de presentar la documentación de sanidad o rehuse presentarla para dar los informes pertinentes al Oficial Sanitario, será castigado, de acuerdo con las prescripciones de este Código, sus reglamentos y, en su caso, por las del Código Penal".

Otra innovación que contiene este Código, es en relación con la Sanidad terrestre:

Artículo 102: "Las prescripciones de la Sección Primera, se aplicarán a los vehículos de tráfico internacional, que transporten pasajeros o carga por vía terrestre, como ferrocarriles, omnibus, camiones, automóviles, carros, etcétera, y, en general, a cualquier otro vehículo que pueda transportar personas o cosas por tierra".

#### c) Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1950

En él desaparece el nombre de Departamento de Salubridad Pública por la de Secretaría de Salubridad y Asistencia, debido a la fusión de los servicios sanitarios y asistenciales. Hecha en el sexenio de 1940-46, la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, decretada con fecha 15 de octubre de 1943 y la consiguiente desaparición del Departamento de Salubridad Pública, tal medida se impuso porque en nuestro país se requiere de manera evidente la más amplia coordinación entre las labores asistenciales y de salubridad, en virtud de que la situación sanitaria, dejaba tanto que desear, ya que las condiciones económicas imperantes sobre un gran sector de nuestra población hacen sentir con apremiante urgencia la necesidad de una vasta labor asistencial.

En la sección correspondiente a la Sanidad Aérea se modifican sus disposiciones por las siguientes:

Artículo 68: "Todos los aeródromos abiertos al tráfico internacional serán de tipo sanitario, entendiéndose por tal el que cuente con un servicio médico organizado, que tenga cuando menos un médico dependiente de la auto-

ridad sanitaria".

Artículo 69: "En las regiones en que exista fiebre amarilla, o que por el índice de stegomyas pueda juzgarse que están en peligro de infectarse, -- los aeródromos sanitarios funcionarán como antimarílicos, en los términos de los tratados y convenciones internacionales."

Artículo 70: "La Secretaría de Relaciones comunicará a las demás naciones y a la Oficina Sanitaria Panamericana, así como a las oficinas u organizaciones sanitarias internacionales, la lista de los aeródromos autorizados, para el tránsito aéreo internacional, y en su caso de los aeródromos antimarílicos."

Artículo 71: "A las aeronaves se les exigirá la documentación que establezcan las Secretarías de Salubridad y Asistencia, y de Relaciones, de acuerdo con los convenios internacionales respectivos".

Artículo 72: "Las prescripciones de la sección anterior, se aplicarán a las aeronaves en lo conducente y en cuanto no se opongan a disposición expresa de esta sección".

Artículo 73: "Quedan comprendidos dentro de la denominación de aeronaves, los aeroplanos, aviones marítimos, gliders, voladores, helicópteros, globos y en general cualquier otro vehículo que pueda trasportar personas o cosas por el aire".

Artículo 74: "El Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salubridad y Asistencia, determinarán en qué casos una aeronave se considera como infectada o infestada o sospechosa de peste, cólera, fiebre amarilla, tifo exantemático o viruela, poliomielitis y otras enfermedades transmisibles, y las medidas que deberán tomarse en cada caso, de acuerdo con las Convenciones Internacionales vigentes".

En el Capítulo II Sanidad en Materia de Migración, el Artículo primero de las disposiciones generales expresa: "Todo extranjero que pretenda entrar al territorio nacional, quedará sujeto a los reconocimientos medico-sanitarios, para determinar si puede ser admitido conforme a las disposiciones de este Código y sus Reglamentos"; se le agregó lo siguiente: "Tratándose de inmigrantes, éstos deberán presentar, además, certificados médicos de sanidad, obtenidos en su país de origen y debidamente visados por las autoridades mexicanas, sin perjuicio de que se les practiquen exámenes médicos para verificar dichos certificados".

A su vez, el Artículo 84, requiere que: "Todos los mexicanos o extranjeros que entren a territorio nacional, acreditarán con certificado médico visado por el cónsul mexicano del lugar de su partida, que han sido vacunados contra la viruela dentro de un plazo no mayor de dos años; de lo contrario deberán ser vacunados".

d) Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1955. Se estima que este nuevo Código, fue expedido con la finalidad de actualizar su contenido en materia de salud, razón por la cual en él encontramos algunas variaciones, como por ejemplo: se estructuran sus títulos y Capítulos a manera de darles una presentación más sistemática que facilite el manejo del Ordenamiento. Por otra parte, a muchas normas en materia de sanidad marítima, aérea, terrestre y fluvial, se les dió una presentación concisa y de carácter general. A continuación nos permitimos transcribir los siguientes Artículos:

Artículo 42: "Se requiere permiso especial de la Secretaría de Salubri-

dad y Asistencia, sin perjuicio del que deban dar otras autoridades, para la introducción de animales domésticos o silvestres, si a juicio de dicha dependencia constituyen un peligro para la salubridad. Esta Secretaría publicará en el Diario Oficial de la Federación los casos en que se requiera este permiso especial.

Igualmente requiere permiso especial de la misma Secretaría, la introducción de microorganismos, cultivos bacterianos, virus u hongos patógenos".

Artículo 43: "La Secretaría de Salubridad y Asistencia informará, por la vía más rápida, a la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, a más tardar dentro de las veinticuatro horas siguientes, que un área local se ha infestado.

Para este efecto, los Delegados Sanitarios en las áreas locales infestadas, darán aviso a la propia Secretaría, tan pronto como tengan conocimiento del hecho de que se trata.

La existencia de la enfermedad así notificada, habrá de comprobarse sin tardanza, por medio de exámenes de laboratorio, cuyo resultado comunicará la expresada Secretaría a la Oficina Regional citada, directa e inmediatamente, por la vía más rápida".

Artículo 48: "El reglamento de Sanidad Internacional determinará las medidas sanitarias a que deberán someterse los buques o aeronaves sospechosos o infestados, por cualquiera de los padecimientos cuarentenables".

Artículo 49: "El mismo Reglamento determinará cuando debe considerarse un buque o aeronave como sospechoso o infestado, de acuerdo con lo que establece en el mismo ordenamiento para cada uno de los padecimientos cuarentenables".

El artículo 67, en su parte final señala que los mexicanos y extranjeros que entren al territorio nacional y rehusaren vacunarse deberán ser sometidos a vigilancia durante un periodo que no excederá de catorce días, a contar de la fecha de su salida del último país visitado antes de su llegada".

Después de haber efectuado el estudio de los cuatro Códigos Sanitarios que nos han regido en los años transcurridos de 26 a 55, podemos observar que nuestro país en materia de sanidad internacional ha contado con una abundante legislación. Sin embargo, el vertiginoso crecimiento de la población y el rápido avance logrado por el hombre en materia de comunicaciones internacionales, exige profundas reformas, es por ello, que el 26 de febrero de 1973 se expidió un nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos publicado el 13 de marzo del mismo año y entró en vigor a los treinta días de su publicación.

Por tal motivo se ha estimado necesario dedicar el último capítulo de este trabajo, al estudio de las disposiciones que en materia de sanidad internacional contiene el Código Sanitario vigente. Este instrumento jurídico mejora en varios aspectos el Código Sanitario de 1955, su técnica jurídica legislativa responde a la necesidad de sistematizar las disposiciones que lo conforman, además cuida de dar a sus normas hipótesis de carácter general.

## CAPITULO SEGUNDO

### GENERALIDADES

- I.- CONCEPTO DE SALUD
- II.- DIVERSAS ACEPTACIONES DE SALUD PUBLICA
- III.- COOPERACION INTERNACIONAL
- IV.- NECESIDADES DE NORMAS JURIDICAS RELATIVAS A LA SALUD PUBLICA
- V.- INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS REFERENTES A LA SALUD
- VI.- LA SALUD COMO PROBLEMA INDIVIDUAL Y COMO PROBLEMA SOCIAL
- VII.- LA SALUD PUBLICA Y EL DERECHO INTERNACIONAL

## I. CONCEPTO DE SALUD

El Nuevo Diccionario de la Lengua Española define la Salud, "como el bienestar y excelente disposición resultante del perfecto equilibrio de los varios elementos que componen la máquina animal; sanidad absoluta del cuerpo. La ausencia de enfermedad, aunque por otra parte no se disfrute siempre un estado de bienestar físico sin género de mínimo quebranto, etcétera"

El concepto de salud también ha evolucionado. Un punto de vista moderno de la salud, es el que se consigna en el preámbulo de la Constitución de ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado positivo: "un estado de completo bienestar físico, mental y social". 1

La salud no es vista como la mera ausencia de sufrimiento anormal, sino como un estado positivo que resulta de una armonía interior y de una relación armónica de sus partes y de su buena relación con otros organismos.

Es preciso definir también a la Sanidad Internacional, ya que es la materia que nos ocupa.

Estimológicamente, Sanidad viene del latín sanitas, calidad de sano.

José Saralegui define a la Sanidad Internacional como "aquellas actividades que para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de las actividades requieren la acción y el esfuerzo combinado de más de un país". 2

## II. DIVERSAS ACEPTACIONES DE SALUD PUBLICA.

Concebimos a la salud no sólo como un estado de ausencia de enfermedad, de bienestar físico, mental y social, sino también como un desarrollo dinámico en el que el hombre realiza todas sus potencialidades sin más límite que el impuesto por su marco genético.

La salud es, a nuestro juicio, la necesidad más imperiosa para la conquista del bienestar colectivo y factor de verdadero perfeccionamiento de nuestra especie. Es evidente que la salud no sólo es la corporal; no sólo es la salud física la que debe cuidarse, también debe cuidarse la salud espiritual.

Uno de los más ilustres médicos mexicanos, el Dr. Eduardo Liceaga, considera que la salud desde su comienzo presentó una proyección social; por tal razón la definió con el nombre de Higiene Social, "la cual se propone conservar la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición física de la especie humana, y para conseguirlo no intenta principalmente curar a los enfermos, sino evitar que los sanos se enfermen". 3

La Salud Pública, concebida ésta como la suma organizada de esfuerzos a través de la estructura gubernamental y con la participación decidida de la población para lograr mejores niveles de salud individual y colectiva, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y la rehabilitación, a través de la modificación de los factores físicos; biológicos y sociales que deterioran la salud o interfieren con su desarrollo pleno.

1. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.*

2. *JOSE SARALEGUI, op. cit. pág. 13*

3. *Historia de la Salubridad y Asistencia en México, op. cit. Tomo III pág. 461.*

Winslow define la Salud Pública de la siguiente manera:

"La salud pública es la ciencia y el arte de:

1) Impedir las enfermedades.

2) Prolongar la vida.

3) Fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para:

a) El saneamiento del medio.

b) El control de las infecciones transmisibles.

c) La educación en higiene personal.

d) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades.

e) El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad".<sup>4</sup>

Esta definición no puede ser, ciertamente, criticada por falta de amplitud. Incluye casi todos los aspectos de los servicios y reformas sociales. Además proporciona un sumario bastante completo no sólo de la salud pública y de su administración sino también del transcurso de su historia y su desarrollo, así como de sus actuales tendencias y de las que probablemente habrán de manifestarse en el futuro. Desde un punto de vista algo diferente, las relaciones multifacéticas entre la salud y la salubridad pueden describirse en los siguientes términos:

La salud es un estado de funcionamiento fisiológico y psicológico efectivo y total; tiene un significado tanto relativo como absoluto que varía a través del tiempo y del espacio, así en el individuo como en el grupo; es el resultado de la combinación de muchas fuerzas intrínsecas y extrínsecas, heredadas y adquiridas, individuales y colectivas, públicas y privadas, médicas, ambientales y sociales, y está condicionada por la cultura y la economía, por la ley y el gobierno.

La salud pública tiene por meta alcanzar para la comunidad el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, así como la longevidad, de acuerdo con los conocimientos y recursos disponibles en determinado tiempo y lugar. Man tiene este objetivo como su contribución a la vida y desarrollo más efectivos y totales del individuo y su sociedad.

Por Salud Pública debe entenderse como el programa organizado de la comunidad con el objeto de prolongar la vida humana en forma eficiente. En este sentido abarca las actividades de todos aquellos elementos de la comunidad que estén organizados específicamente para el fomento y mantenimiento de la salud individual y colectiva. Entre éstos se cuentan no sólo los organismos oficiales del gobierno, sino también toda una serie de organismos no oficiales o voluntarios, muchos de los cuales probablemente contribuyen tanto como los oficiales a la solución de ciertos problemas específicos de la salud.

Al definir la salud como un problema organizado de la colectividad no se subestiman las importantísimas contribuciones de otras fuerzas que operan den-

4. JOHN J. HANLON. *Principios de administración Sanitaria*. Edit. Fournier, S.A. México, 1973, pág. 5.



tro de la comunidad, tales como el nivel de vida, el nivel general de educación y la economía agrícola. Es indiscutible que muchos de estos elementos contribuyen en medida incalculable a una mejor salud; tal ocurre con la disponibilidad de alimentos, el mejoramiento de la vivienda, y la capacidad económica de la comunidad y del individuo para disponer de los beneficios de la atención médica y del cuidado de la salud.

### III. COOPERACION INTERNACIONAL

La cooperación internacional en cuestiones de salud había empezado medio siglo antes de que se fundara la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, con la reunión de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París en el año 1851. A ésta sucedieron varias más en diferentes capitales. Sin embargo, aun cuando la segunda mitad del siglo pasado fue rica en esfuerzos continuados en favor del concepto de que la salubridad de las naciones requería un entendimiento internacional, las conferencias no lograron establecer organismos permanentes. Fue en América, a comienzos del presente siglo, donde se creó el primer organismo sanitario internacional permanente y con fines muy amplios. Representantes de la mayoría de los países americanos acordaron en México, a fines de 1901, la creación de un organismo sanitario internacional para las Américas. Así nació, en la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1902, la Oficina Sanitaria Internacional, que más tarde, en 1923, se denominó Oficina Sanitaria Panamericana, organismo intergubernamental especializado en sanidad e higiene.

El 2 de diciembre de 1902 señala el comienzo de la cooperación internacional en las Américas en el campo de la salud pública, particularmente en la protección nacional contra las enfermedades sujetas a cuarentena y otras transmisibles. La firma del Código Sanitario Panamericano en 1924, en Cuba, marcó la culminación de la estructuración legal y uniforme de la sanidad internacional.

La Oficina Sanitaria Panamericana se transformó, en 1949, en Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y sus programas primitivos se identificaron con los de esta organización y con su política sanitaria mundial, que ha sido la de no ejecutar por sí misma los programas de salud en los diversos países necesitados, sino a prestar asistencia técnica, equipos y orientación de modo que los propios países ejecuten los proyectos.

La cooperación entre las naciones de todos los Continentes se amplió en 1909 cuando se estableció en París la Oficina Internacional de Higiene Pública y en 1922 la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, con las cuales también tuvo relaciones de trabajo la Oficina Sanitaria Panamericana.

Durante la Segunda Guerra Mundial hubo avances notables en la prevención de las enfermedades no infecciosas. Estos hechos y otros derivados de la voluntad de las naciones para colaborar en todos los aspectos, marcan el tercer periodo en la evolución de las organizaciones internacionales de salubridad.

"La Salud es uno de los pilares de la paz", fue una de las ideas que se tuvo presente en la Conferencia de Naciones que se reunió en San Francisco, - Estados Unidos de América, en 1945, y que fundó el Organismo Internacional de salud que orientara la lucha mundial contra la enfermedad. En 1946 se aprobó la Organización Mundial de la Salud y en 1948 inició sus funciones como una agencia especializada de las Naciones Unidas, absorbiendo a todas las ante-

riores organizaciones internacionales y oficiales de salud que estaban en funciones.

Uno de los propósitos y principios contenidos en el Artículo 1º, parrafo 3º, de la Carta de las Naciones Unidas, es el de: "Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo a las libertades fundamentales de todos y sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión".

Los instrumentos por los cuales se logra la cooperación internacional son los organismos especializados. De conformidad con los términos del Artículo 57, párrafo I, de la Carta de las Naciones Unidas: "Serán aquellas organizaciones internacionales intergubernamentales que tengan amplias atribuciones definidas en sus estatutos y relativas a materias de carácter social, cultural, educativo, sanitario y otras conexas"; serán vinculados -- con la Organización de acuerdo con las disposiciones del Artículo 63: "Tales organismos especializados así vinculados con la Organización, se denominarán en adelante los organismos especializados".

La Organización Mundial de la Salud es el organismo especializado en materia de salud. Sus objetivos son alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, la cual depende de la cooperación de las personas y de los Estados.

El internacionalista Modesto Seara Vázquez sostiene que "La única base auténtica de una paz duradera es la voluntaria cooperación de todos los pueblos libres en un mundo en el que, liberados de la amenaza de agresión, todos puedan gozar la seguridad económica y social" 4.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el Artículo 2º, incisos h/, i), j) y p), se señalan algunas de las funciones que la Organización, en el plano de la Cooperación Internacional, desempeñará con otros organismos:

"h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados -- cuando fuere necesario, la prevención de accidentes;

"i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados -- cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;

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

"p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos -- especializados cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social".

Las organizaciones internacionales que cooperan con la Organización Mundial de la Salud en funciones sanitarias son las siguientes:

1) Comisión Social de las Naciones Unidas, que se preocupa de problemas de rehabilitación, criminalidad, etcétera.

4. MODESTO SEARA VAZQUEZ, *Tratado General de la Organización Internacional*, Fondo de Cultura Económica, México 1974, pág. 74.

2) Fondo Internacional de Emergencia para los niños (UNICEF), creado en 1946 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. No es realmente agencia técnica autónoma sino que depende directamente de la Asamblea General. Al comienzo los programas de la UNICEF se limitaban a la alimentación, suplementaria de los niños en los países devastados por la guerra, posteriormente extendió su campo de acción a otros países y a programas más amplios de higiene materno-infantil.

3) Oficina Internacional del Trabajo (OIT), organismo especializado de las Naciones Unidas. No es realmente agencia técnica autónoma sino de atención médica a través de los seguros sociales, higiene industrial, higiene de los marineros.

4) Organización de la Alimentación y Agricultura (FAO); está indirectamente al servicio de la salud, puesto que tiene como función preocuparse de los problemas de nutrición, producción de alimentos; ganadería, etcétera.

5) Organización Educativa Científica y Cultural (UNESCO), organismo especializado de las Naciones Unidas que se preocupa de educación básica, fomento de la investigación científica y de las relaciones culturales.

También la Organización Mundial de la Salud colabora recíprocamente con las organizaciones anteriormente mencionadas. Además está comprometida a prestar sus servicios en el momento en que los soliciten las Naciones Unidas.

Tradicionalmente, México ha sido exponente de la convivencia pacífica en todos los campos de las actividades humanas. Son muchos los ejemplos en los que nuestro país, además de observar el respeto mutuo en el plano anterior, ha demostrado cooperación leal, abierta y franca a países hermanos y organismos internacionales con el fin de lograr el mejoramiento integral del hombre, dentro de un marco de democracia y con carácter esencialmente fraterno. México participó en la organización y financiamiento de la Oficina de Higiene Internacional con sede en París, que laboró eficientemente desde su creación en 1907, estableciendo algunas normas de control de enfermedades transmisibles y difundiendo información epidemiológica. Posteriormente se coordinó con el Comité de Higiene Internacional de la Sociedad de las Naciones, que funcionó hasta antes de la Segunda Guerra Mundial.

Al terminar dicho conflicto, México participó en el UNRRA, organismo para la rehabilitación y socorro postbélicos, mediante el cual se evitaron las grandes epidemias que habitualmente sucedían a las guerras.

Con el Programa Mundial de Alimentos de la ONU y la FAO se han concertado convenios para colaborar en acciones internas de desarrollo de la comunidad y de educación nutricional, mediante los programas de Obras Rurales por Cooperación y de Alimentación Complementaria Rural, que lleva a cabo actualmente la SSA, dependencia encargada de salvaguardar la salud del pueblo de México.

Con UNICEF se coopera en su sostenimiento y se ha obtenido de dicha agencia colaboración para el desarrollo de programas, principalmente en el erradicación del paludismo y el control de la tuberculosis.

Como se observa, la cooperación que se inició informalmente con acciones inspiradas en la buena voluntad, ha avanzado al institucionalizarse los mecanismos administrativos que crean y robustecen lazos de acercamiento y amistad para solucionar los problemas que afectan a otros países y al nuestro.

Aunque es cierto que ello no es suficiente, ya que los recursos son escasos para atender todas las demandas de la población y en muchos países nos encontramos en la etapa de adaptarlos a lo que se ha llamado la resolución de las esperanzas crecientes en el campo de la salud, sostenemos el concepto de que la cooperación internacional puede facilitarnos la tarea de ajustar nuestras acciones para mejorar la salud pública a otros factores de desarrollo económico y social, los que en conjunto deben elevar el nivel de vida de todos los pueblos.

México puede ufanarse de poseer un largo camino recorrido en el campo de la cooperación internacional, y resultaría largo enumerar otros antecedentes más en este aspecto sin embargo, nos permitiremos enumerar algunos de los programas más importantes que en la actualidad se desarrollan en base a acuerdos bilaterales o multinacionales.

#### DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Creemos que es precisamente en el campo de estos padecimientos donde -- las doctrinas de cooperación internacional han encontrado su máxima expresión, meta, experiencia y universal consenso, ya que los agentes infecciosos, sus vectores y las condiciones ecológicas que determinan su distribución no respetan los linderos políticos, sobre todo ante el desarrollo y rapidez de -- los medios de comunicación. Entre esas dolencias que hemos erradicado o controlado señalaremos a continuación las acciones que se han realizado al respecto:

a) Vigilancia de la erradicación de la viruela. El país ha estado libre de viruela durante los últimos 18 años, sin que se haya presentado ninguna reintroducción del virus por viajeros provenientes del exterior. Considerando esta situación, así como la reducción dramática del área viriológica, en el mundo a más de los riesgos conocidos de la vacunación respectiva, han llevado a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por una parte, a variar el enfoque tradicional de la vacunación masiva e indiscriminada, y por la otra, a celebrar un acuerdo con Estados Unidos y Canadá para suprimir el certificado de vacunación como obligado requisito migratorio.

Por supuesto que dicha actitud impone extremar las medidas de sanidad internacional con personas procedentes de áreas infectadas, así como mantener alerta a la organización sanitaria nacional para controlar el ingreso a nuestro territorio de viajeros sospechosos de poder transmitir la enfermedad.

b) Programa de vigilancia de la erradicación del *Aedes aegypti*. El país erradicó al vector de la fiebre amarilla urbana en 1963. Sin embargo, a partir de ésta fecha el territorio nacional ha sufrido seis reinfestaciones por dicho insecto, todas provenientes de EJA. Actualmente se ha logrado establecer un sistema de información binacional con objeto de determinar las características epidemiológicas de cada reinfestación, que permitan segar oportunamente los focos aélicos.

c) Tuberculosis. La cooperación internacional en asuntos de tuberculosis está establecida primordialmente con el vecino país del norte, pero existe también, aunque en forma limitada, en la frontera sur.

Los organismos internacionales dependientes de la Organización Mundial de la Salud, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Oficina Sanitaria Panamericana y otros más, han participado con la Secretaría de Salubridad y Asistencia para combatir el padecimiento, debiendo mencionarse entre los más importantes los siguientes:

Donativo de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad, en el año de 1946, de una unidad móvil de radiofotografía que hizo posible por primera vez en México la pesquisa masiva para descubrir enfermos tuberculosos mediante los rayos X, llevándose a cabo en forma complementaria las actividades para organizar laboratorios y efectuar el control de enfermos y vacunación de menores de 15 años de las ciudades de Juárez, Piedras Negras, Nuevo Laredo, Torreón y Monterrey.

En fecha más reciente, durante el bienio 1962-63, mediante convenio suscrito entre la OMS, el UNICEF y la SSA, se realizaron estudios epidemiológicos con el fin de precisar la magnitud del problema.

d) Enfermedades venéreas. Surgido en el seno de las reuniones mexicano-norteamericanas de Salubridad, desde 1942 ésta vigente un convenio binacional para mejorar el control de los padecimientos venéreos en las zonas fronterizas de ambos países, comprendiendo la notificación del estudio de contactos, el uso de formas internacionales, el establecimiento de patrones de diagnóstico, etcétera.

Además, como país miembro de la Organización Panamericana de la Salud, México participa activamente en el sistema de notificación interamericana de enfermedades venéreas.

e) Zoonosis. El Programa de Rabia de la Frontera Norte. El 7 de febrero de 1966, la Secretaría de Salubridad y Asistencia suscribió un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana para el control de la enzootia rábica en dicha zona del país, proyecto que contemplaba la extensión paulatina de las actividades al resto del territorio nacional.

f) Vigilancia epidemiológica. El Centro Panamericano de Zoonosis ha establecido un sistema de notificación de rabia humana y animal, para lo cual se han remitido a todos los países, formularios que además, servirán para el registro de complicaciones neuoparalíticas derivadas de la aplicación de vacuna antirrábica en humanos.

En nuestro país dicho sistema se ha puesto en práctica a través de los servicios aplicativos de la SSA, a partir de Junio pasado con la colaboración de la Secretaría de Agricultura y Ganadería para el reporte de casos de rabia en fauna silvestre.

g) Paludismo. Desde su inicio, en 1956, la Campaña de Erradicación del Paludismo en el país se ha venido realizando con cooperación de la Organización Mundial de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y UNICEF.

Las dos primeras de estas organizaciones han venido colaborando con asistencia técnica y medicamentos antipalúdicos, y la tercera, con la dotación de equipo y material, especialmente vehículos, bombas aspersoras y el insecticida DDT.

## DEL SANEAMIENTO

En este campo de la salud pública las acciones de tipo internacional, generalmente se han efectuado con el vecino país del Norte, con el cual compartimos a lo largo de 2,597 km el mismo medio ambiente.

Las actividades de saneamiento que se ejecutan, son fundamentalmente la eliminación de problemas relacionados con los desechos y con la fauna nociva.

Por otra parte, los servicios de sanidad internacional vigilan constantemente que los productos alimenticios que van de un país a otro sean aptos para el consumo humano y que otros artículos de uso personal, como ropa usada, se encuentren libres de infecciones e infectaciones, asimismo también cuidan que los productos farmacéuticos y biológicos se ajusten a las normas internacionales de fabricación y transporte.

## DE LA FORMACION Y ORIENTACION DE PERSONAL

La formación y orientación de personal profesional en el campo de la Salud Pública, constituye indudablemente uno de los aspectos de mayor trascendencia en el mejoramiento de los servicios y de la ejecución de programas congruentes con las características y recursos de las instituciones contribuyendo en esa forma a la evolución constante de la tecnología de las ciencias médicas.

En este campo, nuestro país, dentro de la política que el gobierno ha imprimido a los convenios internacionales respectivos, recibe y otorga beneficios intercambiando personal con instituciones cuyas disciplinas contribuyen al mejoramiento de la salud.

La cooperación que se otorga. Para la formación de personal, México cuenta con diversas instituciones específicas para este fin, o bien utiliza otras que pertenecen a dependencias oficiales o descentralizadas.

Entre las primeras, figuran las escuelas que funcionan dentro de la Dirección de Educación Profesional en Salud Pública, siendo ésta la institución oficial responsable de la capacitación técnica en este campo, mediante cursos formales que se imparten a profesionistas de la medicina, odontología, medicina veterinaria, ingeniería, sociología, etcétera, para adquirir la maestría en salud pública, enfermeras graduadas, efectúan igualmente los estudios en salud pública.

Cooperación recibida. Referente a la cooperación recibida por nuestro país en beneficio de las instituciones de salud pública, cabe hacer mención de lo siguiente:

Por diferentes convenios celebrados en épocas diversas, se han establecido estaciones de adiestramiento en el Distrito Federal y en los estados de Morelos y Veracruz, principalmente para la formación y orientación de personal profesional y subprofesional, con objeto de capacitarlos en el adecuado desempeño de sus actividades que lleven a cabo en los servicios aplicativos.

El UNICEF colaboró también en Patzcuaro Mich., en un centro de adiestramiento en el cual, personal de la SSA ha mejorado sus conocimientos en programas de desarrollo de la comunidad.

En resumen, el futuro de nuestra colaboración en todos los aspectos que conciernan a la salud pública es promisorio y esperamos llegar a la óptima cooperación armónica para dar solución a problemas con recursos comunes, abando-

nando las actitudes que originalmente se enfocaron a proteger a los débiles, -- más el temor a los padecimientos que pudieran proceder de éstos que por el sentido de compartir un mismo destino.

Asimismo, esa conjunción de esfuerzos deberá acompañarse, cuando sea necesario, de un intercambio de personal y del establecimiento de sistemas internacionales de adiestramientos y de investigación, para cultivar a los profesionales de la salud con el fin de conocer la problemática universal dentro de una sola doctrina sin olvidarnos de que cada país lleve también a cabo las acciones particulares que le convengan, de conformidad con las condiciones sanitarias lo cales.

En la conciencia de todos está que uno de los más promisorios caminos que tienen los países es obtener el bienestar de sus pueblos a través del intercambio de experiencias, de la difusión del pensamiento humanista y de la adopción de una meta común, sin sacrificar la capacidad creadora y la filosofía social de cada nación.

Es inobjetable que el fin último de la cooperación internacional deberá -- ser el hombre con todos sus atributos y limitaciones, sustentada en una plataforma que asegure la mutua comprensión y la ayuda multilateral equitativa.

#### IV. NECESIDAD DE NORMAS JURIDICAS, RELATIVAS A LA SALUD PUBLICA.

El alto nivel de importancia que ha alcanzado el problema de la salud de la población y su directo enlace con el desarrollo económico de los países, ha propuesto la formulación de un Derecho a la Salud, y ello implica la necesidad de que haya normas jurídicas relativas a la Salud Pública.

Históricamente y en contraste con el pronto reconocimiento de que han sido objeto otros derechos, el derecho a la salud es uno de los últimos que se han proclamado en las constituciones de la mayor parte de los países del mundo. En efecto, los instrumentos constitucionales de los Siglos XVIII y XIX pasan en silencio el derecho a la salud, siendo así que mencionan muchos otros específicamente.

En el ámbito internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de Diciembre de 1948, estableció un precedente al declarar en su Artículo 25, lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".

Dos años antes de que las Naciones Unidas adoptaran esa Declaración, la -- Constitución de la Organización Mundial de la Salud hacia constar lo que sigue:

"El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es --

una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la -- más amplia cooperación de las personas y de los Estados". 5

Todos los países, con excepción de los poquísimos que por razones políticas siguen apartados de la Familia de las Naciones, han aceptado el principio del derecho a la salud, por medio de ratificaciones solemnes de sus órganos legislativos. El reconocimiento efectivo del derecho universal a la salud ha -- llegado a ser una de las pautas fundamentales de cualquier política práctica.

El derecho a la salud enfocado desde el punto de vista internacional. Los gobiernos tienen la obligación de proteger a sus ciudadanos contra las enfermedades transmisibles, las drogas peligrosas y la contaminación procedente del país y del exterior de sus fronteras. Para lograr esa protección hubo necesidad de elaborar normas jurídicas relativas a la salud pública, entre las que pueden citarse, el Reglamento Sanitario Internacional, la Convención Unica sobre Estupefacientes (1961), el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y la prevención de la contaminación de las aguas del mar por los hidrocarburos (1954).

Aludiremos al Reglamento Sanitario Internacional, por considerarlo el documento más importante que en materia de Salud Pública se haya expedido:

Al firmarse la Constitución de la OMS en julio de 1946, en la Conferencia Mundial de la Salud de Nueva York, se estableció que la Asamblea Mundial de la Salud "tendrá autoridad para adoptar reglamentos referentes:...a) Requisitos sanitarios y de cuarentena y de otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades". (Artículo 21).

Durante los años de 1946-48 grupos de expertos trabajaron en ese sentido hasta que la Primera Asamblea Mundial de la Salud, designó el Comité de Expertos de Epidemiología Internacional y Cuarentena, comisionándolo a revisar las convenciones sanitarias internacionales existentes y unificarlas, reuniéndolas en un solo reglamento que interpretara las necesidades de los viajeros.

"En la redacción del nuevo reglamento sanitario, se siguieron varios principios como la rápida notificación internacional de las enfermedades, particularmente las pestilenciales; estimular en todos los países el desarrollo de -- las condiciones de higiene ambiental y el control de los insectos vectores de enfermedades; aplicación de las inmunizaciones preventivas, no concentrando únicamente la acción al cuidado de las fronteras, mediante medidas de cuarentena por reconocer que su eficacia es relativa y además perjudicial a los intereses comerciales de fuera y dentro del país, debiéndose estas medidas limitar al mínimo requerido y la situación sanitaria creada". 6

El Comité de Expertos en Epidemiología Internacional y Cuarentena de la OMS, decidió mantener la declaración marítima de sanidad (certificado donde -- fundamentalmente se expresan los casos de enfermedad o defunciones de personas a bordo) para barcos y aeronaves, pero abolir el sistema de patentes de sanidad y las visas consulares, en vista de la eficiente labor de los servicios de información epidemiológica internacional; estimular las inspecciones sanitarias periódicas de los barcos (control de ratas, insectos, higiene ambiental, etcétera), y modificar las exigencias relativas a los certificados de vacunación.

5. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

6. Comité de Expertos en Administración Sanitaria, *Publicación Científica No. 8* Ed. por la Oficina Sanitaria Panamericana, págs. 5 y 6.



El proyecto elaborado fue entonces sometido a la consideración de los estados miembros de la OMS e instituciones internacionales interesadas.

Un Comité designado por la 3ª Asamblea Mundial de la Salud, estudio todas las observaciones recibidas (abril-mayo 1951). Este Comité en la 4ª Asamblea Mundial de la Salud se transformó en Comité del Reglamento Sanitario Internacional, que preparó el Reglamento Sanitario Internacional (Reglamento Número 2 de la Organización Mundial de la Salud), que fue aceptado por unanimidad en la mencionada Asamblea (25 de mayo de 1951).

En el mecanismo de aceptación de este reglamento sanitario se introdujo una importante modificación. Para ello no se exige un acto especial, sino que basta con la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud, donde todos los países miembros al aceptarlo se adhieren automáticamente al mismo, a menos que dentro de un periodo de tiempo prudencial notifiquen al director general de la OMS, sus reservas o rechazo. Como se ve, esto facilita enormemente el trámite y la aplicación. La notificación por el director general a los estados miembros se realizó el día 11 de junio de 1951 y el periodo de objeciones o rechazo, expiraba nueve meses después (11 de marzo de 1952). El reglamento entró en vigencia el 1º de octubre de 1952.

Ninguna objeción presentada por un Estado Miembro de la OMS es válida si no es aceptada por la Asamblea Mundial de la Salud.

El Reglamento Sanitario Internacional no registró para un país que formule una observación no aceptada por la Asamblea, a menos que la retire. En esas circunstancias, ese país continuará regíendose por los Convenios Sanitarios Internacionales a los que adhirió anteriormente (1903, 1912, 1926, 1933, Código Sanitario Panamericano, etcétera).

De 89 países que pudieron hacerlo, sólo 25 presentaron observaciones al Reglamento Sanitario Internacional, que fueron consideradas por la 5ª Asamblea Mundial de la Salud. Se presentaron 73 observaciones y fueron rechazadas 38.

En el año 1955, en la 8ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en la ciudad de México, se aprobaron enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional en relación a la fiebre amarilla, que entraron en vigencia en octubre 1º de 1956.

La 9ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 1956), aprobó otras enmiendas adicionales al Reglamento Sanitario Internacional relacionadas al control de tráfico de peregrinos y certificados de vacunación y revacunación contra la viruela. Esta misma Asamblea resolvió anular la sección relativa al peregrinaje a la Meca y aceptar la adopción de adecuadas medidas de higiene y de alojamiento en las aeronaves y buques que participan del transporte periódico de grandes congregaciones de personas<sup>7</sup>.

Este reglamento adicional entró en vigencia el 1º de enero de 1957.

Estimamos conveniente antes de terminar el inciso, dejando establecido que se entiende por enmienda: "Es la revisión del instrumento constitutivo. Al igual que la Carta de las Naciones Unidas, el rasgo característico de estas disposiciones es que contemplan la enmienda del instrumento en cuestión a través de

7. *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, (periodo de junio de 1948-70), Undécima edición, OMS., Abril de 1970.*

procedimientos de votación mayoritaria y no por el proceso de la unanimidad. La responsabilidad para efectuar las modificaciones se confieren al órgano plenario, en el que todos los miembros se encuentran representados. Sin embargo, el proceso de enmienda puede variar en forma considerable. Ordinariamente, habrá dos etapas principales: 1) La adopción de la enmienda por el órgano plenario (comúnmente calificado por las dos terceras partes de los miembros presentes o del total de los miembros). 2) La ratificación o aceptación como un acto de consentimiento posterior y diferente, por parte de los estados interesados.

En la mayoría de los casos en que se requiera la ratificación o aceptación posterior, las enmiendas pueden entrar en vigor para todos los miembros del organismo luego de haber sido ratificadas por la mayoría calificada necesaria, o pueden entrar en vigor sólo en cuanto a los miembros que han expresado su consentimiento, de acuerdo con las disposiciones del instrumento constitutivo en el primer caso, algunos autores le llaman legislativo".8

#### V. INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS DE ACCION SANITARIA INTERNACIONAL

Una vez establecido el Derecho a la Salud, éste se tuvo que promover y garantizar a través de la acción de diversas instituciones de carácter público y privado, las cuales constituyen una urdimbre de funciones interrelacionadas y por consiguiente, de naturaleza esencialmente complementaria y no competitiva y, por lo tanto, susceptibles de coordinarse para resolver los problemas de salud pública existentes en todos los países del mundo.

Consecuentemente con lo anterior, estimamos necesario citar algunas de las instituciones mencionadas, por la gran contribución que han prestado:

**Instituciones Públicas.** Estas se crearon mediante convenios celebrados con los gobiernos, es así como vemos surgir las dos primeras organizaciones sanitarias en el mundo. Una en América en (1902), la Organización Sanitaria Panamericana que aún hoy persiste en sus funciones y la otra en Europa (París (1907), la Oficina de Higiene Pública que funcionó en forma más o menos irregular, tenía como funciones el estudio de las enfermedades infecciosas, la vigilancia del cumplimiento de las convenciones internacionales sanitarias y el intercambio de datos sobre las epidemias. "Estos primeros esbozos los toma bajo su dirección la Sociedad de Naciones Artículo XXIII, párrafo f) del Pacto. Alienta incluso una organización sanitaria de amplios vuelos, intitulada Organización de Higiene Mundial, que procura prevenir y controlar las enfermedades de tipo epidémico por medio de la cooperación internacional".

Las Naciones Unidas no se mostró menos atenta a los problemas internacionales de la salud. Desde la Conferencia de San Francisco se trató de integrar un organismo especializado en materia sanitaria internacional. Para 1946, en una conferencia en Nueva York, se cristalizó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmaron su estatuto 61 naciones:

La urgencia de los problemas que suscitaron su creación motivó que en forma provisional se estableciera un Comité interino, compuesto de 18 miembros.

8. *MAK SORBISEN, Manual de Derecho Internacional Público, Fondo de Cultura Económica, México 1973, págs.36 y 37.*

bros, que continuara los trabajos anteriormente iniciados por las Naciones Unidas, sin embargo actuó hasta que se ratificó la Constitución de dicha Organización. Este organismo empezó a tener existencia oficial el 1° de septiembre de 1948, asumiendo los deberes y poderes de la Organización Sanitaria de la Liga de las Naciones y las funciones de la temporal Administración de Auxilio y Rehabilitación de las Naciones Unidas, conocida generalmente con la sigla UNRRA, entre su extensa labor, desempeñaba actividades sanitarias, destinadas fundamentalmente a cuidar la salud de los soldados y poblaciones devastadas por la guerra, evitar la difusión de las enfermedades transmisibles y prevenir las enfermedades carenciales. Esta institución se creó el 9 de septiembre de 1943 y se firmó en Washington, en un Acuerdo entre 43 países. Fue creada como un organismo de emergencia y como tal debía cesar en sus funciones. Así se resolvió en la V Sesión del Consejo de la UNRRA (Ginebra, agosto de 1946) y además, que sus actuales funciones y responsabilidades fueran transmitidas a otras instituciones, para no interrumpir bruscamente su acción.

La Comisión Social de las Naciones Unidas, la Organización para la Alimentación y Agricultura (FAO), el UNICEF y la OMS, son las instituciones que continuaron la labor de la UNRRA, algunas de las cuales recibieron generosas donaciones, para cumplir esas funciones. La Organización Internacional de Refugiados se encargó del desplazamiento de las personas.

No cabe duda que la labor de UNRRA, es la obra de caridad y asistencia médica internacional más grande que se conoce a través de todos los tiempos y tuvo la virtud de iluminar nuevos senderos por donde continuarían su acción, las organizaciones sanitarias internacionales, que habrían de sucederle. Su labor fue muy intensa, particularmente en quince países. El 31 de diciembre de 1947, marca la fecha en que sus actividades sanitarias se transfieren a la Comisión Interina de la OMS.

Con la creación de la OMS, se inicia una interesante y promisoria etapa en la sanidad internacional. En efecto se unifica en este organismo la sanidad internacional mundial, además se le concedieron amplios poderes, aunque no supranacionales; posee una estructura democrática y hoy actúa en todo el mundo por intercambio de sus oficinas regionales. Colaboran con la misma numerosos comités de expertos, integrados por personalidades científicas de actuación destacada.

La OMS goza de una autonomía del factor político, cuenta con más recursos, su acción es más ejecutiva, y se ha extendido por todo el mundo.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, ha sido llamada Carta Magna de la Salud, ya que afirma que la salud es "uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político y condición social o económico" y porque reconoce que "la salud de todos los pueblos es fundamental para alcanzar la paz y la seguridad".

Existen dos importantes diferencias entre la Organización Sanitaria de la Liga de las Naciones y la Organización Mundial de la Salud, que la sucedió. La primera es que las funciones y actividades de ésta son mucho más amplias. Por primera vez en la historia de las relaciones sanitarias internacionales el interés está enfocado no a establecer cuarentenas ni a combatir epidemias ni a otras medidas defensivas, sino a una acción positiva hacia la conquista de la salud en su sentido más amplio. La segunda diferencia

es que, mientras la antigua organización era parte integral de un organismo político, la Organización Mundial de la Salud, aunque relacionada con las Naciones Unidas, es, no obstante, un organismo separado e independiente, que cuenta con su propia constitución, sus propios miembros y fuentes propias de financiamiento. Es todavía prematuro predecir su futuro. Mucho depende de la habilidad de las naciones para convivir en paz y cooperar unas con otras. Se ha dicho muchas veces que, a pesar de su afiliación política, la antigua Organización Sanitaria fue la dependencia más útil de la Liga de las Naciones. En vista de ello, cabe esperar que la organización tenga aún mayores probabilidades de éxito, efectividad y permanencia.

#### LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

A principios de este siglo, durante la Segunda Conferencia Interamericana y Panamericana celebrada en la ciudad de México en 1902, se creó la Oficina Sanitaria Panamericana, que en fecha reciente ha cambiado de nombre por el de Organización Panamericana de la Salud. Con oficinas generales en Washington, D.C. es éste el primer organismo sanitario internacional de carácter permanente y, a la fecha, es el más antiguo. Originalmente, estaba gobernado por un consejo directivo elegido y un director general. Se sostiene de las cuotas aportadas anualmente por cada una de las repúblicas americanas. De acuerdo con el Código Sanitario Panamericano, que fue ratificado en 1924, se convirtió en el centro coordinador de la acción e información internacional en el campo de la salud pública, en el Hemisferio Occidental. Celebra, cada año, una conferencia de elevada calidad, a la que asisten delegados de todas las naciones miembros. En el curso de su desarrollo le ha sido encomendada la responsabilidad y la autoridad para recibir y divulgar información epidemiológica; prestar ayuda técnica a los países miembros que la soliciten; financiar becas y promover la cooperación en materia de investigación médica. Ha hecho mucho por promover la educación profesional en Latinoamérica. En fecha posterior, se ha convertido en la oficina regional para toda América de la Organización Mundial de la Salud, aunque conservando su propia identidad.

#### EL FONDO DE LA INFANCIA DE LAS NACIONES UNIDAS.

La historia y actividades de este organismo han estado íntimamente relacionadas con las tareas de la Organización Mundial de la Salud. Al quedar disuelta la Administración de Auxilios y Rehabilitación de las Naciones Unidas, en 1946, algunos de sus fondos fueron transferidos a un organismo recién creado para ayudar de manera especial a los niños de los países asolados por la guerra. Este programa se extendió gradualmente incluyendo otras actividades y otros campos, relacionados en particular, con los países subdesarrollados. En los últimos años, como organismo de auxilio en casos de emergencia, el Fondo ha empleado grandes sumas de dinero en alimentos y otras provisiones para todo el mundo, especialmente para zonas devastadas por la guerra. Además de esto, y generalmente en cooperación con la Organización Mundial de

la Salud, ha llevado a cabo a extensos e importantes programas de vacunación BCG, lucha contra la frambesía y demostraciones para combatir el paludismo. Organizado al principio como una oficina temporal de emergencia, el Fondo ha llenado tantas necesidades y atraído tales ayudas, que en 1953 se le dio carácter permanente bajo el nombre de Fondo de la Infancia de las Naciones Unidas.

Junto a la acción sanitaria internacional que se realiza mediante convenios entre los países, existe otro grupo de instituciones de carácter privado.

Instituciones Privadas. Algunas de ellas son instituciones filantrópicas que se han ocupado de problemas sanitarios internacionales, impulsadas todas ellas por elevados fines altruistas; entre estas tenemos. La fundación Rockefeller, fundación Kellog, otras son sociedades religiosas (cuáqueros), otras de socorro y ayuda al herido (Cruz Roja Internacional, Liga de Sociedad de Cruz Roja, otras son asociaciones médicas internacionales (Liga Internacional contra las Enfermedades Venéreas, Unión Internacional contra la Tuberculosis, Unión Internacional contra el Cáncer, Asociación Médica Mundial, Federación Odontológica Internacional, etcétera). Todas ellas han operado en casi todos los países del mundo. Sus contribuciones y éxitos son muchos y muy variados, e incluyen actividades tales como el control del paludismo y la fiebre amarilla, el desarrollo de escuelas acreditadas de medicina y de salubridad, la concesión de muchas becas para post-graduados y la demostración de métodos probados de organización y operación de programas de Salud.

El internacionalista mexicano, Francisco Cuevas Cancino denomina a estas Instituciones como organismos humanitarios en virtud de "que su centro de acción es diverso de la estricta política; por senaderos técnicos, procuran acercarse a la humanidad. Y hay algunos de entre ellos que tienen por objeto precisamente esa humanidad. Por autonomasia se les llama pues humanitarios" <sup>9</sup>

El individuo es sujeto del derecho internacional, y rebasa con frecuencia el ámbito propio a la actividad estatal. Subsiste sin embargo una preocupación por el hombre en cuanto al hombre; y gracias a ella han encausado esfuerzos supraestatales que se empeñan en contrarrestar los males que los fenómenos políticos internacionales le inflingen al individuo. Surgen también aquellos esfuerzos que se preocupan por poner una cortapisa a los males causados por grandes fenómenos, los que en su magnitud afectan a regiones que sobrepasan la jurisdicción de un sólo país. En esto estriban las instituciones humanitarias especializadas de carácter privado.

En el presente apartado nos limitaremos a dar solamente breves referencias sobre la Cruz Roja y la Fundación Rockefeller, y citaremos algunas de las más importantes:

La Cruz Roja. "Ni la Liga de las Naciones Unidas prevén para el hombre en aquellos casos en los cuales es víctima de la vida internacional. Y fue para llenar este grave hueco, que con mayor razón existe cuando la sociedad

9. FRANCISCO CUEVAS CANCINO, *Tratado sobre la Organización Internacional*, Publicaciones de la Escuela Libre de Derecho, Edit. Jus, S.A. México, pág. 532.

internacional ni siquiera se hallaba embrionariamente organizada, por lo que se fundó la Cruz Roja.

Tal como hoy día se nos ofrece, la Cruz Roja se ocupa de la defensa masiva y de la protección debida a la población civil en tiempos de guerra. En la instrucción y preparativos respecto a la defensa civil, los gobiernos aceptan gustosos su colaboración y le otorgan un papel principal, el que no se mengua ante el prospecto de una guerra nuclear. En estos esfuerzos de orden práctico agrega otros de carácter jurídico. Refiere que la consideración del individuo permita a los gobiernos un acuerdo que restrinja los medios de destrucción: La prohibición de armas de gas, la de las armas de destrucción masiva, que van más allá de los mismos fines que persiguen, y si la Comisión de derecho internacional se niega a codificar normas bélicas, pues to que la guerra ha sido proscrita, en cambio la Cruz Roja sí se preocupa por adelantar todo cuanto impida la barbarización de una guerra siempre presente.

Conviene pues ver cómo se erige la Cruz Roja en el mundo de hoy. Las ligas con los organismos mundiales han sido siempre patentes: El Pacto de la Sociedad de las Naciones (en su Artículo 25) fijaba el compromiso de los miembros de favorecer el establecimiento y cooperar con las organizaciones voluntarias nacionales de la Cruz Roja. Fijaba como sus objetivos los de mejorar la salud, defender a las poblaciones contra las enfermedades y dulcificar los sufrimientos del mundo. Si la Carta de las Naciones Unidas guarda silencio, hallamos en cambio en la resolución 55 1) de la Asamblea General, por la que se pide los Estados miembros que la apoyen y que en todo tiempo respeten el carácter autónomo y benévolo. Por su parte, y tal como ahora se ostenta la Cruz Roja consiste en una asociación sin carácter oficial compues to por las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y por el Comité Internacional de la Cruz Roja y por la Liga de Sociedades de la Cruz Roja".10

El Comité Internacional de la Cruz Roja es un cuerpo autónomo neutral - que está constituido por 25 ciudadanos principalmente suizos; fue fundado en 1863 por Henry Dunant.

La labor de este Comité se financia con aportes de la Cruz Roja de los distintos países y gobiernos.

Esta institución, con la garantía de la tradicional neutralidad suiza, actúa en casos de guerra, en las zonas beligerantes y sus representantes gozan de privilegios para su fácil desplazamiento.

Gran parte de la labor del Comité Internacional de la Cruz Roja es de carácter médico, como son la asistencia de enfermos y heridos; pero además de esos cuidados de emergencia esta institución participa en algunas actividades preventivas como son las vacunaciones, radiografías en masa, etcétera.

El convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949, para la protección de las víctimas de la guerra le confiere al Comité un estatuto jurídico internacional, al confiarle en determinadas circunstancias las tareas de las potencias protectoras.

10. FRANCISCO CUEVAS CANCINO, *Ibidem*, págs. 491, 492, 493.

La Liga de las Sociedades de Cruz Roja se fundó en mayo de 1919 por la agrupación de 26 sociedades. Esta Liga se creó, en el deseo de aprovechar -- (luego que se vieron sus ventajas después de la Primera Guerra Mundial), los beneficios de la Cruz Roja Nacionales, en diversos aspectos médicos y de socorro en tiempos de paz. La idea surgió en una conferencia internacional en Cannes.

Son sus funciones, estimular el desarrollo de estas Cruz Roja Nacionales y establecer coordinación entre ellas. Esta organización se rige por un Consejo de Gobernadores integrado por un gobernador de cada sociedad miembro. Se reúne cada dos años. En el período ordinario actúa un Comité Ejecutivo de 18 miembros elegidos por el Consejo. La sede se encuentra en Ginebra con su Secretaría General y sus 8 divisiones que son: de auxilio (socorro), salud, enfermería, servicio social, Cruz Roja juvenil, información y publicaciones, administración y finanzas.

Entre las actividades sanitarias que cumple este organismo están: primeros auxilios, prevención de accidentes, organización de servicios de transfusión de sangre, publicaciones, se ocupa además de la mortalidad infantil, higiene mental, enfermedades venéreas, cáncer, nutrición, biblioteca de hospitales, rehabilitación de inválidos, etcétera.

Para evitar duplicación de esfuerzos, actúa en colaboración con la OMS y otros organismos sanitarios internacionales.

Otra Institución de carácter privado es La Fundación Rockefeller. Es ésta una institución sanitaria original y de real eficacia creada en 1913, en base a las contribuciones millonarias de Rockefeller.

Su propósito es "ayudar a cada país a ayudarse a sí mismo, activando la acción de sus instituciones con sus propios recursos".

La acción de esta institución, es de carácter fundamentalmente catalítica, va dirigida al cumplimiento de programas de difícil financiación local que, luego de funcionar y demostrada su utilidad deben ser administrados y continuados por otras instituciones nacionales.

Todos los programas van dirigidos a aumentar los conocimientos y su aplicación efectiva al desarrollo humano.

Esta institución da ayuda financiera, pero deja a los gobiernos y universidades, la ejecución de los proyectos.

Es su preocupación fundamental contribuir al mejoramiento de la salud de los pueblos y ha dedicado fondos y esfuerzos a erradicar enfermedades como -- la anquilostomiasis, la fiebre amarilla, la malaria, el tifus, la influenza, la tuberculosis, difteria, enfermedades venéreas; al estudio de la nutrición, de la higiene mental, etcétera.

Su labor en el control de las enfermedades transmisibles se desarrolla: ya sea en los laboratorios de experimentación en Nueva York o en los programas sanitarios que se cumplen en países de varios continentes.

La División de Sanidad Internacional de esta Institución da asesoramiento y ayuda a los gobiernos en problemas de organización de salud pública. Muchos países se han beneficiado de ello.

En el terreno de la educación sanitaria, la contribución de la Fundación Rockefeller ha sido muy grande. Gracias a su ayuda se construyeron escuelas de higiene, de enfermería y puricultura en muchos países de América y Europa.

Numerosas becas de estudio se otorgan cada año, para estudiantes y graduados, para cursos de administración sanitaria, investigación científica, enfermería, ingeniería sanitaria, etcétera.

Por su eficiente labor, merecen citarse los siguientes nombres de funcionarios que actuaron en la fundación Rockefeller: G.E. Vincent, Raymond B. Fosdick, Chester I. Barnards, Wilbur A. Sawyer, Fred L. Soper, A.F. Mahaffy, L.W. Hackett y Paul Rossell.

Existen otras fundaciones, que sin tener la potencia económica y proyección sanitaria de la Rockefeller, han realizado muy interesante labor por el bienestar humano internacional. Son ellas la Fundación Carnegie, Fundación - Milbank, Commonwealth Fund, Fundación Kellog y Fundación Ciba.

Entre las instituciones provadas que realizan labor sanitaria particularmente asistencial aunque a veces preventiva (vacunaciones) debe citarse la de los Friends Quakers (hermanos cuáqueros) que aunque no está organizada en forma internacional, en periodos de emergencia (guerras, catástrofes, etcétera) presta ayuda en forma imparcial, sin distinción de nacionalidad o raza, a todo necesitado por igual. Durante más de 25 años ha realizado labor de socorro internacional.

También en el campo de la sanidad internacional privada, debemos citar diversas asociaciones científicas internacionales para combatir varias enfermedades, por ejemplo: Unión Internacional contra la Tuberculosis, Unión Internacional contra el cáncer, Unión contra las Enfermedades Venéreas, Asociación Internacional de la Lepra, Liga Internacional contra el Reumatismo, Asociación Internacional para la Prevención de la Ceguera, Federación Mundial de Higiene Mental, Unión Internacional para el Bienestar del Niño, y muchas más su número crece paralelamente con los progresos de las ciencias y la aparición de nuevas especialidades.

## VII. LA SALUD COMO PROBLEMA INDIVIDUAL Y COMO PROBLEMA SOCIAL.

La salud individual es un proceso que por medio de una conducta adecuada y un ambiente propicio, protege en contra de la enfermedad y la invalidez, favorece el pleno desarrollo de las capacidades genéticas y adquiridas, y conduce a la óptima realización de la personalidad. La salud colectiva, es por su parte, un sistema de vida que a través del control del ambiente y del uso adecuado de los recursos, asegura a todos la salud individual.

PEDRO DANIEL MARTINEZ

La salud es el patrimonio más preciado de los pueblos, insustituibles en el desarrollo económico y social. Se manifiesta por la capacidad de los hombres para ser cada vez mejores y más aptos para la vida en sociedad a cuyo servicio han de aplicar su esfuerzo, inteligencia y voluntad. La salud se concibe como un derecho fundamental del hombre, dentro de la sociedad civilizada en la que vive; corresponde a los miembros de las comunidades realizar las actividades necesarias para mejorar sus condiciones de vida, mismas que permitan la conservación de la salud y la prevención de enfermedades, para asegurar a cada individuo un adecuado estado físico y mental con la aptitud suficiente para trabajar y disfrutar de la vida.



El vestido, la alimentación, la habitación, planteles de enseñanza, servicios médicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, educación higiénica, saneamiento ambiental, etcétera, se consideran como factores esenciales para que los miembros de una comunidad disfruten del bienestar físico, mental y social.

Por lo anterior, es importante precisar si el derecho a la salud es individual o colectivo, si el derecho a la salud es exclusivo del hombre o si el derecho a la salud corresponde a la humanidad, al conglomerado; es muy posible que este derecho fundamental hubiere tenido un carácter individual; el hombre mismo, el hombre solo, idealmente solo, se preocupó por su propia salud; después sus semejantes comenzaron a preocuparse también y entonces resultó que todos, que el conjunto, que la colectividad humana sintió la necesidad de protegerse y cuidar de su salud.

La salud trasciende el interés personal y se convierte en bien colectivo. Por ser derecho que se adquiere con la vida misma implica la responsabilidad de conservarla e incrementarla y entraña el compromiso de lograr que otros la incrementen y la conserven.

Individuo y grupo se fortalecen mutuamente, de esta interacción se genera el sentido de solidaridad social que proyecta salud y bienestar como medio y fin de justicia social. La salud es un producto intersectorial, origen y consecuencia del desarrollo global. Un pueblo enfermo no alcanza la plenitud de sus facultades productivas. La salud es esencial para el bienestar del hombre, por lo que requiere la participación de todos los países del mundo. Es necesario despertar, mediante educación continua, la conciencia de una permanente y compartida responsabilidad ante los factores que afectan el bienestar individual y colectivo.

Nuestro país, a través de diversos ordenamientos jurídicos de menor jerarquía como el Código Sanitario y otras disposiciones administrativas, trata de cuidar de la salud de la colectividad. México, se ha colocado entre los países que más se preocupan por el derecho a la salud de los miembros de la colectividad mexicana. Internacionalmente se ha reconocido que el gobierno de México ha combatido con verdadero éxito el uso de drogas enervantes, se ha combatido también el alcoholismo hasta donde lo han permitido las circunstancias. El derecho del hombre a la salud se reviste en la Constitución de 1917, la cual contiene normas específicas para garantizar la salud; pero no la salud individual, que ya está garantizada por los derechos del hombre, por los derechos individuales, sino a la salud colectiva; todavía que al país le preocupa la salud de los grupos y las masas.

La obligación de cuidar la salud, no corresponde exclusivamente al Estado sino también a los particulares para hacer efectivo el derecho a la salud. Ahora sí podemos decir que el derecho a la salud ha dejado de ser un derecho individual para convertirse en un derecho privado social, porque el derecho privado social es el que se desenvuelve en el seno de las colectividades que se han colocado en altos niveles culturales y económicos.

Concientes de que la salud constituye un derecho fundamental de los hombres, que genera a su vez la responsabilidad plenaria para prevalecer, fortalecer y desarrollar todo lo que implica el mejoramiento del individuo, de la familia y de la sociedad, es necesario, por lo tanto, que todos los mexicanos cooperemos en el desenvolvimiento de los principios sanitarios de higiene de México, para así poder lograr llevar a cabo una labor conjunta con los países del mundo.

## VII. LA SALUD PUBLICA Y EL DERECHO INTERNACIONAL

El derecho Internacional garantiza al hombre el goce de su libertad individual y protege su persona con los derechos que le son inherentes a su personalidad humana.

El maestro Hidebrando Accioly nos dice a este respecto que: "La protección internacional de la persona humana se manifiesta principalmente en las medidas contra la esclavitud, el tráfico de esclavos, contra el abuso del opio y de otras drogas nocivas, contra las enfermedades".<sup>11</sup>

El control de las drogas capaces de producir acostumbramiento, constituye uno de los problemas sanitarios donde es necesaria y beneficiosa, y aún más, imprescindible, la cooperación y labor conjunta de los diversos países.

Reconocida la acción perjudicial de las drogas sobre la salud individual y colectiva y existiendo ampliamente difundido, un ilícito y nefasto tráfico de estupefacientes que surte el vicio que se desarrolla alentado por ganancias tentadoras, lógico fue que el asunto de la supresión de tal abuso adquirió carácter internacional.

En 1909 se reunió, por primera vez, una conferencia internacional para tratar el problema, convocada por el Presidente Roosevelt, de los Estados Unidos de América y realizada en Shanghai. A esta reunión, que tuvo por resultado un plan general de lucha contra el uso del opio, concurren representantes de Alemania, Austria-Hungría, China, Estados Unidos de América, Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón, Países Bajos, Persia, Portugal, Rusia y Siam.

El cultivo de la amapola en gran escala y el uso del opio comenzó en el Asia Menor, difundiendo posteriormente en Persia, India y China. El opio era masticado en Persia, Africa e India y fumado en China, Malasia e Indochina. La morfina es un alcaloide que se descubrió en el año 1815, en tanto que la cocaína era conocida desde muy antiguo por los indios de Sudamérica, que mediante la masticación de las hojas de la planta *Erythrozyllum coca* experimentaban sus efectos particulares.

El tráfico de los estupefacientes en el Lejano Oriente, fue motivo de múltiples guerras y conflictos.

Desearo marcar un paso más adelante en la supresión progresiva del opio, morfina, cocaína y otras drogas que ocasionan acostumbramiento y efectos perjudiciales en el individuo y la colectividad, se reunió en La Haya, la Convención Internacional de Opio, firmándose el Convenio respectivo el 23 de enero de 1912, asistieron a esa Convención, delegados plenipotenciarios de Alemania, Estados Unidos de Norteamérica, China, Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón, Países Bajos, Persia, Portugal, Rusia y Siam.

En esta Convención se definía el opio en bruto, preparado y medicinal, la morfina, cocaína, etcétera. Mediante esta Convención, solamente se limitaba la fabricación de estas drogas a establecimientos autorizados, los cuales deberían llevar un registro de las cantidades elaboradas, importadas, exportadas, vendidas y distribuidas en general, al tiempo que recomendaba a los países tomar medidas para reducir el consumo interno.

Se estableció una pequeña oficina y se comisionó a los Países Bajos para lograr en una segunda etapa, que los países de Europa y de América no representados enviaran un delegado provisto de poderes necesarios, para firmar la

11. HILDEBRANDO ACCIOLY, *op. cit.* pág. 497

Convención de La Haya. La guerra de 1914 detuvo esta labor, cuando ya 37 países se habían adherido a la Convención, entre ellos México. El mismo texto creó un Comité Internacional de Expertos.

En una cláusula del Tratado de Paz de Versalles, todos los Estados signatarios del mismo Tratado se comprometieron a poner en vigor esta Convención.

La Labor de la Sociedad de Naciones se complementaba mediante la lucha contra los estupefacientes, labor encomendada en el párrafo c) del Artículo 23 del Pacto. Los organismos encargados de esta tarea eran:

- a) Comisión Consultiva sobre el tráfico del opio y otras drogas nocivas
- b) Comité Central Permanente del Opio
- c) Organo de Fiscalización

Ocupándose de este asunto desde 1920, la Liga de las Naciones decidió -- convocar para noviembre de 1924 en Ginebra, dos conferencias internacionales de las cuales la primera trataría especialmente del consumo del opio para fumar y la segunda estudiaría las medidas destinadas a limitar no sólo la fabricación de los alcaloides (morfina, cocaína y sales respectivas), sino también la producción del opio bruto y de la hoja de coca. Se invitó a la primera a los Gobiernos con territorios en que el uso del opio preparado se mantiene -- temporalmente. A la segunda se invitó a todos los Estados miembros de la Liga de las Naciones o partes en la Convención de 1912 sobre el tráfico del -- opio.

La 1ª Conferencia tuvo por resultado un acuerdo, un protocolo y un acta final, suscritos el 11 de febrero de 1925 por los representantes de los siguientes países: Imperio Británico, Francia, India, Japon, Países Bajos, Portugal, Yugoslavia y Siam.

La 2ª Conferencia preparó una Convención y un protocolo fechados el 19 de febrero de 1925.

En 1931 se reunió en Ginebra, bajo los auspicios y por convocación de la Liga de las Naciones, otra Conferencia internacional destinada a discutir de nuevo el problema de los estupefacientes y especialmente a elaborar una Convención para la limitación de la fabricación de estupefacientes y la regulación de la distribución de las drogas narcóticas, fechada el 3 de julio de -- 1931.

Del 9 al 27 de noviembre de 1931, se realizó en Bangkok una nueva Conferencia, convocada en virtud del Artículo 12 del acuerdo en Ginebra de 11 de febrero de 1925 y destinada a adoptar medidas para la supresión de la costumbre de fumar opio. De esta reunión resultaron un acuerdo y un acta final, -- suscritos por los delegados de todos los países representados (Francia, Gran Bretaña, India, Japón, Países Bajos, Portugal y Siam).

Finalmente en junio de 1936, también por iniciativa y bajo los auspicios de la Liga de las Naciones, se efectuó en Ginebra otra Convención para ocupar se del referido problema. Se celebró entonces el 26 de junio de 1936, un nuevo acto internacional llamado Convención de 1936 para la represión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos. México estuvo representado en la Convención, por el señor Manuel Tello, secretario de la Delegación Permanente -- ante la Sociedad de Naciones, Primer Secretario del Servicio Exterior Mexicano, Representante de México en la Comisión Consultiva del tráfico de opio y -- de otros estupefacientes nocivos, asimismo, el país figura en el Protocolo de firma y Acta final.

Convencidos de que una de las plagas actuales de la juventud, sobre todo en los países ricos, es la del creciente consumo de estupefacientes, problema cuya solución exige una acción internacional.

Las funciones que al respecto había asumido en su día la Sociedad de Naciones fueron transferidas a la organización de Naciones Unidas bajo la cual se han ido mejorando y completando las diversas convenciones orientadas a impedir el tráfico y el consumo de drogas. Se adoptó la Convención Unica de Estupefacientes de 1961, refundiendo y actualizando las disposiciones de nueve anteriores convenios y se firmó en Viena, en 1971, el nuevo convenio sobre sustancias psicotrópicas que entró en vigor el 16 de agosto de 1976. Este convenio completa en medida considerable el sistema de fiscalización de drogas. Hasta esa fecha, únicamente los estupefacientes estaban sometidos a medidas de fiscalización internacional, y es así como en esta Convención se extienden esas medidas de fiscalización a sustancias psicotrópicas.

Como Instituciones principales encargadas de la lucha contra los estupefacientes están:

s) La Comisión de Estupefacientes: Es un órgano del Consejo Económico y Social y está formado por 30 expertos, elegidos de modo que estén representados los países principales productores de opio o de hojas de coca, los más importantes manufactureros de estupefacientes y aquéllos en los que constituye un problema grave el uso de las drogas. Asesora al Consejo y prepara modificaciones al régimen internacional en vigor en materia de estupefacientes.

b) La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Órgano -- previsto en el Convenio de Viena de 1971, y que está formado por 13 expertos elegidos por el Consejo Económico y Social, para vigilar la Aplicación de los tratados por parte de los Gobiernos; el reforzamiento de sus facultades resultaría de las enmiendas a la Convención Unica, que fueron adoptadas en Ginebra en 1972, 12 y aprobadas el 25 de marzo de 1972 por una Conferencia de Plenipotenciario que se convocó específicamente para este fin. Los objetivos de estas enmiendas son fortalecer el sistema de control de estupefacientes e incluir nuevos conceptos y medios que se consideraran adecuadas a causa de los acontecimientos ocurridos desde la aprobación de la Convención Unica de 1961 sobre estupefacientes.

Siguiendo una recomendación formulada por la Comisión de Estupefacientes el mes de octubre de 1970, la Secretaría General estableció formalmente el 1º de abril de 1971, el Fondo de las Naciones Unidas para Fiscalizar el Abuso de Estupefacientes, designando en esa fecha como secretario general a un representante personal para hacerse cargo del Fondo, cuyo propósito es el de -- promover la Acción Internacional contra el abuso de las drogas. Este fondo funciona a base de contribuciones voluntarias y se le considera como una medida provisional y de urgencia, en espera de un plan de acción a largo plazo de las Naciones Unidas para resolver el problema en sus tres puntos críticos: -- oferta, demanda y tráfico ilícito.

## CAPITULO TERCERO

### La Doctrina y el Régimen Jurídico de la Salud en el Derecho Internacional

- I. TRATADISTAS DE DERECHO INTERNACIONAL
- II. TRATADISTAS DE DERECHO ADMINISTRATIVO
- III. TRATADISTAS DE DERECHO SANITARIO

## I. TRATADISTAS DE DERECHO INTERNACIONAL

El problema de la salud en el campo internacional ha quedado plasmado en los más importantes documentos y su doctrina la sido sustentada por los más -- destacados tratadistas de Derecho Internacional. A continuación citaremos algunos de ellos:

El jurista brasileño Hildebrando Accioly en su obra titulada Tratado de Derecho Internacional Público, libro cuarto, desarrolla el tema del Hombre en las relaciones Internacionales expresando que "El hombre tiene ciertos derechos primordiales inherentes a la personalidad humana, colocados bajo la garantía del derecho internacional público. Pero además de estos derechos primordiales, innatos, goza de derechos contingentes y variables, según la legislación interna de cada Estado".<sup>1</sup>

Desde el punto de vista que nos ocupa, uno de los derechos que el hombre tiene como sujeto de derecho internacional es el de protegerlo contra las enfermedades. Sobre el particular el citado autor continúa diciendo que la humanidad se ve constantemente amenazada por la invasión y propagación de enfermedades epidemiológicas contra las cuales sólo puede conseguir positivos resulta dos una acción internacional.

El problema fue tratado y estudiado en varias conferencias internacionales y ha sido objeto de varias convenciones, dando origen a una serie de tratados y convenios en materia de salud.

Así es como vemos surgir la Organización de Higiene, fijada en el párrafo f) del Artículo 23 del Pacto, el cual expresaba lo siguiente: "A reserva y de conformidad con las disposiciones de los convenios internacionales existentes en la actualidad, y de los que se celebren en lo sucesivo, los miembros de la sociedad:

Se esforzarán por adoptar las medidas de orden internacional para evitar y combatir las enfermedades..."

La estructura de esta Organización de Higiene comprendía:

a) El Consejo General Consultivo de higiene;

b) El comité de higiene;

c) La Secretaría, cuyas funciones desempeñaba la Sección de Higiene de la Secretaría Permanente de la Sociedad.

"Como órganos dependientes de la Organización pueden citarse:

a) Servicio de Informaciones Epidemiológicas y Estadísticas de Sanidad Pública.

b) Oficina de Oriente en Singapur,

c) Centro Internacional de Estudios sobre la Lepra, de Río de Janeiro.

La Organización de higiene abarcaba entre otras actividades, la organización de intercambios de personal médico, la lucha contra las enfermedades contagiosas y sociales, colaboración técnica con los gobiernos, higiene rural, trabajos para promover la estandarización biológica e incluso estudios sobre la vivienda".<sup>2</sup>

1. HILDEBRANDO ACCIOLY, Tomo I, op. cit. pág. 495.

2. MODESTO SEARA VAZQUEZ, op. cit. pág. 74.

Cabe señalar que, los fines principales de la Sociedad de Naciones establecidos en el preámbulo del Pacto eran los de promover la cooperación internacional y de lograr la paz y la seguridad internacionales, desiderata forzosos de toda organización internacional general.

A este respecto el maestro César Sepúlveda señala que "Los órganos principales de la Sociedad de Naciones eran la Asamblea y el Consejo, auxiliados por la Secretaría".

A la Asamblea y al Consejo los asesoraban tres organizaciones técnicas:

- a) La Organización Económica y Financiera,
- b) La Organización de Transportes y Comunicaciones, y
- c) La Organización Sanitaria.

Estas Instituciones forman ahora parte de las Naciones Unidas".<sup>3</sup>

El insigne rector de la Universidad de Viena, Alfred Verdross en su obra *Tratado de Derecho Internacional Público*, en relación al tema que nos ocupa, manifiesta lo siguiente:

"Hay que recordar que junto a los convenios celebrados sobre la lucha contra las enfermedades, encontramos también tratados sobre la lucha contra las sustancias tóxicas. Hay que mencionar a este respecto el Convenio de La Haya de 16 de noviembre de 1887 para la represión del comercio de bebidas alcohólicas entre los pescadores del Mar del Norte, así como los Artículos 90 y 94 del Acta antiesclavista de Bruselas de 2 de julio de 1890 sobre el tráfico de bebidas espirituosas en determinadas regiones de África y los Convenios de Bruselas de 8 de junio de 1899 y 3 de noviembre de 1906 sustituidos más tarde por el de Saint Germain de 10 de septiembre de 1919".<sup>4</sup>

La actividad de la Liga de las Naciones ha sido grande en el campo de la salud, y por tal razón merece los más elogiosos y justos comentarios.

La Carta de las Naciones Unidas en su Artículo 55 inciso b) amplió la Promoción Internacional para todos los problemas sanitarios establecidos que "con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones basadas en el respeto al principio de la igualdad de derecho y al de la libre determinación de los pueblos, la organización promoverá:

b) La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y... para que la Organización de Naciones Unidas pudiera ejercer funciones coordinadas y aún fiscalizadoras con el fin de evitar duplicación de esfuerzos y conseguir un mayor rendimiento en los trabajos tendientes a mejorar las condiciones de vida de los países. Se tuvo a bien crear organismos especializados, que en términos del Artículo 57 de la Carta, serán aquellas "organizaciones internacionales establecidas por acuerdos intergubernamentales que tengan amplias atribuciones internacionales definidas en sus estatutos y relativos a materias de carácter económico, social cultural, educativo, sanitario y otras conexas".

Marx Sorensen define a los organismos especializados de la siguiente manera: "Son los satélites principales del sistema, cada uno de los cuales ha sido creado por un acuerdo intergubernamental que le confiere una personalidad inter

3. CESAR SEPULVEDA, *Curso de Derecho Internacional Público*, Edit. Porrúa, S.A. México 1974, pág. 272

4. ALFRED VERDROSS, *Derecho Internacional Público*, Edit. Aguilar, S.A. Madrid España 1967, pág. 344

nacional distinta y amplias responsabilidades en un campo determinado".<sup>5</sup>

Acercas de la naturaleza de estos organismos el internacionalista César Sepúlveda nos manifiesta que se trata de organismos creados precisamente por tratados.

Desde nuestro punto de vista los organismos especializados son las diversas entidades intergubernamentales creadas para determinados problemas internacionales: La organización Mundial de la Salud (OMS se creó en Nueva York el 27 de julio de 1946, para resolver los problemas relacionados con la salud.

Conviene señalar, que en el preámbulo de la Carta se proclama que los pueblos de las Naciones Unidas están decididos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad". El Artículo 1º dice que uno de los propósitos primordiales de las Naciones Unidas es realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario; promover y estimular el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales sin distinción de raza, sexo, idioma ni religión.

Para alcanzar esos fines, la Carta de las Naciones Unidas estableció el Consejo Económico y Social colocado bajo la autoridad de la Asamblea General - que es el órgano más importante de las Naciones Unidas.

El Consejo Económico y Social mantiene relaciones con los organismos especializados y concierta acuerdos para vincularlos con las Naciones Unidas, los que están sujetos a la aprobación de la Asamblea. En esos acuerdos de vinculación se establecen el tipo de relaciones entre las Naciones Unidas y las instituciones especializadas, la competencia de estas últimas en el campo de que se trate, la autonomía de que gozarán frente a la Organización, la representación recíproca, el intercambio de información que se llevará, las relaciones con los demás órganos de las Naciones Unidas y todos los demás particulares pertinentes.

En relación a lo anterior cabe mencionar lo siguiente: "La vinculación no significa ni integración ni subordinación con respecto a las Naciones Unidas.- Se trata de instituciones que posean una medida de autonomía y guarden su competencia propia. Estas instituciones cooperan con el programa general de las Naciones Unidas. Los límites de autonomía de tales organismos los constituye la circunstancia que deben realizar sus fines de conformidad con los propósitos y principios de la Carta, su presupuesto es revisable por la Asamblea General de acuerdo con el Artículo 17, y el Consejo Económico y Social puede resolver sus problemas a través de recomendaciones Artículo 63 (2)".<sup>6</sup>

El Consejo tiene la facultad de coordinar las actividades de los organismos especializados al tenor de los acuerdos celebrados individualmente con cada uno de ellos. Cumple este cometido en consultas con los organismos y por medio de recomendaciones a la Asamblea General y a los miembros de las Naciones Unidas. Tiene asimismo la atribución de recabar informes periódicos de los organismos especializados. Le es dado al Consejo entrar en tratos con los miembros de las Naciones Unidas y con los organismos especializados a fin de obtener informes sobre las medidas adoptadas para hacer efectivas sus propias recomendaciones, o las hechas por la Asamblea General acerca de materias de la competencia del Consejo y comunicar a la Asamblea sus juicios sobre dichos informes.

5. MARK SORENSEN, *Manual de Derecho Internacional Público*, Fondo de Cultura Económica, México 1973, pág. 132

6. CESAR SEPULVEDA, *op.cit.* pág. 301.



Al tenor de la Carta, las Naciones Unidas pueden entablar negociaciones -- con los estados interesados, tendientes a la creación de otros organismos especializados que se requieran para el cumplimiento de sus propósitos en lo social, económico, sanitario y cultural.

La responsabilidad de tales medidas corresponde a la Asamblea General, y, bajo la autoridad de ésta, al Consejo Económico y Social.

Así este Consejo inició las gestiones para crear la Organización Mundial de la Salud. La primera medida que adoptó al respecto fue la convocación de una Conferencia Internacional de especialistas en materia de salud.

El Consejo Económico y Social tiene una conexión directa con el Consejo de Seguridad. Puede suministrar información a éste y deberá prestarle el concurso que le pida. Puede asimismo, con la aprobación de la Asamblea General, desempeñar servicios que los miembros de las Naciones Unidas y los organismos especializados le soliciten, así como otras funciones que le asigne la Asamblea General.

Así, por la coordinación de los organismos especializados, por medios propios en sus deliberaciones y por las actividades de sus comisiones y comités, el Consejo Económico y Social acomete casi todos los problemas del bienestar humano. Su labor no es otra que la de orientar a la humanidad en su cooperación constructiva internacional, a fin de que todos los pueblos puedan realmente vivir más prósperos y gozar de mayor libertad.

Por otra parte el internacionalista mexicano Francisco Cuevas Cancino considera que los organismos especializados: "Tienen como objeto a la comunidad humana. A su mejoramiento y a su eventual integración en el concierto de las Naciones se debe su existencia. Pero ejercitando criterios más estrictos, puede aplicarse el calificativo exclusivamente a aquellos organismos que consideraran a la comunidad en su conjunto: tal y como si se tratara de una unidad cuyo bienestar pudiera abstraerse del de sus componentes en lo individual".<sup>7</sup> Por las razones que expone, es por lo que le da por denominar a la Organización Mundial de la Salud OMS, como un organismo comunal, en virtud de que por su naturaleza es un organismo internacional con fines sociales. Su aspecto técnico oculta apenas su finalidad comunal. La salud a la que aspira esta Organización no es la mera ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social". Con apoyo en aquélla, procura en efecto agrupar energías destinadas a fines comunales que son de los más cercanos a la misma humanidad. Es así como en su constitución prescribe como fin de la OMS "la realización de esfuerzos conjuntos a fin de lograr el más alto nivel de salud posible para toda la humanidad y la OMS actúa en la coordinación y dirección de esfuerzos internacionales que no corresponden propiamente a ningún estado. Como parte de su propósito para que todos los pueblos alcancen el más alto grado posible de salud, la OMS actúa como centro internacional para intercambios de información médica y científica.

No existe, sin embargo ningún documento internacional en el que en forma tan clara y precisa se combine el interés particular con el interés social, como en la Declaración de los Derechos del Hombre. Este Código aprobado por todas las naciones civilizadas por efecto de la última guerra vino a dignificar

7. FRANCISCO CUEVAS CANCINO, *op. cit.* pág. 526.

al hombre y a colocarlo como el objeto número uno en la solución de todos los problemas nacionales e internacionales, abriendo para él caminos que le permitan en un futuro próximo alcanzar los ideales de Justicia Social.

El derecho a la salud se plasmó en el Artículo 25 de la siguiente manera:

I. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en su caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

II. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social; muchos países han llevado los derechos del hombre a sus más altos ordenamientos legales, armonizándolos con su legislación nacional.

## II. TRATADISTAS DE DERECHO ADMINISTRATIVO

"Las relaciones que guarda el Derecho Administrativo con el Derecho Internacional, es fácil darse cuenta de ellas, porque la Administración realiza en el interior de cada país una gran parte de las obligaciones que el derecho internacional impone a los Estados soberanos, al mismo tiempo que el desbordamiento de los intereses colectivos fuera de las fronteras de cada Estado, ha ido haciendo surgir en la actualidad instituciones internacionales de orden administrativo".<sup>8</sup>

Lo expuesto nos lleva a la conclusión de que el Estado debe tener siempre presente a la colectividad, ya que sólo mediante su correcta solución aumentará su grandeza.

Es conveniente citar a De Gerando, que decía: "El conocer y seguir los movimientos de la población es de gran interés para la Administración Pública, pues su estudio señala la acción favorable o deletérea de las causas que influyen sobre la Salud Pública. Da a conocer si crece, se estaciona o disminuye, proporciona las indicaciones necesarias sobre las necesidades relativas a la subsistencia, distribución de socorros, estado de las costumbres, marchas de la industria y proporciona los documentos esenciales para el ejercicio de los derechos políticos, formación de las Administraciones locales, reparto del impuesto, etcétera".

La administración realiza, entre otras funciones, las que se refieren al desplazamiento de la población, a la natalidad y a la salud pública. Todo esto no es más que la acción que dirige el Estado hacia el mejoramiento de la colectividad.

La Salud Pública es, sin lugar a dudas, uno de los capítulos de los que se ocupa el Estado. Claro está que el individuo tiene un gran interés en preservar su salud; sin embargo, no es bastante ese interés para proteger la salud de la población. Existe sobre todo una gran preocupación del Estado por

8. GABINO FRAGA, *Derecho Administrativo*, Edit. Porrúa, S.A. México 1975, - pág. 98

conservar la salud pública. Sólo teniendo una raza fuerte y robusta podrá el Estado realizar sus ambiciones de poder y respeto en el ámbito internacional.

El Estado tiene, entre sus deberes fundamentales, el de preservar y cuidar la salud de los integrantes de la colectividad, encaminado a la elevación moral y material de sus súbditos. Contribuir al mejoramiento de la higiene, a la conservación de la seguridad social, al reforzamiento de la raza, significa una verdadera aplicación de la justicia.

El Estado, para cumplir sus deberes en este aspecto, actúa de muy diversas maneras que varían en el tiempo y en el espacio, ya que las necesidades sociales no han sido las mismas en las diversas etapas del desenvolvimiento social. De lo anterior surge la necesidad en los Estados, de crear o modificar leyes y reglamentos que por finalidad tengan precaver a la sociedad de las enfermedades epidémicas y contagiosas, pues la higiene particular no es suficiente para contrarrestar y evitar estos males que afligen de tiempo en tiempo a la humanidad.

La tarea primordial del gobierno de un Estado debe ser la preocupación por el bienestar del hombre, por satisfacer sus necesidades materiales y culturales en continuo ascenso. A medida que ha transcurrido la civilización hemos visto cómo el Estado ha ido tomando mayor ingerencia en los problemas que afectan a los particulares, y así vemos cómo, desde el punto de vista económico, el Estado ha ido interviniendo para regular los procesos económicos.

En lo relativo a la Sanidad, hasta hace poco tiempo el cuidado de la salud era un asunto de índole privada. La asistencia médica se prestaba exclusivamente mediante pago, y era un servicio que el enfermo compraba al médico según sus posibilidades económicas.

Actualmente la situación presenta otro aspecto pues no existe país del mundo en que el Estado, en mayor o menor grado, no intervenga en esta materia. A continuación se hace un breve análisis del concepto de Salud Pública, por algunos autores.

Antonio Lancís y Sánchez, en su acepción más estricta, entiende por Sanidad "el estudio de las medidas de represión de las epidemias, las adoptadas para combatir las enfermedades endémicas y las que tienden a la represión de las individuales de carácter contagioso y, también, a la organización administrativa adecuada de los departamentos públicos, a cuyo cargo corren la aplicación directa de aquéllas y la fiscalización de las que puedan desarrollar los particulares en este terreno". Y continúa diciendo el Dr. Lancís lo siguiente: "Por su parte, Von Stein distingue en la actividad sanitaria, entre la que denomina Policía Sanitaria de carácter negativo y que tiende a proveer sobre ciertos males individuales que al generalizarse podrían llegar a amenazar la vida social entera, y la Higiene Pública, de desenvolvimiento positivo, integrada por la serie de medidas con que se tiende preventivamente a la conservación de la Salud. Para Posada esta última comprende la prevención de las enfermedades contagiosas, la policía de los alimentos y de las obras, la policía de las profesiones y la higiene mortuoria.

Modernamente se usa, para designar al conjunto de esas medidas expuestas, el término de Salubridad, de análoga significación gramatical que el de sanidad, utilizado en la época colonial y en la era republicana hasta la promulgación de la Constitución vigente, que usó esa denominación al referirse al Mi-

nisterio encargado de esas cuestiones".9

La Enciclopedia Universal Ilustrada Europea-Americana define la Sanidad como "el conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes del reino, de una provincia o de un municipio".

Nosotros consideramos que la Salud Pública abarca un campo mucho mayor - que al que hacen referencia los autores citados, y de una manera general la definiremos como: La actividad del Estado encaminada a la prevención de las enfermedades, protección de la salud de la población y curación de las enfermedades ya declaradas.

"Los trabajadores de la Sanidad Soviética estiman asimismo, que la enfermedad del hombre no es otra cosa que la perturbación del equilibrio entre el organismo y el medio ambiente. De ahí se deduce una conclusión directa: para vencer las enfermedades hay que combatir el medio ambiente en que vivimos. - Así ha nacido la tendencia profiláctica de la sanidad soviética. Los higienistas y estadistas rusos han determinado en numerosas investigaciones la influencia de la condiciones sociales en la salud de la población. Han demostrado en forma convincente, que la lucha por la salud del hombre puede tener éxito únicamente si se hace salubre el medio circundante y se mejoran las condiciones de trabajo y de la vida de la población...".10

Antes de seguir adelante, es útil definir a la Asistencia.

Entre las diversas definiciones que se den de Asistencia, se puede señalar como la más adecuada la siguiente: Ayuda y cuidado para que el hombre pueda satisfacer sus necesidades.

Existe uniformidad de criterios en el reconocimiento que el derecho administrativo otorga actualmente a la asistencia como obligación del Estado.

La asistencia, como obligación del Estado, es una función administrativa la cual, como atribución, tiene la actividad o medio de realizarla.

La asistencia tiene como finalidad prevenir y remediar a las clases desvalidas. En México el órgano oficial para hacerla efectiva es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La asistencia trata de prestar un servicio público, que por serlo no debe ofender a quien lo recibe.

La asistencia sanitaria debe estar orientada a la prevención, es decir, a la protección contra las enfermedades. El tradicional proverbio más vale prevenir que remediar, encuadra perfectamente dentro de lo que debe ser la principal preocupación sanitaria.

Igualmente importante es la creación de una conciencia sanitaria, consiste en hallar nuevas formas de instrucción para incorporar al trabajo sanitario voluntario a las más amplias capas de la población.

El Dr. Zdeněk Stich considera que el nivel de la asistencia sanitaria -- "depende en primer lugar de las personas que han de prestarla: de los trabajadores sanitarios, depende de su número y correcto emplazamiento, pero ante todo depende de su grado de especialización y de su madurez moral, de su relación hacia el trabajo y hacia los pacientes".11

9. DR. ANTONIO LANCIS Y SANCHEZ, *Derecho Administrativo, tercera Edición Cultural, S.A. Habana 1952, pág. 471*

10 N.A. VINOGRADOV, *La Sanidad Pública de la Unión Soviética, Ediciones Extranjeras, Moscú 1957, pág. 110*

11. DR. ZDENEK, *La Sanidad Checoslovaquia, Editado por Orbis-Praga 1954.*

Es cierto que la asistencia es una obligación del Estado, pero tal obligación queda supeditada a las necesidades generales de la administración pública, o sea a las designaciones concretas del presupuesto de egresos. En todos los países existe tal limitación y puede apreciarse en las disposiciones legales en materia asistencial.

Ante la imposibilidad de que el Estado pueda llenar en lo absoluto la obligación de impartir la asistencia, instituciones y personas han creado organismos y fundaciones con espíritu filantrópico, para relevar en parte al Estado de la carga que le significa tal obligación, organismos consagrados a impartir los servicios asistenciales en beneficio de la comunidad; pero, para que tales organismos cumplan con su misión, deben estar sujetos a la dirección técnica, inspección y vigilancia del Estado.

En mérito de lo anterior, es evidente que la legislación que existe en materia de salud ha estado incluida en el Derecho Público y Administrativo, pues la mayor parte de las disposiciones de los documentos básicos miran a dar estructura a los servicios estatales, municipales, instituciones autónomas y autárquicas con funciones afines o similares y a normar la actividad de los funcionarios competentes fijando sus funciones, atribuciones y facultades respecto de las diferentes materias.

Por otra parte, los tratadistas de Derecho Administrativo no se refieren exclusivamente a las disposiciones del derecho de salud y su vasto contenido, sino que también tratan sobre el régimen de policía sanitaria.

El concepto de policía necesita ser explicado para poder apreciar la naturaleza de las obligaciones que impone el estado a los particulares.

El concepto general de Policía significa "en su acepción más amplia, ejercicio del poder público sobre hombres y cosas. En el dominio más restringido del derecho administrativo, el concepto de policía designa el conjunto de servicios organizados por la Administración Pública con el fin de asegurar el orden público y garantizar la integridad física y aún moral, de las personas, mediante limitaciones impuestas a la actividad personal o colectiva".<sup>12</sup>

La policía consiste en reglamentar y aplicar las medidas necesarias para proteger la seguridad, salubridad y moralidad de los habitantes; es la acción administrativa necesaria para el mantenimiento del orden público en sus manifestaciones exteriores, o sea, de los hechos.

El concepto de orden público ha sido explicado por la doctrina administrativa en los siguientes términos: "a) El orden público se refiere al orden de una ciudad o del campo, evitando perturbaciones sociales que alteren la vida cotidiana de sus habitantes. b) La seguridad pública, que comprende la prevención de toda clase de riesgos, calamidades, desde los acontecimientos naturales como un terremoto, hasta los hechos del hombre. c) La salubridad pública, que es la prevención de cualquier mal que perjudique la salud del ser humano, impidiendo epidemias, combatiendo males sociales y estimulando la realización de obras que eviten las enfermedades, como las obras de saneamiento, la introducción de agua potable, etcétera. d) La tranquilidad pública, para eliminar ciertos hechos que son perturbadores del orden, que pueden provocar desgracias o calamidades públicas".<sup>13</sup>

12. RAFAEL BIELSA, *Principios de Derecho Administrativo, Argentina*, pág.

583.

13. ANDRES SERRA ROJAS, *Derecho Administrativo, Edit. Porrúa, México 1970*, -

pág. 1121

El maestro Gabino Fraga, en su obra titulada Derecho Administrativo manifiesta que: "El poder de policía del Estado se ha considerado dentro de algunas legislaciones como el conjunto de atribuciones que a aquél corresponden para promover el bienestar general por medio de restricciones y reglamentaciones de los derechos del individuo, en forma tal que puedan prevenirse o reducirse las consecuencias perjudiciales que su disposición en términos absolutos acarrearía para la vida en común".<sup>14</sup> El autor estima que para que pueda ser apreciado el concepto de policía, es indispensable definir lo que debe entenderse por bienestar público, el cual se descompone en una gran variedad de intereses que comprenden los fundamentales del orden: seguridad y salubridad pública, llegando hasta abarcar los intereses de índole económica.

Tales intereses requieren un mínimo de satisfacción sin el cual no es posible la existencia en común. Por esa razón la policía, en su aspecto más simple, debe comprender todas las medidas necesarias para dar ese mínimo de satisfacción a los intereses primarios de que forme la base de ese concepto de bienestar público.

De las anteriores definiciones de policía, se traduce que el régimen de policía son las fuerzas coactivas de que dispone el Estado para regular la actividad de los particulares en sus relaciones con el poder público. Sin embargo, debemos distinguir entre la policía general y la policía especial, referidas ambas a la materia administrativa. A este respecto Veldel nos dice: "En la lengua del derecho administrativo, la palabra policía general asigna el régimen de derecho común de la policía administrativa, es decir, el conjunto de poderes dados de una manera general a las autoridades de policía para el mantenimiento del orden, de la seguridad y de la salubridad, mientras que se dice que hay una policía especial cuando un orden determinado de actividades de los ciudadanos puede ser objeto de limitaciones particulares, por haber recibido las autoridades administrativas en esta materia poderes particulares en virtud de una ley".

Las distintas clasificaciones del ejercicio del régimen de policía se dividen por materias y facilitan la ejecución de las leyes administrativas. El objeto de nuestro estudio se concreta al régimen de policía sanitaria.

La policía sanitaria cubre vigilancia en importantes áreas de la producción, industrial y el comercio, que regula actividades y acciones a fin de proveer al saneamiento del ambiente, del trabajo, vivienda y esparcimiento; que controla las actividades de las profesiones médicas, afines y de colaboración que vela por las condiciones y calidades de la prestación de servicios de atención médica pública y privada, y muchos otros aspectos del hacer social.

En nuestro país el poder de policía sanitaria corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuya función consiste en la prevención de cualquier mal que perjudique la salud del ser humano, impidiendo epidemias, combatiendo éstas a través de vacunación obligatoria; el aislamiento de determinada clase de enfermos y la obligación de cumplir determinados requisitos para el tráfico de medicamentos.

14. GABINO FRAGA, *op.cit.* pág. 456.

En la Legislación Administrativa de Argentina encontramos que el poder de policía sanitaria se ejerce a través del Departamento Nacional de Higiene, el cual tiene como funciones vigilar "los asuntos relativos a la estimación de servicios médicos, persecución del cuarendarismo y examen de especialidades farmacéuticas. Practica el reconocimiento médico de los empleados nacionales de la Administración central, justificación de inasistencias por enfermedad, certificación de inhabilidad física y psíquica".<sup>15</sup>

Además clasifica a la Policía Sanitaria de la siguiente manera:

a) Policía sanitaria marítima y fluvial, que comprende reglamentación, inspección, vigilancia, servicio de aislamiento y desinfección, etcétera.

b) Policía sanitaria de alimentos, la cual se ejerce en los mercados y casas de venta o fabricación de sustancias alimenticias.

c) Policía sanitaria de industria, la que tiene dos fines principales: 1° sanitario, de seguridad e higiene, para el obrero y para el consumidor del producto fabricado; 2° económico, en beneficio del obrero mediante la fijación del mínimo de salario.

d) Policía sanitaria mortuoria. Consiste en facultades de policía sobre la disposición de cadáveres, la cual se da por:

1. Motivos de seguridad personal (exhibición o depósito durante un término fijado, a fin de evitar inhumaciones prematuras)

2. Por motivos de higiene (obligación de inhumaciones después del término reglamentario y certificación médica)

e) Policía sanitaria animal, que consiste en la inspección de ferias ganaderas, donde el control sanitario debe ser más enérgico en razón del peligro del contagio.

En términos generales el poder de policía sanitaria tiene por objeto principal velar por la salud de sus ciudadanos.

El Derecho Sanitario, que a continuación estudiaremos, debe su verdadero origen y su única eficacia real a este derecho inherente del Estado.

### III. TRATADISTAS DE DERECHO SANITARIO

J.J. Hanlón dice que el Derecho Sanitario puede ser definido como "el conjunto de leyes, reglamentos y precedentes cuyo propósito es la protección y el fomento de la salud de sus individuos y de la comunidad".<sup>16</sup>

Es evidente que la disciplina de la Salud Pública requiere de un cuerpo de leyes que le permita realizar programas para que cada país fortalezca sus servicios generales de salud, y así poder lograr el bienestar general de todos los pueblos.

Su fundamento legal lo encontramos en el Capítulo II, Artículo 2, letra c), de la Constitución de la OMS, en la cual se establece que una de las funciones de este organismo es "ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad".

15. RAFAEL BIELSA, *op. cit.* pág. 637

16. J. J. HANLON, *op. cit.* pág. 183

Siendo los servicios generales de salud parte fundamental de la ciencia sanitaria, conviene explicar que se entiende por servicio general de salud: -- "Es la estructura y organización sanitaria de carácter permanente adoptada -- por un país para desarrollar actividades básicas de salud tales como servi -- cios materno-infantiles, control de enfermedades transmisibles, saneamiento -- ambiental, mantenimiento de registros con fines estadísticos, educación para la salud, enfermería en salud pública y atención médica básica; todos estos -- servicios bajo una dirección técnica administrativa unificada".<sup>17</sup>

Estructuralmente un servicio general de salud es una red de estableci -- mientos organizados para acutar de consumo bajo las mismas normas técnicas y procedimientos administrativos, siguiendo un solo canal de responsabilidades y autoridad.

Funcionalmente los servicios generales de salud persiguen la regionaliza -- ción de los servicios y la descentralización administrativa, distribuyéndose -- los recursos en forma tal que a la vez que alcanzan autosuficiencia técnica y administrativa, logren el máximo de cobertura del país. En general cada esta -- blecimiento de salud se apoya en el más evolucionado y ayuda al que cuenta -- con menos recursos. Esa estructura descentralizada resulta de la Constitución de la OMS y se articula en seis regiones con sus respectivas Oficinas Regionales: Africa, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Europa, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. Las ventajas de la descentralización son evidentes: -- por una parte, los países pertenecientes a una misma región presentan un grado considerable de homogeneidad y, por otra, la proximidad a los problemas lo -- cales permite discernirlos con mayor claridad.

Los instrumentos que concretan y dan validez a los servicios generales -- de salud son de naturaleza legal, reglamentaria o administrativa. El Código -- Sanitario y su reglamentación; la ley o decretos, sus órganos regionales; los convenios con otros organismos del sector salud, las resoluciones técnico-administrativas delimitando jurisdicciones y funciones y los presupuestos funcionales, representan algunos mecanismos para precisar el papel dentro de la Administración Pública. La falta de ellos demora el proceso de fortalecer -- los servicios generales de salud y básicamente su elemento dinámico la regionalización sanitaria.

El propósito que deberán seguir los gobiernos en materia de salud es poner al alcance del mayor número posible de habitantes los beneficios de la -- ciencia sanitaria moderna.

La protección de la salud de la población es, de acuerdo con lo establecido por la ciencia política, una responsabilidad de gobierno que puede ser ejercida directamente o delegándola en las divisiones políticas y administrativas del país. Es difícil encontrar otra rama de gobierno que posea un control tan discreto y muchas veces drástico, sobre la población y el ambiente de vida como lo tiene el programa de salud. Sin embargo, a pesar de sus poderes y deberes, el administrador sanitario debe tener siempre presente que los servicios a su cargo forman parte del gobierno comunal o nacional y que, por lo --

*17. Segunda reunión Comité de Expertos de Administración de Salud Pública de la OMS., Informe Técnico Núm. 83*



tanto deben funcionar coordinadamente con los demás servicios públicos. Es fundamental que el administrador sanitario tenga una idea muy clara y precisa de la organización administrativa del país, de la reglamentación en materia de salud y de los poderes, deberes y alimentaciones de sus funciones.

Los fundamentos legales de los programas de salud deben ser conocidos -- también por los médicos prácticos, ya que ellos tienen responsabilidades de este tipo que cumplir tales como la denuncia de las enfermedades transmisibles, la certificación de nacimientos y muertes, el uso de ciertas drogas, etcétera, y responsabilidades profesionales para colaborar en los programas colectivos de salud.

No sólo los médicos deben conocer las leyes sanitarias; el público debe estar informado sobre estas materias, ya que las leyes están hechas para ser aplicadas en la población. Como todas las leyes, las sanitarias también significan deberes y derechos y deben ser conocidas y aplicadas por cada uno de los componentes de la sociedad.

La legislación sanitaria está constituida por las leyes que tienden a -- proteger y a fomentar la salud de la población. Hay dos métodos por medio de los cuales la legislación sanitaria trata de lograr estos objetivos; determinar qué debe y no debe hacer el individuo frente a ciertas circunstancias relacionadas con su salud o con la de los demás; autorizar a los servicios locales de salud para tomar medidas para prevenir y curar las enfermedades. Generalmente las leyes sanitarias implican ambos métodos. Por ejemplo, en enfermedades infecciosas la ley determina que una persona infectada y contagiosa no debe exponer a otros a la enfermedad; además da autoridad legal al Centro de Salud para vacunar a los individuos o para inspeccionar las viviendas que se consideran focos de infección.

La legislación sanitaria y de medicina social no sólo se refiere a la -- prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas, sino que a todos -- los aspectos relacionados con la actividad del programa de protección de la -- salud.

En todos los países existe una gran variedad de leyes sanitarias. Las -- leyes sanitarias básicas incluyen todo lo concerniente al registro de nacimientos y muertes y a la denuncia y dentro de las enfermedades transmisibles; los deberes y derechos de los servicios de salud, las responsabilidades de los Administradores sanitarios, la reglamentación de la atención médica curativa, las condiciones del saneamiento urbano y rural; las condiciones que deben cumplir los lugares públicos; la forma en que debe practicarse la medicina; la calidad del agua potable y las condiciones de la atmósfera urbana; las circunstancias que la vacunación o el tratamiento y aislamiento de ciertas personas es necesario; lo relativo a la transmisión internacional de enfermedades y al control de la salud de los viajeros que pasan de un país a otro, etcétera. Las leyes sanitarias son pues, la fuente, autoridad y poder de los servicios de salud. Por ello, es muy importante que la acción sanitaria tenga un fundamento legal.

Las leyes relacionadas con la salud se originan en la Constitución del -- país o del Estado y son estudiadas por el poder legislativo. Generalmente -- las leyes sanitarias se aprueban en forma general y su aplicación requiere la

elaboración de reglamentos que convierten la fraseología general de la ley en estatutos concretos. Evidentemente que los reglamentos deben ceñirse al espíritu de la ley. Los reglamentos sanitarios son confeccionados por la autoridad nacional de salud o por la que el gobierno indique. Una vez aprobados, -- los reglamentos tienen la misma fuerza legal que la ley que les dio origen.

Una de las obligaciones destacadas del administrador sanitario es el análisis de las leyes y reglamentos sanitarios y su interpretación y discusión -- con el personal del servicio. Cada uno de los componentes del equipo que trabaja en el Centro de Salud debe conocer en detalle la reglamentación en vigencia. Es útil disponer de manuales que guíen la acción de rutina de los diversos funcionarios para encuadrarla dentro de las leyes y reglamentos vigentes.

Además de las leyes que se aprueban existen los decretos dictados por el ministerio respectivo y los reglamentos cuya implantación puede ser responsabilidad tanto del ministerio como de la autoridad nacional respectiva. Otra forma de autoridad legal es la resolución que se hace sobre los diversos asuntos -- que la marcha de la organización requiera. Las resoluciones se fundamentan en las leyes, decretos y reglamentos.

En conjunto, estos tipos de disposiciones legales, leyes, reglamentos, decretos y resoluciones, señalan los fines, atribuciones y la organización de -- los programas de salud. A través de ellos se ejerce la autoridad legal del -- servicio.

Las leyes básicas de protección de la salud promulgadas por los gobiernos nacionales se ordenan en lo que se llama Código Sanitario cuya autoridad emana de la Constitución del País. Existen también códigos internacionales como el Código Sanitario Panamericano y el Reglamento Sanitario Internacional que fue aprobado en el seno de la Organización Mundial de la Salud.

El Reglamento Sanitario Internacional, actualmente en vigencia y cuyo control depende de la Organización Mundial de la Salud ha sido preparado por un -- grupo de expertos en cuestiones de Sanidad Portuaria, Control Sanitario y Cuarentena y por epidemiólogos y juristas de prestigio mundial. Fue aprobado por -- la IV Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1951 y entró en vigencia en octubre de 1952. Para su preparación se usó de las experiencias recogidas de todas las Convenciones Sanitarias Internacionales y acuerdos anteriores.

El prólogo del Reglamento expone sus finalidades principales: dar a todo territorio que observa sus disposiciones la máxima seguridad contra la transmisión internacional de enfermedades epidémicas, con la mínima interferencia en el tráfico mundial.

Aunque algunas de las disposiciones se aplican a todas las enfermedades epidémicas, el Reglamento representa esencialmente una revisión y unificación -- de las disposiciones sobre peste, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifo, fiebre recurrente. Se está estudiando la inclusión de otras enfermedades transmisibles, como el paludismo, para el cual ya existen métodos efectivos de control.

El Reglamento Sanitario Internacional prescrito en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en un verdadero tratado o acuerdo internacional para luchar contra la transmisión de las enfermedades infecciosas. El Re-

glamento estipula que al aparecer en un territorio una enfermedad infecciosa - de aquéllas que puedan transmitirse internacionalmente se dé el aviso correspondiente a la Organización Mundial de la Salud en tal forma que todos los países dispongan de un cuadro mundial completo y exacto de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles. También están determinadas las medidas sanitarias aplicables al tráfico internacional que deberán exigirse para la -- protección de los países.

La legislación de Salud Pública. Para cumplir las finalidades que el Estado tiene, éste debe contar con una organización estable y permanente, que es la organización administrativa, cuya finalidad es satisfacer determinadas necesidades de la población, entre las cuales están las que se refieren a la salud. Esta organización se logra a través del sistema de Derecho Público llamado de los servicios públicos. (Organización del Estado sometida a un régimen jurídico especial que tiene por objeto satisfacer una necesidad pública en forma continua), por los cuales se establecen las disposiciones legales que organizan  toda la administración pública y la órbita de la acción de cada uno de los servicios.

Es una rama del Derecho Administrativo la que va a determinar en su mayor proporción las acciones de un servicio de salud; por su intermedio se fijan -- las normas jurídicas que están en relación con estructura, organización, funcionamiento, modificación o supresión de este servicio.

En los últimos decenios los gobiernos latinoamericanos han incrementado -- mucho sus actividades en materia de legislación de salud especialmente en el -- orden preventivo y en la ampliación de la cantidad de la población atendida. -- En salud pública no se puede actuar sin la participación activa y preponderante del Estado. Este como organismo de Derecho Público, quiere de una manera im- periosa contar con normas positivas para orientar y dirigir la acción.

Sin embargo, podría decirse que, los Códigos Sanitarios no corresponden -- a los problemas actuales; por otro lado, los estudiosos de Derecho no se han -- preocupado lo suficiente de este tipo de legislación. De aquí que los Códigos Sanitarios de América Latina no hayan logrado una clara respetabilidad jurídica aún cuando ellos constituyen el instrumento legal para la acción en muchas de las actividades de salud.

La Legislación de Salud, por contener principios de Derecho Público, está en constante evolución y es así como la mayor parte de nuestros Códigos Sanitarios vigentes, dictados hace veinte años, han quedado hoy retrasados y sus disposiciones han perdido fundamentos jurídicos al desconectarse con la realidad. La salud ha avanzado más rápidamente que ellos y hay una evidente desconexión.

Ejemplo de lo anterior tenemos el Código Sanitario de Chile, promulgado -- en 1931 es un caso típico de un conjunto de disposiciones legales que fueron -- superadas por la realidad.

Al lado de esta legislación fundamental de Salud Pública, existe una variada y numerosa Reglamentación de Salud Pública, la cual debe estar en constante revisión para ponerla al día con los nuevos conceptos técnicos y las -- crecientes necesidades de la población.

Se propone la formulación de un derecho de la salud independiente considerando que tradicionalmente ha estado incluido en el Derecho Administrativo, en circunstancias que, a esta fecha, habría logrado una identidad propia que justificará tal independencia.

## CAPITULO CUARTO

### Tratados y Convenios Internacionales en Materia de Salud

#### SUMARIO

- I. CONVENIOS SANITARIOS INTERNACIONALES
  
- II. CONVENIOS SOBRE ESTUPEFACIENTES Y  
SUBSTANCIAS PSICOTROPICAS

El hombre debido al rápido avance en materia de comunicaciones internacionales, ha hecho posible un gran movimiento de personas y mercancías. Lo que motivó una vigilancia severa para prevenir y evitar daños a la Salud Pública. Todo ello ha dado causa a un sin número de tratados internacionales en materia de Salud, en los que México ha participado como signatario, con objeto de aplicar reglas comunes y eficaces que ayuden a combatir todo aquello que afecta a la salud de la población.

Para los efectos de este capítulo, se entiende por tratado internacional: "cualquier acuerdo internacional que celebran dos o más Estados u otras personas internacionales, y que está regido por el derecho internacional".<sup>1</sup>

El distinguido jurista Carlos Arellano García nos define al tratado internacional más ampliamente, señala que: "Es un acto jurídico realizado entre sujetos de la comunidad internacional, es decir entre estados u organismos internacionales, para producir consecuencias jurídicas que pueden crear, transmitir, recuperar, conservar, modificar, retener y extinguir derechos y obligaciones".<sup>2</sup> Los tratados son acuerdos entre dos o más estados y se consignan en diversas formas. El término tratado se usa en un sentido genérico.

El internacionalista Manuel J. Sierra señala que: "Convención es sinónimo de tratado. Se pretende que el nombre de convención ha sido escogido para designar compromisos de carácter económico o administrativo y el tratado para lo de orden político".<sup>3</sup> Sin embargo en la práctica no se respeta.

Los convenios, también son acuerdos de voluntades entre dos o más Estados. Convenio, pacto y tratado son sólo distintas maneras de designar la misma cosa. La única diferencia entre el tratado internacional y el convenio es que el primero es más formal en virtud de que necesariamente requiere de la ratificación.

Por otra parte, también en Derecho el término de arreglo o compromiso, en general destinado a fijar las medidas para la aplicación de un tratado; acuerdo, de un contenido impreciso, se destina principalmente en la práctica a asuntos de carácter económico o financiero. Declaración cuando se trata de establecer principios jurídicos o de afirmar una política común. Resolución para designar los compromisos de importancia celebrados entre los estados. Del mismo modo se emplea el término Protocolo, para designar un documento diplomático en el cual, en forma menos solemne que la que se usa en los tratados, se consignan soluciones de detalle sobre las que existe un previo acuerdo.

Una vez definido el concepto de tratado, señalemos brevemente su procedimiento de conclusión. El internacionalista Modesto Seara Vázquez lo divide en tres fases negociación, firma y ratificación.

a) La negociación. Es el conjunto de operaciones encaminadas a establecer el texto del tratado. Tales negociaciones consisten en discusiones celebradas dentro de una conferencia o congreso internacional. Los órganos que pueden encargarse de la negociación de los tratados, son aquellos órganos estatales que tiene la competencia de las relaciones internacionales: generalmente,

1. MAX SORENSEN, *op. cit.* pág. 155

2. CARLOS ARELLANO GARCIA, *Apuntes de Derecho Internacional Público, UNAM. (cátedra)*.

3. MANUEL J. SIERRA, *Tratado de Derecho Internacional Público, tercera edición aumentada, México 1959, pág. 393.*

y por encargo del gobierno, el Ministerio de Asuntos Exteriores (en México la Secretaría de Relaciones Exteriores). La personas que van a negociar deben - ir previstas de poderes, que es la autorización concedida por los órganos ante riormente citados.

b) Firma. Una vez establecido el texto del tratado viene la segunda fase, la firma, que no es más que el reconocimiento por parte de los representantes de los Estados, del contenido del tratado.

En la firma se requiere de los llamados plenos poderes expresados en un documento escrito que designa la persona autorizada para firmar por el órgano estatal que, según disponga la Constitución interna, pueda comprometer internacionalmente al Estado. La persona provista de los plenos poderes es el plenipotenciario. El Jefe de Estado o el embajador no necesitan dichos poderes en razón de sus funciones, ya que tienen el poder de ligar internacionalmente al Estado.

c) Ratificación. Es la aprobación del tratado, hecha por los órganos internos constitucionalmente competentes para ligar al Estado en las relaciones internacionales, y que determina su obligatoriedad definitiva".<sup>4</sup>

Los objetivos que persigue la ratificación son los siguientes:

1. Permite una revisión ulterior del contenido del tratado internacional.
2. Permite comparar el texto del nuevo tratado con anteriores tratados -- internacionales celebrados por el país, con la finalidad de que no se viole al gún compromiso.

3. Procura que el tratado internacional se apegue a la política exterior de ese país.

4. Cuida que el tratado internacional, no viole las normas de derecho interno principalmente las normas constitucionales.

5. Observa si el plenipotenciario se apegó en el texto del tratado internacional, a las instrucciones recibidas por su Estado.

El Derecho interno de cada país establece cuál es el órgano competente para ratificar y a él habrá que remitirse para determinarlo.

En México, de acuerdo con el Artículo 76 fracción I de la Constitución vigente, "son facultades exclusivas del Senado: I) Aprobar los tratados y convenciones diplomáticas que celebre el Presidente de la República con las potencias extranjeras..." Esto no quiere decir que el Senado de México se limita a ratificar todo lo que el Ejecutivo le envía; sino que no hay una actitud negativa, por razones políticas.

La ratificación es un acto discrecional del Estado, es decir el Estado no se encuentra obligado a ratificar los tratados que hubiese firmado, por tal motivo no hay un plazo determinado para proceder a la ratificación; el Estado -- puede hacerlo cuando crea conveniente, siempre y cuando no se fije en el tratado internacional una fecha límite para ratificarlo.

"Respecto al procedimiento de la ratificación hay que distinguir:

- a) Para los tratados bilaterales lo normal es que un Estado proceda a comunicar al otro los instrumentos de ratificación, o se realice por intercambio de las cartas de ratificación.

b) En lo que se refiere a los tratados multilaterales, la práctica actual ha impuesto el llamado depósito de los instrumentos de ratificación, es decir - en el tratado se designa qué Estado va a ser el depositario, y éste será el -- que reciba los instrumentos de ratificación y el que se encargue de comunicar a todos los otros las ratificaciones recibidas".<sup>5</sup>

Además la ratificación no se considera concluida y el tratado válido, sino cuando el instrumento que contiene la ratificación de las partes ha sido -- canjeado. Sólo hasta cuando esta formalidad ha tenido lugar, el tratado entra en vigor. Aunque ninguna regla de Derecho Internacional determina la forma especial que debe revestir el canje de ratificación y el momento en que deba verificarse, ésta se efectúa normalmente por medio de la entrega recíproca de documentos escritos de forma idéntica y firmados por las personas investidas por las autoridades para negociar y concertar tratados o las que especialmente hayan sido designadas con tal fin.

"De conformidad con la legislación mexicana, una vez que el canje de ratificaciones o su depósito han sido verificados, el Presidente de la República, por medio de un decreto que se publica en el Diario Oficial, de fuerza obligatoria al tratado para los habitantes del país, en lo que pueda relacionarse -- con ellos".<sup>6</sup>

Por regla general los tratados se inician con un preámbulo en el que se explican sumariamente los motivos que lo originan, en seguida el nombre de los Estados contratantes y la designación de las personas que han sido escogidas -- para suscribirlos, los que deberán exhibir sus poderes. Después, el texto mismo del tratado, el término de su vigencia y si es el caso y el final, casi -- siempre el sitio, y algunas veces la fecha del canje o depósito de ratificación y por último, la firma y sello de los plenipotenciarios.

En la obra titulada Tratados Ratificados y Convenios Ejecutivos Celebrados por México (1823-1972) compuesta por 20 tomos, publicada por la Cámara de Senadores, encontramos compilados todos aquellos tratados internacionales celebrados por México. En materia de salud, citamos los siguientes:

## I CONVENIOS SANITARIOS INTERNACIONALES

Código Sanitario Panamericano, suscrito en, La Habana, Cuba, el 14 de noviembre de 1914. Aprobado por el Senado según decreto publicado en el Diario Oficial de 28 de junio de 1929. El estudio de dicho Código lo llevaremos a cabo en Capítulo VI de este trabajo.

Decreto que promulga el Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano suscrito en La Habana Cuba el 14 de noviembre de 1924 en la 7a. Conferencia Sanitaria Panamericana. Diario Oficial de 15 de noviembre de 1954. <sup>7</sup>

Arreglo Internacional para la Creación en París de una Oficina Internacional de Epizootias. Firmado en París el 25 de enero de 1924, suscrito por los Estados Unidos Mexicanos en la misma fecha. Aprobado por el Senado, según de-

5. *Ibidem*, pág. 181.

6. MANUEL J. SIERRA, *op.cit.* pág. 413.

7. Tratados Ratificados y Convenios Ejecutivos celebrados por México, Edit. por la Cámara de Senadores, Vol. V, México 1972, pág. 237 y siguientes.



creto publicado en el Diario Oficial del 14 de marzo de 1949. El depósito del instrumento de ratificación se efectuó, el 6 de diciembre de 1949, publicado en el Diario Oficial del 27 de enero de 1950.

La Oficina Internacional de Epizootias, tiene correspondencia directa con las autoridades superiores y con los servicios encargados, en los distintos países de la policía sanitaria de animales.

El Artículo 4° del Arreglo mencionado señala que, el objeto principal de la Oficina es:

"a) Provocar y coordinar cualquiera investigación o experiencias que se relacionen con la patología o la profilaxia de las enfermedades infecciosas del ganado para las cuales haya necesidades de pedir la colaboración internacional;

"b) Recoger y poner en conocimiento de los gobiernos y de sus servicios sanitarios los hechos y documentos de interés general relativos al progreso de las enfermedades epizooticas y los medios empleados para combatirlos.

"c) Estudiar los proyectos de acuerdos internacionales relativos a la policía sanitaria de animales y poner a la disposición de los gobiernos signatarios de estos acuerdos los medios de controlar su ejecución".

Podemos citar como enfermedades epizooticas las siguientes: Peste bovina, Fiebre Aftosa, Peri-neumonía contagiosa, Fiebre carbonosa, Morriña, Rabia, Durina (Dourine), Peste del cerdo, etcétera. Los gobiernos deberán informar a la Oficina de las medidas que tomarán para combatir las epizootias, especialmente las que establecen en las fronteras para proteger sus territorios contra las provenientes de países contaminados.

La Oficina está bajo la autoridad y el control de un Comité Internacional que se compone de representantes técnicos, designados por los Estados participantes, a razón de un representante por cada Estado. 8

Convención relativa al suero antidiftérico. Firmada en París, el 1° de agosto de 1930. Aprobada por el Senado, el 27 de septiembre de 1931. El depósito del instrumento de ratificación se efectuó, el 21 de octubre de 1932, en los archivos del gobierno francés. Publicada en el Diario Oficial del 15 de febrero de 1933.

Los países participantes de la Convención convienen en autorizar en su territorio, la circulación y el uso de sueros antidiftéricos preparado en el territorio de cualquiera de ellas, a reserva de que se tomen en el país donde se fabriquen, las medidas necesarias para garantizar la observancia de las disposiciones que constan en la Convención.

En el Artículo 9° se señala que: "Podrá hacerse una declaración de adhesión a esta Convención, a nombre de cualquier país no signatario. Esta declaración será notificada al Gobierno Francés, y éste la comunicará a todas las Altas Partes Contratantes". 9

"La adhesión, es el Acto Jurídico por el cual un Estado entra a formar parte de un tratado en cuya negociación y firma no había participado. Conviene diferenciar entre *accesión* y *adhesión*; la primera sería la entrada pura y simple en un tratado, aceptando todas las obligaciones y beneficiándose de to-

8. *Op. cit.* pág. 5.

9. *Op. cit.* Tomo VI, pág. 389.

dos los derechos; la segunda sería la entrada de un tratado limitada únicamente a algunas de las disposiciones del tratado". 10 Sin embargo en la práctica internacional se utiliza indistintamente ambos términos, por lo cual es más conveniente considerar que son equivalentes.

Convenio sobre un programa de cooperación tendiente al mejoramiento de la Sanidad y de las condiciones de higiene de México, 11 celebrado por canje de notas fechadas en la Ciudad de México, el 30 de junio y el 1° de julio de 1943, aprobado por el Senado según decreto publicado en el Diario Oficial el 15 de abril de 1946, el cual no se sujetó a ratificación.

Las relaciones entre Estados Unidos y México se han caracterizado por una cordialidad sincera y por propósitos bien definidos de cooperación. En vista de lo anterior, se ha tenido a bien celebrar un convenio en el cual colabore en obras a lo largo de la carretera panamericana, así como en la intensificación del control y tratamiento de las enfermedades, y en la creación o ampliación de las obras públicas conexas que pudieran tender al mejoramiento de las condiciones sanitarias en el país.

Con el objeto de llevar a un buen término esta colaboración, sugiere que el Gobierno de México designe o establezca una dependencia apropiada dentro del departamento de Salubridad Pública (actualmente Secretaría de Salubridad y Asistencia), para la realización de los proyectos de sanidad y saneamiento a que se hace alusión, así como para el estudio de los proyectos concernientes a la preparación de médicos y de técnicos en ingeniería sanitaria.

Convenio que prorroga el acuerdo sobre cooperación en materia de sanidad y de las condiciones de higiene de México. Celebrado por canje de notas el 30 de junio de 1943, modificado el 8 de diciembre de mismo año. Firmado en la ciudad de México el 17 de febrero de 1949. 12 Tampoco este Convenio se sujetó a ratificación.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto de Asuntos Inter-Americanos han convenido, de conformidad con la solicitud de la Secretaría y de acuerdo con el intercambio de notas fechadas el 10 y 14 de febrero de 1949 entre el Subsecretario de Relaciones Exteriores Encargado del Despacho y el Embajador de los Estados Unidos de América en México, los siguientes detalles técnicos para ampliar y modificar el Convenio entre la Secretaría y el Instituto, resultante del intercambio de correspondencia entre el representante del Instituto y el Jefe del entonces Departamento de Salubridad de México de fecha 2 de julio de 1943, según fue modificado por subsecuentes cartas cambiadas entre el Vicepresidente Ejecutivo del Instituto y el Secretario de Salubridad y Asistencia de México, de fechas 1° de noviembre, 6 y 7 de diciembre de 1943 -- (al que de aquí en adelante se denominará El Convenio Básico), estableciendo un programa cooperativo de salud y saneamiento para México.

El programa estuvo vigente seis meses, contados desde el 31 de diciembre de 1948 hasta el 30 de junio de 1949. En la cláusula II del Acuerdo se establece que: "El Instituto proporcionará los fondos necesarios para el pago de los salarios y todos los demás gastos de su personal de campo en México duran-

10. MODESTO SEARA VAZQUEZ, *op. cit.* pág. 132.

11. *Op. cit.* Tomo IX, pág. 59.

12. *Loc. cit.* Tomo VIII, pág. 115.

te el periodo que cubra este Acuerdo de Prórroga. Estos fondos deberán ser administrados por el Instituto y no deberán ser depositados en el crédito - de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública".<sup>13</sup>

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Arreglo concluido entre los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud. Protocolo concerniente a la Office International d'Hygiene Publique, - firmados el 22 de julio de 1946.

Decreto que aprueba los documentos mencionados, publicado en el Diario Oficial del 14 de febrero de 1948.

Convenio para la promulgación de la Constitución de la Organización -- Mundial de la Salud, así como el arreglo concerniente a la Office Interna- tional d'Hygiene Publique, publicado en el Diario Oficial del 10 de julio - de 1948.

Decreto relativo a la promulgación de reformas a los artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, publicado en el Diario Oficial del 15 de noviembre de 1960.

Convenio relativo a la higiene en el comercio y en las oficinas. Adop- tado por la Conferencia de la organización Internacional del Trabajo en la ciudad de Ginebra, Suiza, el 8 de julio de 1964. Decreto que lo aprueba. -- Diario Oficial del 5 de enero de 1966.

Convención Internacional con el objeto de asegurar una protección efi- caz contra el tráfico criminal conocido con el nombre de trata de blancas, publicado en el Diario Oficial del 20 de junio de 1956.

Convenio para el control y erradicación de la fiebre aftosa, 14 cele- brado por el canje de notas fechadas en Washington, D.C., el 18 de marzo de 1947, y en la Ciudad de México el 3 de octubre, 24 y 26 de noviembre de --- 1947. No se sujetó a ratificación.

La repercusión de la fiebre aftosa en la salud pública está en relación directa con la magnitud de la infección en los equinos y con la abundancia- de insectos vectores en las áreas afectadas. Por ello es necesario llevar a cabo una campaña para su prevención y control, para evitar que la enferme- dad se presente o que una vez que aparezca en una área, adquiera caracteres epizoóticos.

Siendo esta enfermedad transmitida por insectos vectores, fundamen- tamente mosquitos de varios géneros y especies, pudiera pensarse que eliminando éstos se evitaría la presencia de la enfermedad en animales y, por lo consiguiente, en el hombre.

Por tal motivo, la Secretaría de Agricultura y Ganadería de México y - el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se reunieron en esta ciudad con el objeto de continuar las pláticas relativas a la campaña para erradicar la fiebre aftosa en México y especialmente con el fin de tratar - lo concerniente a la colaboración económica entre ambos gobiernos para lle- var a cabo dicho programa..

13. *Ibidem*, pág. 116

14. *Op. cit.* Tomo X, pág. 69

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

De las conversaciones efectuadas se concluyó lo siguiente:

Es indispensable para el control y erradicación progresiva el adoptar un plan combinado de cuarentena, vacunación y sacrificio.

Reglamento Sanitario Internacional número dos de la Organización Mundial de la Salud. 15 Firmado el 25 de mayo de 1951 en la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, en la ciudad de Ginebra, Suiza. Aprobado por la H. Cámara de Senadores del Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos el 18 de diciembre de 1953, según decreto publicado en el Diario Oficial del 9 de marzo de 1954.

El Reglamento Sanitario Internacional de la OMS consta de una primera parte compuesta de un preámbulo y 115 Artículos agrupados en 10 títulos, y de un Anexo que comprende una primera parte con modelos de certificados de vacunación y formulación varios; un Anexo A, sobre control Sanitario de los peregrinos de Hojaz, y otro Anexo B, sobre normas de higiene para los buques y aeronaves que transporten peregrinos.

En el preámbulo se establece que este reglamento se ha adoptado: considerando que uno de los fines primordiales de la cooperación internacional en materia de sanidad pública es la erradicación de las enfermedades, que es preciso un esfuerzo continuo para alcanzar este fin; que subsiste el peligro de propagación de las enfermedades transmisibles y que persiste la necesidad de una reglamentación internacional para limitar la extensión de los brotes epidémicos.

Convención para impedir la importación ilegal de mercancías, narcóticos y otros productos, la migración ilegal de extranjeros, así como para favorecer al mejoramiento de la salud humana y proteger la vida animal y vegetal, y para conservar y desarrollar los recursos de vida marina frente a algunas de sus costas. 16 Firmada en Washington el 23 de diciembre de 1925. Aprobada por el Senado, según decreto publicado en el Diario Oficial el 2 de febrero de 1926. El canje de los instrumentos de ratificación se efectuó el 18 de marzo de 1926. Publicada en el Diario Oficial el 10 de abril de 1926.

"El gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el gobierno de los Estados Unidos de América convienen en dicha Convención en proporcionarse mutuamente todos los informes de que dispongan respecto a la existencia y desarrollo de las enfermedades contagiosas o infecciosas de las personas, animales, pájaros o plantas, y a los estragos causados por plagas de insectos, así como también respecto a las medidas que adopten para evitar que esos males se propaquen. Las partes contratantes se cambiarán asimismo informes relativos al estudio y aplicación de los medios más eficaces, científica y administrativamente, para la supresión y desaparición de dichas enfermedades y plagas". 17

15. *Op. cit.* Tomo XII, pág. 89

16. *Op. cit.* Tomo V, pág. 237.

17. *Ibidem*, pág. 240.

## II. CONVENIOS SOBRE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

Convención Internacional del Opio y Protocolo de Clausura. Firmados en La Haya el 23 de enero de 1912. Aprobados por el Senado el 8 de octubre de 1924. El depósito del instrumento de adhesión se efectuó el 3 de abril de 1925. Publicado en el Diario Oficial del 18 de marzo de 1927. Esta Convención tuvo por objeto la supresión progresiva del abuso del opio, de la morfina, de la cocaína, así como de las drogas preparadas o derivadas de esas sustancias, que puedan dar lugar a abusos análogos.

Convención para la limitación de la fabricación de estupefacientes y la regulación de la distribución de las drogas Narcóticas. Firmada entre México y varias naciones el 13 de julio de 1931 en la ciudad de Ginebra, Suiza. Aprobada por el Senado el 26 de diciembre de 1932, con la reserva formal que en seguida se expresa.

"El Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos se reserva el derecho de imponer dentro de su territorio, como ya lo ha hecho, medidas más estrictas que las establecidas por la Convención, para la destrucción y consumo de las drogas a que se refiere la presente Convención". La ratificación se efectuó el 3 de febrero de 1933. El 13 de marzo de 1933 se depositó el instrumento de ratificación en la Secretaría de la Sociedad de Naciones, en Ginebra. Publicada en el Diario Oficial el 24 de noviembre de 1933.

"Un Estado, al demostrar su consentimiento a un pacto, puede desear no quedar obligado por una determinada disposición y entonces formula una reserva, quedando en ese caso fuera del tratado las disposiciones reservadas. O también, quiere un Estado manifestar que el tratado, para él, tiene tal o cual interpretación, y en este caso recibe eso el nombre de "declaración interpretativa" por más que la esencia es la misma pues el Estado queda obligado sólo en los límites de su interpretación. 18 Las reservas se hacen en el tratado mismo, o bien en el momento de la firma, o en las Actas finales de las Conferencias. Tales reservas se hacen constar en protocolo anexo a la Convención.

Una conquista lograda en esta Convención fue el establecimiento de un Organismo de Control, compuesto de miembros designados por la Comisión Consultiva del Tráfico del Opio y otras drogas nocivas, de la Liga de las Naciones y la Oficina Internacional de Higiene Pública de París.

Esta Convención entró en vigencia en 1933 y por primera vez se pudo informar acerca de la represión del tráfico ilícito de los narcóticos, que se redujo a la producción mundial de la morfina, heroína y cocaína, oficial, digamos, adecuándola a las reales necesidades médicas y científicas de los países. Esta acción se vio en gran parte favorecida, por un lado, por la eficiente labor del Comité Central Permanente, que reunió anualmente y analizó los informes de control de los países en relación a la importación y exportación de narcóticos y su tráfico ilícito, así como por los diversos informes que fueron pasados al Consejo y Asamblea de la Sociedad de Naciones.

Convención de 1936 para la supresión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos. Protocolo de firma y Acta final. Firmada el 26 de junio de 1936 en la ciudad de Ginebra, Suiza, Aprobada por el Senado el 29 de diciem--

bre de 1954, según decreto publicado en el Diario Oficial del 28 de febrero de 1955. Se ratificó el 14 de abril de 1955, habiéndose efectuado el depósito del instrumento en la Secretaría General de la Organización de las Naciones Unidas el 6 de mayo de ese mismo año.

Protocolo enmendando los Acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre Estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936. 19 Firmado en Lake Success, Nueva York, el 11 de diciembre de 1946. Suscrito por los Estados Unidos Mexicanos en la misma fecha. Aprobado por el Senado con las reservas que aparecen al final del texto, según decreto publicado en el Diario Oficial del 28 de febrero de 1955. El depósito del instrumento de ratificación se efectuó el 14 de abril de 1955. No fue publicado en el Diario Oficial.

Los Estados Partes convinieron en efectuar este Protocolo en virtud de que la Sociedad de Naciones se encontraba investida con ciertos deberes y funciones, para cuyo desempeño continuado se necesitaba adoptar medidas adecuadas, y en consecuencia de la disolución de la Sociedad, fue necesario que los deberes y funciones los ejercieran las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud o su Comisión Interna.

Protocolo que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en el Convenio del 13 de julio de 1931, para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de los estupefacientes, modificado por el Protocolo firmado en Lake Success el 11 de diciembre de 1946. Firmado en París el 19 de noviembre de 1948. Suscrito por los Estados Unidos Mexicanos en la misma fecha. Aprobado por el Senado, según decreto publicado en el Diario Oficial del 26 de enero de 1950. El depósito del instrumento de ratificación se efectuó el 29 de marzo de 1950. No fue publicado en el Diario Oficial. 20

El motivo por el cual se llevó a cabo este protocolo fue debido a los progresos de la química y de la farmacología modernas, que han dado por resultado el descubrimiento de drogas, especialmente de drogas sintéticas, que pueden originar toxicomanía y que no están comprendidas en el Convenio del 13 de julio de 1931. No estando comprendidas en el Convenio y someter a fiscalización tanto dichas drogas como los preparados y compuestos que las contienen, y con objeto de limitar, por vía de acuerdo internacional, su fabricación a las legítimas necesidades médicas y científicas mundiales y reglamentar su distribución, fue necesario elaborar el presente protocolo.

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Realizada en la ciudad de Nueva York el 30 de marzo de 1961. Aprobada por el Senado el 29 de diciembre de 1966, según decreto publicado en el Diario Oficial del 14 de febrero de 1967, entró en vigor en diciembre de 1964 tras haberla ratificado y adherido a ella varios estados, siendo México uno de los Estados signatarios.

Los tres objetivos principales de la Convención son los siguientes:

I. Codificar los tratados multilaterales existentes relativos a los estupefacientes. Hasta 1961 el sistema de fiscalización internacional consis-

19. *Op. cit.* Tomo IX. pág. 801

20. *Op. cit.* Tomo XI. pág. 69

tian nuevas convenciones, acuerdos y protocolos que se habían elaborado des de la Comisión del Opio de Shanghai en 1909.

II. Ampliar el control del cultivo de las plantas de las que se obtienen los estupefacientes naturales, es decir de opio, cannabis y las hojas de coca.

III. Simplificar el mecanismo de fiscalización internacional de los estupefacientes, es decir el opio, las sustancias que se obtienen de él y las -- sustancias sintéticas con efectos parecidos al de la morfina, cannabis y la hoja de coca, la cocaína y de todos aquellos que se han enumerado en esta -- Convención.

Por otra parte, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas tomó nota de que se habían propuesto enmiendas a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y teniendo presente el Artículo 47 de dicha Convención que dice: "Cualquier Parte podrá proponer una modificación de esta Convención. El texto de cualquier modificación así propuesto y los motivos de la misma serán comunicados al Secretario General quien, a su vez, los comunicará a las Partes y al Consejo. El Consejo podrá decidir:

a) Que se convoque a una conferencia de conformidad con el inciso 4 del Artículo 62 de la Carta de las Naciones Unidas para considerar la modificación propuesta;

b) Que se pregunte a las Partes si aceptan la modificación propuesta y se les pida que presenten al Consejo comentarios acerca de la misma.

Cuando una propuesta de modificación transmitida con arreglo a lo dispuesto en el apartado b) del inciso 1º de este Artículo no haya sido rechazada por ninguna de las Partes dentro de los 18 meses después de haber sido transmitida, entrará automáticamente en vigor. No obstante, si cualquiera de las Partes rechaza una propuesta de modificación, el Consejo podrá decidir, teniendo en cuenta las observaciones recibidas de las Partes, si ha de convocarse a una Conferencia para considerar tal modificación". Por tal motivo se decidió, en la resolución 1577 (L) de 21 de mayo de 1971, convocar a una conferencia de plenipotenciarios para examinar todas las enmiendas propuestas a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la que se celebró en la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra del 6 al 24 de marzo de 1972. México estuvo representado en la presente Conferencia.

En su resolución 1577 (L), el Consejo Económico y Social pidió al Secretario General que invitara a la Conferencia, a la Organización Mundial de la Salud y a otros organismos especializados interesados tales como: La Junta Internacional de Policía Criminal, todas ellas estuvieron representadas en dicha Conferencia.

Como resultado de las deliberaciones, recogidas en las actas resumidas de la Plenaria y de los Comités I y II, la Conferencia aprobó y abrió a la firma el Protocolo que modifica la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Además la Conferencia aprobó tres resoluciones que figuran como -- anexo a la presente Acta Final.

El Protocolo de 1972, entró en vigor el 8 de agosto de 1975. Las enmiendas previstas de dicho Protocolo fueron aprobadas el 25 de marzo de 1972.

Los objetivos de esta enmienda son fortalecer el sistema de control internacional de estupefacientes e incluir nuevos conceptos y medios que se consideraron adecuados a causa de los acontecimientos ocurridos desde la aprobación de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes.

Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas. Efectuado en Viena el 21 de febrero de 1971, aprobado en la Conferencia de Plenipotenciarios a que convocó la ONU, el cual se refiere a la fabricación, comercio, distribución, control y uso de las sustancias psicotrópicas. Ratificado por el Senado el 29 de diciembre de 1972, según decreto publicado el 29 de marzo de 1973, con la reserva formal que en seguida se expresa:

"El Senado de la República acuerda la reserva a la aplicación del Artículo 7, con fundamento en lo dispuesto en el inciso 4 del Artículo del citado Convenio, estableciendo una clara posibilidad de adoptar una conducta adecuada en el control de las sustancias conteridas en la Lista I del Convenio, incluidas en el Código Sanitario de la República Mexicana, entró en vigor el 16 de agosto de 1976".<sup>21</sup> Este Convenio completa en medida considerable el sistema internacional de fiscalización de drogas. Hasta esa fecha, únicamente los estupefacientes estaban sometidos a medidas de fiscalización internacional: El Convenio de 1971 extiende también esas medidas de fiscalización a sustancias como los alucinógenos (LSD), mescali, etcétera), los estimulantes (drogas del tipo de las anfetaminas) y los sedativos hipnóticos (entre otras, las drogas del tipo de los barbitúricos). La estructura del sistema de fiscalización previsto en este tratado se basa en gran parte en sistema semejante al que se halla en vigor desde 1964 en virtud de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes. La variedad de las sustancias sometidas a control de conformidad con el Convenio de 1971, las diferencias en tre los riesgos derivados del uso indebido de esas sustancias y las propiedades toxicomanígenas de las mismas y, en particular las diferencias enportantes de su valor terapéutico hacen que las medidas de fiscalización que han de aplicarse a las sustancias enumeradas en las cuatro listas que se incluyen en el Convenio varían considerablemente de un grupo de sustancias a otro.

Los alucinógenos enumerados en la Lista I ofrecen un grave riesgo de uso indebido, sin que tengan aplicación terapéutica, y están sujetos a una prohibición rigurosa. Las Partes en el Convenio prohibirán todo uso de tales sustancias, excepto el que con fines científicos y fines médicos muy limitados hagan personas debidamente autorizadas en establecimientos médicos o científicos que estén bajo la fiscalización directa de sus gobiernos o expresamente aprobados por ellos. En consecuencia, cualquier otra actividad, como la fabricación, el comercio y la distribución, o la posesión de las sustancias de la Lista I, estarán sometidas a un régimen especial de licencias o de autorización-previa, así como a una estricta vigilancia por parte de los gobiernos. Las Partes deberán prohibir la exportación e importación de esas sustancias excepto cuando tanto el exportador como el importador sean autoridades competentes del país exportador o importador, u otras personas

21. Carta de Información nov-dic-1976-NU, División de Estupefacientes.



o empresas que estén expresamente autorizadas por esas autoridades para este propósito.

Por lo que se refiere a las sustancias incluidas en las Listas II, III y IV del Convenio, cada una de las Partes limitará a fines médicos científicos, por los medios que estime apropiados, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, las existencias, el comercio y uso y la posesión de esas sustancias.

En cuanto a los anteriores tratados internacionales sobre estupefacientes, los gobiernos deberán tomar las medidas legislativas y administrativas oportunas para la ejecución de las disposiciones del Convenio a nivel nacional, en estrecha colaboración con otros gobiernos, y con los órganos internacionales de fiscalización encargados de funciones específicas relativas a la ejecución del presente Convenio, a nivel internacional.

En el Convenio, se prevé que cada una de las Partes establezca y mantenga una administración especial, que podría convenir que fuese la misma que la administración especial establecida en virtud de las disposiciones de los tratados sobre estupefacientes, o que actuase en estrecha colaboración con ella.

Los órganos internacionales de fiscalización encargados de aplicar las disposiciones del Convenio de 1971 y de asegurar su ejecución son los mismos que para el sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, a saber; la Comisión de Estupefacientes del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), establecidos en virtud de la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes.

Con objeto de asegurar la estrecha relación y colaboración entre los sectores nacional e internacional con respecto a la aplicación de las disposiciones contenidas en el Convenio de 1971, las Partes suministrarán informes al Secretario General, y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas puede estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos del Convenio y con la aplicación de sus disposiciones, y hacer recomendaciones al respecto. En particular, está encargada de determinar el alcance de la fiscalización de las sustancias que figuran enumeradas en el Convenio de 1971, mediante la inclusión de nuevas sustancias en una de las cuatro listas de dicho Convenio, suprimiendo sustancias de las mismas o transfiriéndolas del sistema de fiscalización previsto para una de las listas a otro sistema de fiscalización más estricto o menos riguroso del que se aplica a las sustancias de la lista en que figura. La Comisión adoptará estas medidas en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Organización Mundial de la Salud, habrá de determinar en el caso de que haya que incluir una nueva sustancia en una de las cuatro listas, si esa sustancia tiene capacidad para producir un estado de dependencia y de estimulación o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo, o un uso indebido análogo y efectos nocivos parecidos a los de una sustancia que figure ya en las listas,

y habrá de establecer que existen pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia. La Organización Mundial de la Salud comunicará a la Comisión un dictamen sobre la sustancia, incluido el alcance o probabilidad del uso indebido, el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica, junto con cualesquier recomendaciones sobre las medidas de fiscalización, en su caso, que resulten apropiadas según su dictamen. La OMS dará también su dictamen con respecto a la transferencia de una sustancia de una lista a otra, o en cuanto a su retirada de las listas. Las conclusiones y los dictámenes de la OMS serán determinantes en cuestión médica y científica, si bien la Comisión tendrá también presentes los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que considere oportunos al adoptar una decisión definitiva al respecto. En principio, toda decisión de la Comisión acerca de esta materia, comunicada por el Secretario General, surtirá pleno efecto respecto de cada una de las Partes, 180 días después de la fecha de la comunicación.

Como conclusión cabe decir que la aplicación eficaz del Convenio de 1971 depende tanto de las medidas pertinentes que hayan de adoptar los gobiernos a nivel nacional, de conformidad con lo estipulado en el Convenio, como de la estrecha colaboración entre los gobiernos y los órganos internacionales de fiscalización anteriormente mencionados. Aunque en el pasado gran número de Estados habían sometido ya las sustancias psicotrópicas a fiscalización nacional, y en el plano internacional habían colaborado voluntariamente con los órganos internacionales pertinentes, la entrada en vigor del Convenio de 1971 establece, según sus propias disposiciones, el carácter obligatorio del sistema de fiscalización para los países Parte en el Convenio, con lo cual los órganos internacionales de fiscalización estarán ahora en mejor posición para llevar a cabo, en estrecha cooperación con los gobiernos, una fiscalización eficaz de esas sustancias .

## CAPITULO QUINTO

### La Organización Mundial de la Salud

- I CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS
- II CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
- III ORGANOS
- IV FINALIDAD
- V FUNCIONES
- VI MIEMBROS
- VII ACUERDOS CON OTRAS ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES
  - A) Organización Panamericana de la Salud (OPS)
  - B) Organización de las Naciones Unidas (ONU)
  - C) Organización Internacional del Trabajo (OIT)
  - D) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)
  - E) Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
  - F) Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)
- VIII SITUACION FINANCIERA
- IX PERSONAL

## I CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS

Antes de iniciar el estudio de la Carta de las Naciones Unidas conviene recordar la labor que tuvo la Sociedad de las Naciones en materia de Sanidad Internacional, reconociéndole entre otras cosas, el mérito de señalar por -- primera vez, la importancia de coordinar las acciones de la medicina preventiva con las de agricultura, higiene industrial, economía general y especialmente en el problema de la nutrición.

Para tal motivo la Sociedad de las Naciones, propuso crear una Organización de Sanidad Internacional Permanente, la que estuvo formada por un Comité Ejecutivo, una Oficina de Higiene Internacional y la Oficina de Higiene Pública en París.

El Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, no sólo se interesó por estimular la rápida denuncia de las enfermedades pestilenciales entre los países, sino que además se preocupó por crear medios de ayuda para que los países poco desarrollados pudieran detener la propagación de los focos infecciosos. En múltiples ocasiones enviaron expertos para aconsejar a los gobiernos, sobre técnica de control de las enfermedades infecciosas.

Tanto la Organización de Higiene como la Oficina de París, dedicaron especial atención al control del opio y de las drogas que producen acostumbramiento.

La Organización de Higiene facilitó, mediante viajes de estudios, la educación sanitaria del personal de salud pública de varios países. Brindaba oportunidades para mejorar los conocimientos y adquirir experiencia en higiene materno infantil, administración sanitaria, higiene escolar, higiene de la leche, estadística vital, higiene rural, administración hospitalaria, etcétera. Dedicó también atención a los estudios postgraduados de salud pública, colaborando en la realización de varias conferencias de directores de escuelas e institutos de higiene en Europa. Esta Organización trabajó en colaboración con múltiples instituciones entre las cuales deben citarse la Fundación Rockefeller, y la Oficina Internacional del Trabajo que fuera creada -- luego de la Primera Guerra Mundial.

A partir del año 1936, la influencia y el prestigio de la Sociedad de las Naciones comenzó a declinar y por tanto su labor sanitaria internacional sufrió las consecuencias disminuyendo paulatinamente. La escasez del personal, las dificultades para efectuar reuniones impuestas por la guerra, limitaron considerablemente la acción, a pesar de que algunas actividades se continuaron realizando hasta el año 1944.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial, actuaban en el campo de la sanidad internacional los siguientes organismos: La Oficina Internacional de Higiene Pública de París, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA) y las Oficinas Sanitarias de Alejandría y Singapur.

En abril-junio de 1945 en la Conferencia de San Francisco, se firmaba la Carta de las Naciones Unidas, que consagraba las declaraciones de Moscú y de Dumbourton Oaks.

En la mencionada conferencia, a propuesta de los Dres. G.H. de Paula, - delegado del Brasil y S. Sze delegado de China, se aceptó incluir la salud - como actividad de las Naciones Unidas y recalcaron que la organización futura que se encargara de ello, debiera estar en relación con el Consejo Económico y Social de la mencionada institución.

Hemos trazado a grandes rasgos la actividad que tuvo la Sociedad de las Naciones en el campo de la Sanidad Internacional, que evidentemente ha dejado a las generaciones futuras un saldo favorable, ya que pudo lograr objetivos importantes, atrayendo a su seno a las personalidades científicas más valiosas de la época, canalizando su acción en beneficio de la salud colectiva.

La Carta de las Naciones Unidas, previó una coordinación y procuró que se evitara la duplicidad de esfuerzos en el campo sanitario, en el que violentamente florecen las más variadas necesidades y problemas.

Al mismo tiempo reorganizó la cooperación internacional en materia de salud, sobre bases permanentes.

El Consejo Económico y Social, en febrero de 1946, designó un Comité -- Técnico Preparatorio, compuesto de 16 expertos sanitarios representantes de 16 países, que deberían reunirse en París en marzo del mismo año, dispuso -- que se celebrara una Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York.

El Comité Técnico Preparatorio se reunió en París del 18 de marzo al 5 de abril de 1946, con el objeto de elaborar el proyecto de Constitución de la futura Organización Mundial de la Salud.

En el período del 19 de junio al 22 de julio de 1946, se realizó en Nueva York la Conferencia Mundial de la Salud. A esta Conferencia, de gran importancia en la historia de la Sanidad Internacional por sus proyecciones a futuro, asistieron delegados de 51 países miembros de las Naciones Unidas y de diversas instituciones sanitarias internacionales.

Durante el período que duró la Conferencia se discutió ampliamente el Proyecto de Constitución, elaborado por el Comité Técnico Preparatorio. Se debatió mucho en torno al nombre de la nueva organización, objetivos, funciones de los miembros de la futura organización, de la Asamblea y sus cometidos del Consejo Ejecutivo, de la Secretaría y sus funciones de la sede, de los acuerdos con las otras organizaciones sanitarias preexistentes y en particular con la Oficina Sanitaria Panamericana.

Al término de la Conferencia, en la sesión de clausura, se firmó el Acta final de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En la misma Conferencia se decidió establecer una Comisión Interina.

La Comisión Interina designada, tenía el encargo de preparar la estructura de la futura Organización Mundial de la Salud.

Por primera vez en la historia se creaba un organismo sanitario internacional dotado de tales poderes como para abordar los diversos factores que afectan la salud humana en todas las regiones del mundo.

En la nueva Organización Mundial de la Salud se unificaba la acción sanitaria de la UNRRA, de la oficina internacional de Higiene Pública de París, de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y se trataba de obtener la estrecha colaboración de otras instituciones como la Oficina Sanitaria Panamericana, que pasó a ser un organismo regional especializado de la citada Organización.

## II. CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, puede considerarse como una conquista capital de la humanidad en su lucha por la dignidad y los derechos del hombre.

"El 7 de abril de 1948 la Constitución entró en vigor al ser ratificada por 26 miembros. El acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas fue aprobado por la Asamblea general de la ONU el 15 de noviembre de 1947 y entró en vigor el 10 de julio de 1948, con su aprobación por la Primera Asamblea Mundial de la Salud. Desde esa última fecha la OMS es un organismo especializado de las Naciones Unidas".<sup>1</sup>

Los Estados partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo transmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental, la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

## III. ORGANOS

El Artículo 9 de la Constitución señala como órganos:

a) La Asamblea Mundial de la Salud (llamada en adelante la Asamblea de la Salud),

b) El Consejo Ejecutivo (llamado en adelante el Consejo) y;

c) La Secretaría.

Pero hay que tener en cuenta que la Organización también realiza sus trabajos a través de otros órganos previstos ya en la Constitución:

d) Los Comités;

e) Las Conferencias y las;

f) Organizaciones Regionales.

1. MODESTO SEARA VAZQUEZ, *Tratado General de la Organización Internacional*, Fondo de Cultura Económica, México 1974, pág. 517

La Asamblea Mundial de la Salud. Está compuesta por las delegaciones de los países miembros. Cada país puede enviar hasta tres delegados "elegidos" entre las personas más capacitadas por su competencia técnica en el campo de la salubridad, y representando de preferencia, la administración nacional de salubridad del miembro". Cada delegación podrá ir acompañada por los suplentes y por los asesores que crea convenientes. Uno de los delegados será designado presidente de la delegación nacional. La Asamblea de la Salud puede celebrar dos clases de sesiones: ordinarias, que tienen lugar anualmente, 2 y extraordinarias, convocadas cuando sea necesario, a petición del Consejo o de la mayoría de los miembros. La fecha de ambas será fijada, en cada caso por el Consejo, previa consulta con el Secretario de las Naciones Unidas.

Sus funciones principales son: a) Elaborar la política general de la Organización. b) Nombrar los miembros que tengan derecho a designar una persona para el Consejo y al Director general, a propuesta del Consejo c) Recibir informes del Consejo y del Director general, y dictaminar acerca de ellos. d) Dar instrucciones al Consejo sobre las actividades que deba realizar, e) Establecer comités u otras instituciones necesarias para el trabajo de la Organización. f) Ejercer la competencia presupuestaria, que implica la adopción del presupuesto y la aprobación de la política financiera de la Organización. g) Invitar a todo tipo de organizaciones para que envíen representantes, sin voto, a las reuniones de cualesquiera órganos de la O.S. h) Informar a los órganos de las Naciones Unidas sobre la aplicación dada a las recomendaciones por ellos emitidas en materias relativas a la salubridad. i) Realizar investigaciones, independientemente o en colaboración con organizaciones o estados miembros. j) Adoptar convenciones o acuerdos sobre cualquier materia dentro de la competencia de la Organización. k) Adoptar reglamentos respecto a: procedimientos destinados a impedir la propagación de enfermedades en el ámbito internacional, nomenclaturas de enfermedades, causas de muerte y práctica de salubridad pública, sobre uniformidad de procedimientos de diagnóstico, uniformidad de normas respecto a "seguridad, pureza y potencia de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional", propaganda y rotulación de productos biológicos, farmacéuticos y similares de comercio internacional". l) Una competencia general, que implica la posibilidad de emprender cualquier acción necesaria para la realización de los fines de la Organización. m) Aunque también se refiere a las funciones de la Asamblea de la Salud, aparece en un Artículo separada la atribución a ese órgano de la facultad de "hacer recomendaciones a los miembros respecto a cualquier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización".<sup>3</sup>

*2. La 3A. Asamblea había considerado ciertas reformas a la Constitución, con el fin de convertir en bianuales sus reuniones anuales. Los proyectos de reforma, presentados por los países escandinavos y basados en razones financieras, fueron desechados indefinidamente por la 12a. Asamblea, que consideró que en la fase actual de desarrollo de la Organización no procede cambiar la periodicidad de las Reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud.*

*3. Constitución de la OMS., Artículos del 18 al 23.*

La Asamblea de la Salud adoptó su propio reglamento interno en julio de 1948. Al comienzo de cada período de sesiones elige su presidente y demás funcionarios. En cada sesión designará el país o región en que deba celebrarse la siguiente Asamblea, cuyo lugar preciso será decidido por el Consejo. Las decisiones las adopta por mayoría simple, excepto respecto a ciertos asuntos importantes, en que las tomará por mayoría de dos tercios de los miembros presentes y votantes.

Como asuntos importantes la Constitución señala, en su Artículo 60: "la aprobación de acuerdos que vinculan a la Organización de las Naciones Unidas y organizaciones y organismos intergubernamentales", las reformas a la Constitución y "la determinación de categorías adicionales de asuntos que deben resolverse por mayoría de dos tercios".

Adoptada una convención o un acuerdo por la Asamblea, los miembros de la Organización pueden hacer dos cosas: aceptarla, de acuerdo con sus procedimientos constitucionales, en cuyo caso deberán presentar al Director General informes anuales respecto a las medidas tomadas para aplicar esas convenciones o esos acuerdos señalando los progresos realizados en materia de salubridad, o no aceptar la convención o el acuerdo en el plazo fijado y entonces deben explicar las razones que han tenido para actuar así.

El Consejo Ejecutivo. Es un órgano técnico cuyos miembros no representan a sus respectivos gobiernos. Está compuesto por 24 personas designadas por otros tantos estados miembros, las cuales son elegidas por la Asamblea, teniendo en cuenta un criterio de distribución geográfica equitativa y para un período de tres años, pudiendo ser reelectas. La persona designada por cada uno de los miembros deberá reunir cierta capacidad técnica en materia de salubridad y podrá ser acompañada de suplentes y asesores. "Sus funciones son: las de actuar como órgano ejecutivo de la Asamblea de la Salud y en la forma que ésta le señale; asesorar y presentar propuestas a la Asamblea de la Salud a petición de ella o por propia iniciativa; elaborar el programa de trabajo de la Asamblea de la Salud; someter a este órgano a planes de trabajo para un período determinado; tomar las medidas que requieran acción inmediata de conformidad con las funciones y recursos financieros de la Organización", como las de "autorizar al Director General para tomar las medidas necesarias para combatir epidemias, participar en la organización de socorro sanitario para las víctimas de calamidades y emprender estudios e investigaciones, cuya urgencia haya sido llevada a la atención del Consejo por cualquier miembro o Director General"; en fin, ejercer las funciones delegadas por la Asamblea de la Salud, en su nombre y representación".<sup>4</sup>

El Consejo adopta su propio reglamento interno y elige como presidente a uno de sus miembros.

Debe celebrar un mínimo de dos sesiones anuales, en el lugar que él mismo determine.

La Secretaría. Es el órgano administrativo y técnico de la Organización. Esta compuesto por el Director General y el personal de la Secretaría. El Director General nombrado por la Asamblea de la Salud a propuesta del Consejo,



de acuerdo con las condiciones que la Asamblea fije; es, bajo la autoridad -- del Consejo, el Principal funcionario técnico y administrativo, A él corresponde ser secretario ex officio de los diversos órganos de la Organización, pudiendo nombrar cuando lo desee, un suplente; tiene acceso directo a las diversas dependencias, en especial las relacionadas con las materias objeto de la Organización, de los estados miembros, y de acuerdo con el procedimiento que con ellos determine. Otras de sus funciones son las de establecer relaciones con organizaciones internacionales que realicen actividades similares, informar a las oficinas regionales de los asuntos objeto de su competencia, preparar y presentar anualmente al Consejo balances y proyectos de presupuesto y nombrar al personal de la Secretaría, ajustándose a las normas fijadas por la Asamblea de la Salud y el reglamento del personal.

El personal de la Secretaría es nombrado, como hemos señalado por el Director general, quien debe tener en cuenta, en primer lugar, la necesidad de asegurar la eficiencia, integridad y carácter internacionalmente representativo de la Secretaría y, en segundo lugar a asegurar "la más amplia representación geográfica posible".

Las condiciones en que se encuentre el personal de la Secretaría deben ser lo más similar que se pueda a las de las otras organizaciones de las Naciones Unidas.

Como en todos los organismos especializados, el Director general y el personal de la Secretaría tienen el carácter de funcionarios internacionales, no pudiendo solicitar ni recibir instrucciones sino de la Organización; tampoco pueden dedicarse a actividades incompatibles con su calidad de funcionarios internacionales.

Los Comités. Son establecidos por el Consejo a petición de la Asamblea de la Salud, a iniciativa propia o a petición del Director general, para la realización de actividades que corresponden a la Organización. El Consejo decidirá "periódicamente y por lo menos anualmente", acerca de la conveniencia de mantener cada comité en funciones.

Las Conferencias. La Asamblea de la Salud o el Consejo pueden convocar conferencias de todo tipo para el estudio de asuntos que caen bajo la competencia de la Organización. En tales conferencias pueden permitir la participación, si lo consideran oportuno y en las condiciones que fijen las organizaciones internacionales o, con el consentimiento de los gobiernos interesados, organizaciones nacionales, gubernamentales o no gubernamentales.

Las Organizaciones Regionales. Periódicamente, la Asamblea de la Salud podrá determinar en qué regiones geográficas es conveniente crear una organización regional, y las establecerá si la mayoría de los miembros situados en esa región lo creen conveniente. Las organizaciones regionales están compuestas por los Comités regionales y las oficinas regionales. 6 Los Comités regionales los forman representantes de los estados miembros y asociados de dicha región y por medio de ellos la Organización realiza su política en la zona geográfica de que se trate. Las Oficinas regionales son el órgano administrativo de los Comités y se encuentran encabezadas por un Director, nombrado por el Consejo de acuerdo con el Comité regional. Se han creado, hasta ahora,

5. La Constitución habla de Conferencias locales, generales, técnicas u otras de índole especial

6. Constitución de la OMS Artículo 44.

seis Organizaciones regionales, cuyas oficinas se encuentran en: Nueva Delhi, para el sudeste asiático; Alejandría, para el Mediterráneo oriental; Manila, para el Pacífico occidental; Washington, para las Américas, bajo el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana; Brazzaville para Africa; Copenhague, para Europa.

#### IV. FINALIDAD

En el Artículo 1º se señala como finalidad "alcanzar para todo los pueblos el grado más alto posible de salud".

Para alcanzar esta finalidad la Organización Mundial de la Salud actúa - como autoridad directora y coordinadora internacional en materia de salud, facilitando ayuda técnica, asistiendo a los gobiernos para mejorar su servicios médicos, proponiendo convenciones en materia de su competencia, etcétera.

#### V. FUNCIONES

El Artículo 2, que abarca la totalidad del capítulo II de la Constitución, es el destinado a expresar las funciones de la Organización entre las que podemos destacar las siguientes: a) Dirigir y coordinar lo relativo a la sanidad internacional. b) Facilitar asistencia técnica, como se la soliciten. c) Establecer y mantener servicios administrativos técnicos, cuando sean necesarios, incluidos los epidemiológicos y de estadística. d) Combatir las enfermedades epidémicas. e) Promover la prevención de accidentes. f) Promover el mejoramiento de la higiene del medio y de la nutrición g) promover la celebración de reuniones internacionales y la conclusión de acuerdos en materias relativas a la salud. h) Establecer o revisar la nomenclatura internacional de enfermedades - causas de muerte y prácticas de salubridad pública. i) Desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares. j) Tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización.

En este último párrafo, se otorga a la Organización una competencia sumamente amplia en materia de salubridad.

Pero para conocer su ámbito de actuación hay que referirse también al acuerdo de vinculación con la Organización de Naciones Unidas en el que se establecen normas respecto a la asistencia que debe presentar al Consejo de Seguridad y al Consejo de Administración Fiduciaria, delimita el régimen de sus relaciones con la Corte Internacional de Justicia, se le atribuyen tareas en materia de información estadística etcétera.

#### VI. MIEMBROS

Se establece la siguiente clasificación:

"a) Miembros originarios, son aquellos que habiendo participado en la Conferencia de Nueva York, ratificaron la Constitución.. b) Miembros invitados, - son los que fueron invitados a enviar observadores a la Conferencia de Nueva York y firmaron o aceptaron de acuerdo con las disposiciones del capítulo XIX

de la Constitución, siempre que tal aceptación hubiere tenido lugar antes de la I Asamblea Mundial de la Salud. c) Miembros admitidos, hay una diferencia entre los miembros de las Naciones Unidas y los que no lo son; los primeros pueden entrar en la OMS "firmando o aceptando en otra forma" la Constitución, "de conformidad con las disposiciones del Capítulo XIX, y de acuerdo con sus respectivos procedimientos constitucionales."

Los demás estados, que no sean miembros de la ONU, pueden entrar en la Organización presentando su solicitud de ingreso, que es sometida a la Asamblea de la Salud para que ésta decida, por simple mayoría de votos, si acepta o no al solicitante. d) Miembros asociados. Los territorios no autónomos podrán ser admitidos como miembros asociados por la Asamblea de la Salud, mediante solicitud de ingreso presentada por la autoridad encargada de sus relaciones internacionales. Estarán presentados por personas elegidas teniendo en cuenta: a) su competencia en materia de salubridad; b) que formen parte de la población nativa del territorio en cuestión. Los derechos y obligaciones de los miembros asociados son fijados, de acuerdo con la Constitución, por la Asamblea de la Salud".<sup>7</sup>

#### VII ACUERDOS CON OTRAS ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

Es muy común observar, cómo en todos los países, al lado de las instituciones que en forma fundamental se ocupan del cuidado de la salud colectiva, existen otras que lo hacen también, accesoriamente y en pequeña escala; en determinados sectores de la actividad. La colaboración y coordinación entre ellos, son de grado variable siendo frecuentes las interferencias y duplicaciones innecesarias de funciones.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, es el encargado de hacer recomendaciones sobre coordinación de funciones en las Naciones Unidas y sus organismos especializados en el campo económico, social y acuerdos entre ellos, para facilitar su acción conjunta.

El Artículo 70 de la Constitución de la OMS estatuye; "La Organización establecerá relaciones efectivas y cooperará estrechamente con otras organizaciones intergubernamentales cuando lo juzgue conveniente. Todo acuerdo formal que se concerte con tales organizaciones están sujetos al voto de aprobación, de las dos terceras partes de la Asamblea de la Salud".

La Organización Mundial de la Salud ha suscrito acuerdos formales con las siguientes intituiciones:

- A) Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- B) Organización de las Naciones Unidas (ONU)
- C) Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- D) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y alimentación (FAO)
- E) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la Cultura (UNESCO)
- F) Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)

7. MODESTO SEARA VAZQUEZ, op. cit. pág. 518

En primer término, nos ocuparemos de describir el acuerdo celebrado con la Organización Sanitaria internacional en América.

A) Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Hecho y firmado en Washington, D.C., el día 24 de mayo de 1949.

De acuerdo con lo previsto en el capítulo XI, Artículo 54 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que dispone: "La Organización Sanitaria Panamericana", es representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas y todas las demás organizaciones intergubernamentales regionales, de salubridad que existen antes de la fecha en que se firme esta Constitución, serán integradas a su debido tiempo en la Organización Mundial de la Salud. La integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas.

Atendiendo a lo dispuesto en el párrafo, anterior, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han convenido en celebrar el presente Acuerdo:

Los Estados y Territorios del Hemisferio Occidental forman la zona geográfica de una organización regional de la Organización Mundial de la Salud.

La Conferencia Sanitaria Panamericana, por intermedio del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana servirán, respectivamente, como el Comité Regional y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental. Siguiendo la tradición, ambos organismos mantendrán sus nombres respectivos, a los cuales se agregará "Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud" y la "Oficina Mundial de la Salud" respectivamente.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asumirá, con su acción a las disposiciones del Artículo 2, el cargo de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 51 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el Director General de la OMS, recibirá del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana información completa sobre la administración y funcionamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana como Oficina Regional para el Hemisferio Occidental.

Una proporción suficiente del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud será destinada al trabajo regional.

Los proyectos anuales de presupuesto para los gastos de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Oficina Regional para el Hemisferio Occidental, serán preparados por el Director regional y sometido al Director general para su consideración en la preparación de los proyectos anuales de presupuesto de la Organización Mundial de la Salud.

Para que el presente acuerdo entrara en vigor, fue necesario que catorce de las Repúblicas Americanas depositaran sus instrumentos de Aceptación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud..

B) Acuerdo entre las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

*8. Denominada actualmente Organización Panamericana de la Salud por decisión de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, septiembre-octubre 1958.*

El Artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas dispone que los organismos especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales y que tengan amplias atribuciones internacionales, definidas en sus estatutos, relativas a materias de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario y otras conexas, serán vinculados con las Naciones Unidas.

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

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

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

A continuación examinaremos los fundamentos de dicho Acuerdo, con el objeto que nos sirva de base, para el estudio de los demás acuerdos, toda vez que todos ellos se celebran con las mismas formalidades:

I. Representación recíproca. Consiste en que ambas Organizaciones serán invitadas respectivamente a enviar a sus representantes a las sesiones donde se discutan cuestiones comprendidas en el campo de sus actividades, y participar, sin voto, en sus debates.

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

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

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

V. Información pública. Con respecto a las funciones de la Organización Mundial de la Salud, definidas en los párrafos q) y r) del Artículo 2 de su --

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

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

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

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

IX. Relaciones con la Corte Internacional de Justicia: 1. La Organización Mundial de la Salud conviene en suministrar las informaciones que le sean pedidas por la Corte Internacional de Justicia, en virtud del Artículo 34 del Estatuto de la Corte. 2. La Asamblea General autoriza a la Organización Mundial de la Salud a pedir dictámenes a la Corte Internacional de Justicia sobre las cuestiones jurídicas que surjan dentro del campo de sus actividades, salvo las que se refieran a las relaciones recíprocas entre la Organización y las Naciones Unidas u otros organismos especializados. 3. Tal petición podrá ser dirigida a la Corte por la Asamblea de la Salud o por el Consejo Ejecutivo en virtud de una autorización de la Asamblea de la Salud o por el Consejo Ejecutivo en virtud de una autorización de la Asamblea de la Salud.

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

XI. Disposiciones concernientes al personal. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud reconocen que el futuro desarrollo de una administración pública internacional unificada es conveniente desde el punto de vista de una eficaz coordinación administrativa, y a este fin conviene en colaborar en cuanto sea posible en el establecimiento de reglas comunes relativas a los métodos y a las disposiciones destinadas a evitar graves desigualdades en los términos y condiciones de empleo, rivalidad en la contratación del personal, y en facilitar el intercambio de miembros del personal a fin de obtener el mayor beneficio posible de sus servicios.

XII. Servicios de estadística. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen en cooperar estrechamente a fin de evitar toda duplicación superflua y de utilizar con la mayor eficacia su personal técnico en sus respectivas actividades encaminadas a la compilación, el análisis, la publicación y la difusión de datos estadísticos. Convienen además en aunar sus esfuerzos a fin de asegurar la mayor utilidad y el mejor empleo de sus informaciones estadísticas y de reducir los gastos de los Gobiernos nacionales y de las demás organizaciones de que procedan tales informaciones.

XIII. Servicios Administrativos y Técnicos. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud reconocen que, a fin de unificar los métodos administrativos y técnicos y de obtener el mejor empleo posible del personal y de los recursos, conviene evitar, en cuanto sea factible, el establecimiento y funcionamiento de servicios que compitan entre sí o dupliquen sus actividades entre las Naciones Unidas y los organismos especializados.

XIV. Disposiciones presupuestarias y financieras. La Organización Mundial de la Salud reconoce la conveniencia de establecer estrechas relaciones presupuestarias y financieras con las Naciones Unidas a fin de que las operaciones administrativas de las Naciones Unidas y de los organismos especializados se realicen de la manera más eficaz y económica posible y de lograr la mayor coordinación y uniformidad respecto a tales operaciones.

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud convienen en cooperar, en todo lo posible, a la realización de estos objetivos y, especialmente, en consultarse respecto a la conveniencia de incluir el presupuesto de la Organización en un presupuesto general de las Naciones Unidas.

XV. Financiamiento de los servicios especiales: 1. En caso de verse la Organización Mundial de la Salud en la necesidad de incurrir en gastos suplementarios importantes, como consecuencia de solicitudes de informes, estudios o asistencia especiales, formuladas por las Naciones Unidas, se celebrarán consultas a fin de determinar el modo de repartir dichos gastos de la manera más equitativa. 2. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud celebrarán consultas a fin de adoptar todas las disposiciones equitativas para hacer frente al costo de las instalaciones o de los servicios administrativos, técnicos o fiscales, o de otra asistencia especial suministrada por las Naciones Unidas en la medida en que se aplique a la Organización Mundial de la Salud.

XVI. Laissez-passer. 9 Los funcionarios de la Organización Mundial de la Salud tendrán derecho a utilizar laissez-passer de las Naciones Unidas de conformidad con los acuerdos especiales que concluyan el Secretario General de las Naciones Unidas y el Director General de la Organización Mundial de la Salud.

XVII. Acuerdos entre los Organismos. La Organización Mundial de la Salud conviene en informar al Consejo acerca de la naturaleza y alcance de cualquier otro organismo especializado, organización intergubernamental y organización no gubernamental, y en informar al Consejo de la negociación de tales acuerdos, antes de concluirlos.

XVIII. Enlace. Convencidas de que las disposiciones precedentes contribuirán a mantener un enlace efectivo entre ambas organizaciones, las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud las aceptan de común acuerdo y afirman su intención de adoptar cualesquiera otras medidas que puedan ser necesarias para lograr la plena efectividad de este enlace.

9. LAISSEZ-PASSER, (palabra escrita en francés que significa dejar pasar).

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

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

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

C) Acuerdo entre la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Internacional del trabajo y la Organización Mundial de la Salud, con el fin de facilitar la realización efectiva de los objetivos expuestos en sus respectivas Constituciones, dentro de la estructura general establecida por la Carta de las Naciones Unidas, convienen en actuar en estrecha colaboración y en consultarse sobre los asuntos de interés común.

En el presente acuerdo rigen las mismas disposiciones que en el anterior. Sin embargo, se citarán para la mejor comprensión del presente acuerdo.

I. Representación recíproca.

II. Comisiones Mixtas OIT/OMS. Siempre que lo estime conveniente la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud - Podrán someter a una comisión mixta asuntos de interés común.

Toda comisión mixta se compondrá de representantes de cada Organización. El número de representantes que corresponda designar a cada una será fijada de común acuerdo.

Se invitará a las Naciones Unidas a designar un representante para que asista a las reuniones de cada comisión mixta; si lo estima conveniente, la comisión podrá invitar también a otros organismos especializados a que envíen representantes a sus reuniones.

Los informes de las comisiones mixtas se comunicarán al Director General de cada Organización para que los someta al órgano u órganos competentes de su propia Organización; se le proporcionará al Secretario General de las Naciones Unidas un ejemplar de los informes de las comisiones para información del Consejo Económico y social.

Toda comisión establecerá su propio reglamento.

III. Intercambio de información y de documentos.

IV. Disposiciones sobre personal.

V. Servicios de estadística.

VI. Financiamiento de servicios especiales.

VII. Aplicación del Acuerdo.

VIII. Notificación a las Naciones Unidas y registro. I. En cumplimiento de sus respectivos acuerdos con las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud informarán inmediatamente al Consejo Económico y Social de las disposiciones del presente Acuerdo.

2. Al entrar en vigor de conformidad con lo dispuesto en el Artículo XI, el presente Acuerdo será transmitido al Secretario General de las Naciones Unidas para que lo registre y archive, en cumplimiento del Artículo 10 del Reglamento aprobado por la Asamblea General el 14 de diciembre de 1946 para



dar aplicación al Artículo 102 de la Carta de las Naciones.

IX. Revisión y rescisión. El presente Acuerdo podrá ser revisado por mutuo consenso entre la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud y será objeto de revisión a los tres años como máximo de su entrada en vigor.

X. Entrada en Vigor. El presente Acuerdo, entrará en vigor una vez aprobado por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo y por la Asamblea Mundial de la Salud.

D) Acuerdo entre la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud, con el fin de facilitar la realización efectiva de los objetivos expuestos en sus respectivas Constituciones, dentro de la estructura general establecida por la Carta de las Naciones Unidas, convienen en actuar en estrecha colaboración y en consultarse, cuando sea procedente, sobre los autos de interés común.

En este acuerdo también rigen las mismas disposiciones que en los anteriores, pero citaremos aquellas en donde cambie el contenido.

#### I. Representación recíproca.

II. Comisiones Mixtas FAO/OMS. 1. Siempre que lo estimen conveniente, la FAO y la OMS podrá someter a una comisión mixta asuntos de interés común. 2.- Toda comisión se compondrá de representantes de ambas organizaciones. El número de representantes que corresponda designar a cada una será fijado de común acuerdo. 3. Se invitará a representantes de las Naciones Unidas y de otros organismos especializados de las Naciones Unidas a asistir a las reuniones de las comisiones mixtas y a participar sin voto en sus deliberaciones. 4. Los informes de las comisiones mixtas se comunicarán al Director General de cada Organización para que los someta al órgano y órganos competentes de su propia Organización. 5. Toda comisión mixta establecerá su propio reglamento. 6. Los directores generales de ambas organizaciones nombrarán a sus representantes para que las comisiones mixtas dispongan de los servicios administrativos necesarios.

III. Misiones mixtas FAO/OMS. La FAO y la OMS podrá establecer misiones con arreglo a disposiciones y normas análogas a las enunciadas en el Artículo II.

#### IV. Intercambio de Información y documentos.

V. Comités Intersecretarías. Si los consideran conveniente, los directores generales de ambas organizaciones o sus representantes podrán establecer de común acuerdo comités intersecretarías para facilitar la colaboración en determinados programas de trabajo o actividades en proyecto en que ambas organizaciones estén mutuamente interesadas.

#### VI. Disposiciones sobre el personal.

#### VII. Servicios de estadísticas.

#### VIII. Financiamiento de servicios especiales.

IX. Oficinas regionales y auxiliares. La FAO y la OMS convienen en tener se recíprocamente al corriente de sus proyectos sobre la creación y el traslado de sus oficinas regionales y auxiliares, y en consultarse con objeto de concertar, cuando sea posible, acuerdos que regulen su colaboración en cuestiones de locales, personal y servicios comunes.

X. Aplicación del acuerdo

XI. Notificación a las Naciones Unidas y registro.

XII. Revisión.

XIII. Entrada en vigor. El presente Acuerdo entrará en vigor una vez a probado por la conferencia de la FAO y por la Asamblea Mundial de la Salud.

E) Acuerdo entre la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, con el fin de facilitar la realización efectiva de los objetivos expuestos en sus respectivas Constituciones, dentro de la estructura general establecida por la Carta de las Naciones Unidas, convienen en actuar en estrecha colaboración y en consultarse, cuando sea procedente, sobre los asuntos de interés común.

En particular la UNESCO reconoce que incumbe en primer lugar a la OMS el fomento de la investigación, de la enseñanza y de la organización, de la enseñanza y de la organización científica en cuestiones sanitarias y médicas sin perjuicio del derecho de la UNESCO de interesarse en las relaciones que existen entre las ciencias puras y las ciencias aplicadas en todas las esferas, inclusive en lo que se refiere a las ciencias fundamentales de la salud.

En caso de duda sobre el reparto de competencias entre ambas organizaciones respecto de una actividad proyectada o de un programa de trabajo, la organización que tome la iniciativa de esa actividad o de ese programa consultará con la otra parte resolver la cuestión de mutuo acuerdo, remitiéndola a una comisión competente o por cualquier otro medio.

Rigen en el presente acuerdo las mismas disposiciones que en los anteriores.

I. Representación Recíproca

II. Comisiones Mixtas UNESCO/OMS

III. Intercambio de información y de documentos

IV. Disposiciones sobre personal

V. Servicios de estadística

VI. Financiamiento de servicios especiales

VII. Oficinas regionales y auxiliares

VIII. Aplicación del acuerdo

IX. Notificación a las Naciones Unidas y registro

X. Revisión

XI. Entrada en vigor. El presente acuerdo entrará en vigor una vez aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud y por el Consejo Ejecutivo de la UNESCO.

F) Acuerdo entre el Organismo Internacional de Energía Atómica y la Organización Mundial de la Salud.

El Organismo Internacional de Energía Atómica y la Organización Mundial de la Salud, con el fin de facilitar la realización efectiva de los objetos expuestos en sus respectivos instrumentos constitutivos, dentro de la estructura general establecida por la Carta de las Naciones Unidas, convienen en actuar en estrecha colaboración y en consultarse regularmente sobre los asuntos de interés común.

En especial, y de conformidad con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, con el Estatuto del Organismo Internacional de Energía Atómica, con el Acuerdo de Relaciones concertado por éste con las Naciones Unidas y

con la correspondencia cruzada a propósito de dicho Acuerdo, y teniendo en cuenta las respectivas funciones coordinadoras de ambas organizaciones, la Organización Mundial de la Salud reconoce que incumbe en primer lugar al Organismo Internacional de Energía Atómica el fomentar, facilitar y coordinar la investigación, el desarrollo y la aplicación práctica de la energía atómica con fines pacíficos en el mundo entero, sin perjuicio del derecho de la Organización Mundial de la Salud a fomentar, estimular, facilitar y coordinar en todos sus aspectos la labor sanitaria internacional, con inclusión de la investigación científica.

Siempre que cualquiera de ambas organizaciones tenga el propósito de iniciar un programa o actividad relativos a una materia en que la otra organización esté o pueda estar fundamentalmente interesada, la primera consultará a la segunda a fin de resolver la cuestión de común acuerdo.

Las disposiciones que rigen en este acuerdo son las siguientes:

- I. Representación recíproca.
  - II. Intercambio de información y de documentos
  - III. Colaboración administrativa y técnica
  - IV. Servicios de Estadística
  - V. Financiamiento de servicios especiales
  - VI. Oficinas regionales y auxiliares
  - VII. Aplicación del acuerdo
  - VIII. Notificación a las Naciones Unidas, depósito y registro
  - IX. Revisión o denuncia del acuerdo. Podrá ser revisado por mutuo acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Organismo Internacional de Energía Atómica a petición de cualquiera de las partes.
- Si no se llega a un acuerdo acerca de la revisión, el presente Acuerdo, no podrá ser denunciado por cualquiera de las partes mediante notificación dirigida a la otra en fecha no posterior al 30 de Junio de cualquier año y dejará de surtir efecto el 31 de Diciembre del mismo año.
- X. Entrada en vigor. El presente Acuerdo entrará en vigor una vez aprobada por la Conferencia General del Organismo Internacional de Energía Atómica y por la Asamblea Mundial de la salud.

#### VIII. SITUACION FINANCIERA

En la gestión financiera se aplicará el Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud. 10 A continuación nos permitimos describir algunas de sus disposiciones:

- I. El ejercicio Financiero. Se entenderá el período comprendido entre el 1° de Enero y el 31 de Diciembre de cada año.
- II. Presupuesto. Corresponde al Director General preparar anualmente un proyecto de presupuesto, el cual consiste en lo siguiente:
  - a) Las provisiones de ese proyecto anual se extenderán a los ingresos y los gastos del ejercicio correspondiente, expresados en dólares de los Estados Unidos.

10. *Reglamento Financiero de la Organización Mundial de la Salud, Documentos Básicos de la OMS., págs. 71 y siguientes.*

b) El proyecto anual de presupuesto estará dividido en partes, secciones y capítulos, e irá acompañado de cuantos anexos informativos y notas aclaratorias pida o haga pedir la Asamblea de la Salud y de los que el Director General estime necesario y útil añadir.

c) El Director General someterá el proyecto de presupuesto anual a la consideración del Consejo Ejecutivo cuando menos doce semanas antes de inaugurarse la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud y antes de la correspondiente reunión del Consejo. Al propio tiempo el Director General comunicará el proyecto de presupuesto a todos los Miembros.

d) El Consejo Ejecutivo informará a la Asamblea de la Salud sobre el proyecto de presupuesto anual del Director General, que presentan con su propio informe a la Asamblea de la Salud.

e) El Director General comunicará a todos los Miembros el proyecto de presupuesto anual y el informe del Consejo Ejecutivo, por lo menos cinco semanas antes de inaugurarse la reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud.

f) La Asamblea de la Salud aprobará el presupuesto para el siguiente ejercicio después de haberlo pasado a examen e informe de su correspondiente comisión principal.

g) En caso necesario el Director General podrá presentar al Consejo Ejecutivo proyecto de presupuesto suplementario para aumentar los créditos previamente aprobados por la Asamblea de la Salud. Tales propuestas deberán hacerse con sujeción a las mismas normas y procedimientos establecidos para el proyecto de presupuesto anual.

III. Asignaciones. Las asignaciones votadas por la Asamblea de la Salud autorizan al Director General para contraer las obligaciones y efectuar los pagos propios del destino que hayan recibido los créditos aprobados y sin rebasar la cuantía de los mismos. Se podrá disponer de las asignaciones para el pago de obligaciones pertinentes durante todo el ejercicio financiero a que correspondan. El Director General queda autorizado para atender con cargo a los créditos asignados al ejercicio:

a) Los gastos, incluso de transporte, correspondientes a los suministros y equipos que se destinen a la ejecución del programa y que hayan sido objeto de contrato con anterioridad al 31 de Diciembre del ejercicio financiero;

b) El costo de las publicaciones cuyos originales completos hayan sido enviados al impresor y recibidos por éste con anterioridad al 31 de Diciembre del ejercicio financiero;

c) Todos los gastos resultantes de la contratación de consultores por corto plazo aun cuando los contratos de éstos no hayan expirado al cerrarse el ejercicio financiero;

d) El costo total aproximado de cada beca.

Atendiendo a esos pagos, se deberá devolver el remanente en caja.

IV. Provisión de fondos. Se cubrirán las asignaciones con las contribuciones señaladas a los Estados Miembros de acuerdo con la escala que fije la Asamblea de la Salud. Mientras no se ingrese el importe de esas contribuciones, podrá emplearse al efecto los recursos del Fondo de Operación.

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

- a) Los suplementos de créditos para los que en ejercicios anteriores no se haya hecho asignación de contribuciones a los Estados Miembros;
- b) Los ingresos varios cuyo importe no se haya contabilizado y los ajustes que proceda hacer en las previsiones de los ingresos varios que se hubieran contabilizado anticipadamente.

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

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

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

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

El Director General queda autorizado para establecer Fondos de Depositos. Cuentas de Reserva y Cuentas Especiales, de cuya creación informará al Consejo Ejecutivo.

VI. Otros Ingresos. Todos los ingresos que no sean:

- a) Las contribuciones al presupuesto;
- b) Los reembolsos directos de gastos efectuados durante el ejercicio; y
- c) Las cantidades adelantadas a un fondo o depositadas en el mismo, se consideran ingresos varios y se abonarán en el Fondo General.

El Director General, sin perjuicio de las disposiciones del Artículo 57 de la Constitución, puede aceptar provisionalmente donaciones y legados en efectivo o en especie.

Las cantidades aceptadas para una finalidad establecida por el donante serán consideradas como Fondos de Depósito o Cuentas Especiales y se administrarán con arreglo a las disposiciones mencionadas.

VII. Inversiones de Fondos. El Director General podrá invertir fondos que no sean indispensables para cubrir necesidades inmediatas. La inversión de las cantidades disponibles en fondos fiduciarios, cuentas de reserva o cuentas especiales estarán sujetas a las directrices de la autoridad competente.

Al menos una vez al año, el Director General incluirá entre los estados financieros sometidos a la Asamblea Mundial de la Salud un estado sobre las inversiones existentes.

Los réditos procedentes de las inversiones serán acreditados al fondo o la cuenta de que proceda el dinero invertido, salvo disposición en contrario de los reglamentos, reglamentaciones o resoluciones relativos a dicho fondo o cuenta.

VIII. Intervención Interior. El Director General deberá:

1. Establecer normas y procedimientos para asegurar:
  - a) Una gestión financiera eficaz y económica; y
  - b) La adecuada protección de los bienes materiales que constituyen el activo de la Organización.

2. Disponer que los pagos se efectúen contra la presentación de los oportunos justificantes y demás documentos acreditativos de que se han recibido las mercancías o las prestaciones correspondientes y de que todavía no se ha satisfecho su importe, a no ser que, con arreglo a las prácticas mercantiles corrientes y en interés de la Organización, se hayan estipulado expresamente en los contratos condiciones de pago adelantado o pagos a cuenta;

3. Designar a los funcionarios autorizados para recibir fondos, para contraer compromisos u obligaciones y para efectuar pagos en nombre de la Organización;

4. Mantener servicios interiores de fiscalización financiera e intervención de cuentas que mediante la vigilancia eficaz a la revisión general de las transacciones financieras, o incluso mediante una y otra, aseguran:

a) La regularidad de las operaciones de recaudación, custodia y disposición de los fondos y demás recursos de la Organización;

b) La conformidad de los compromisos de gastos y las obligaciones con las asignaciones de crédito y con otras disposiciones financieras tomadas por la Asamblea de la Salud o con los fines, normas y disposiciones del fondo de que se trate, y

c) El uso económico de los recursos de la Organización.

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

1. Ingresos y gastos de todos los fondos.

2. Situación de las asignaciones de crédito, con indicación:

a) De la cuantía inicial de las asignaciones presupuestarias;

b) De los créditos suplementarios, si los hubiere;

c) De los cambios habidos en la cuantía de las asignaciones por las transferencias, si las hubiere;

d) De los créditos que no correspondan a asignaciones aprobadas por la Asamblea de la Salud, si los hubiere; y

e) De las cantidades libradas contra las asignaciones y contra otros si los hubiere;

Actuaciones del activo y del pasivo al cierre del ejercicio financiero. El Director General facilitará asimismo todos los demás datos que sean necesarios para indicar la situación financiera de la Organización.

La Intervención. La Asamblea de la Salud, en la forma que por sí establezca, nombrará a uno o a varios Comisarios de Cuentas, deberán de ser Interventores Generales de un gobierno de Estado o funcionarios de categoría análoga o de suficiente competencia el nombramiento del Comisario o de los Comisarios de Cuentas deberán revocarse por decisión de la Asamblea.

La Delegación de atribuciones. El Director General podrá delegar a los funcionarios de la Organización las atribuciones que considere necesarias para la aplicación efectiva del presente Reglamento, entrará en vigor el día en que lo apruebe la Asamblea de la Salud, y sólo podrá ser calificado por ella.

En caso de duda sobre la interpretación o la aplicación de lo discutido en cualquiera de los Artículos del presente Reglamento, el Director general queda autorizado para tomar la decisión que proceda, a condición de que el Consejo Ejecutivo la confirme en la próxima reunión cumbre.

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

#### IX. PERSONAL.

En el capítulo VII de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se expresa que: "La Secretaría se compondrá del Director general y del personal técnico y administrativo que requiera la Organización."

En la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud se adoptó el Estatuto Nacional de la Organización Mundial de la Salud.

El presente Estatuto tiene como objeto fijar las condiciones generales del servicio en la Secretaría de la Organización, y los derechos, y obligaciones fundamentales de los miembros de su personal.

Para orientación del Director General, se exponen además los principios a que deberá acomodar la gestión de los asuntos de personal en la provisión de puestos y en la administración de los servicios.

Como principal funcionario de la Organización Mundial de la Salud, el Director General puede establecer y aplicar, en armonía con esos principios, las disposiciones reglamentarias que estime oportunas.

Una vez enunciado el objeto y alcance, el Estatuto señala:

I. Los Deberes, Obligaciones y Prerrogativas.

a) Los miembros del personal de la Organización son funcionarios internacionales cuyas funciones no tienen carácter nacional, sino que son exclusivamente de índole internacional. El aceptar el nombramiento se obligan a desempeñarlas y a ordenar su conducta sin otra mira que el servicio de la Organización Mundial de la Salud.

b) Los miembros del personal están sometidos a la autoridad del Director General, que podrá destinarlos a cualquiera de los empleos o actividades de la Organización Mundial de la Salud; responde ante él del desempeño de sus funciones y, en principio, se mantienen constantemente a su disposición.

c) En los actos de servicio, los miembros del personal se abstendrán de solicitar o de aceptar instrucciones de cualquier gobierno o de cualquier autoridad ajena a la Organización.

d) Los miembros del personal no podrán ocupar ni ejercer puestos o profesiones incompatibles con el buen desempeño de las funciones que se les hayan confiado en la Organización Mundial de la Salud.

e) Los miembros del personal observarán en todo momento una conducta digna de su condición de funcionarios internacionales.

f) Los miembros del personal guardarán la mayor reserva en relación con los asuntos oficiales. El cese en el servicio no les eximirá del cumplimiento de esa obligación.

g) Los privilegios e inmunidades conferidos a la Organización Mundial de la Salud en virtud del Artículo 67 de la Constitución, tienen por objeto servir a los intereses de la Organización y no eximen a los miembros del personal de cumplir sus obligaciones privadas no de observar las leyes y los reglamentos de policía.

h) Todos los miembros del personal deberán suscribir el siguiente juramento o declaración:

"Solemnemente juro (prometo, afirmo, declaro) que ejerceré con entera lealtad, discreción y diligencia las funciones que se me confíen como funcionario internacional de la Organización Mundial de la Salud; que las desempeñaré y ordenaré mi conducta sin otra mira que el servicio de la organización y que no solicitaré ni aceptaré de ningún gobierno, ni de ninguna autoridad ajena a la Organización, instrucciones sobre el cumplimiento de mis deberes."

i) El Director general prestará ese juramento o hará esa declaración verbalmente en una sesión pública de la Asamblea Mundial de la Salud; el Director general adjunto, los Subdirectores generales y los miembros del personal, por escrito.

II. Clasificación de los puestos y del personal. El Director general expresará las disposiciones oportunas para establecer una clasificación de los puestos y de los miembros del personal conforme a la índole de las obligaciones y de las responsabilidades respectivas.

III. Sueldos y Subsidios. La Asamblea Mundial de la Salud, después de examinar las recomendaciones del Director general y oído el parecer del Consejo Ejecutivo, fijará los sueldos del Director general adjunto, de los Subdirectores generales, de los Directores generales y de los Directores regionales.

a) El Director general fijará los sueldos de los restantes miembros personal según sus funciones y responsabilidades. Para establecer el sistema de sueldos y subsidios tomará como base la escala aplicada en las Naciones Unidas; cuando se trate de funcionarios de contratación local, podrá, sin embargo, fijar los sueldos y subsidios con arreglo de las mejores condiciones de empleo que se ofrezcan corrientemente en la localidad; en el caso del personal de contratación internacional, la remuneración variará según los lugares de destino, con arreglo a las diferencias del costo de vida para los funcionarios de que se trate, el nivel de vida y a otros factores propios del caso. Si por necesidades particulares de la Organización hubiera que apartarse de la escala de sueldos y subsidios de las Naciones Unidas, será necesario obtener previamente la aprobación o la autorización del Consejo Ejecutivo.

IV. Nombramientos y ascensos. El Director general nombrará a los miembros del personal con arreglo a las necesidades del servicio.

1. En los nombramientos, trasladados o ascensos prevalecerá sobre cualquier otra consideración la necesidad de que el personal de la Organización reúna las mejores condiciones de competencia, eficacia e integridad; también se atenderá la conveniencia de establecer y mantener una distribución de los puestos de plantilla sobre una base geográfica tan amplia como sea posible.

2. La selección de los miembros del personal se hará sin distinción de raza, religión o sexo y, siempre que sea posible, por concurso.

3. Los nombramientos del Director general adjunto, de los Subdirectores generales y de los Directores regionales se extenderán por periodos renovables de cinco años como máximo. Los de los demás miembros del personal serán permanentes o temporales según las normas y requisitos que el Director general establezca en armonía con lo dispuesto en el presente Estatuto.



4. El Director general fijará las condiciones de salud que normalmente habrán de reunir quienes vayan a ser nombrados miembros del personal.

V. Licencias Anuales y Especiales. Todos los miembros del personal disfrutarán cada año de una licencia adecuada. El Director general podrá conceder excepcionalmente licencias especiales.

VI. Seguros Sociales. El Director general establecerá un sistema de seguros sociales para el personal, tomando, entre otras, las disposiciones necesarias para la protección de la Salud, la concesión de licencias por enfermedades y por maternidad y el pago de indemnizaciones de cuantía adecuada en los casos de enfermedad, accidente o muerte imputable a un acto de servicios.

VII. Gastos de viaje y de mudanza. Con sujeción a las normas y condiciones que el Director general establezca, la Organización sufragará los gastos de viaje de los miembros del personal y, cuando proceda de las personas a su cargo.

VIII. Relaciones con el personal. El Director general tomará las disposiciones necesarias para que los miembros del personal participen en la discusión de las medidas administrativas que tengan interés para ellos.

IX. Cese. Cualquier miembro del personal podrá renunciar al cargo que desempeña en la Secretaría, avisando al Director general con la antelación prevista en su nombramiento.

1. El Director general podrá rescindir el contrato de un miembro del personal con arreglo a las estipulaciones de su nombramiento y cuando las necesidades del servicio exijan la supresión de su puesto o una reducción de plantillas, o no resulten satisfactorios los servicios del interesado, o cuando éste, por motivos de salud, se vea incapacitado para seguir desempeñando sus funciones.

2. Por regla general, los miembros del personal cesarán en sus funciones al cumplir la edad señalada para la jubilación en los Estatutos de la Caja de Pensiones. En casos excepcionales, el Director general podrá prorrogar ese límite de edad, si así conviene a los intereses de la Organización.

X. Medidas disciplinarias. El Director general podrá imponer sanciones a los miembros del personal cuyo comportamiento no sea satisfactorio y, en caso de falta grave, destituirlos sumariamente.

XI. Recursos. El Director general establecerá un órgano administrativo en cuya composición participarán los miembros del personal que le asesorarán en los recursos que entablen los funcionarios de la Organización contra decisiones administrativas alegando infracción de las estipulaciones de sus contratos o de cualquier disposición del Estatuto o del Reglamento del Personal aplicable al caso, así como en los recursos contra una medida disciplinaria.

Las divergencias entre la Organización y un miembro del personal sobre la ejecución de su contrato, que los órganos competentes de la Organización no hayan logrado resolver, se someterán en última instancia al Tribunal Administrativo de las Naciones Unidas.

XII. Disposiciones Generales: 1. La Asamblea de la Salud podrá completar o modificar las disposiciones del presente Estatuto, sin prejuicios de los derechos adquiridos por los miembros del personal.

El Director general, después de haber obtenido la confirmación del Consejo Ejecutivo, dará anualmente cuenta a la Asamblea de la Salud de cuantas dis

posiciones reglamentarias sobre personal establezca en ejecución del presente Estatuto, y de cualquier modificación que introduzca en las que estuvieran vigentes. 3. El Director General, en uso de sus atribuciones como jefe del personal técnico y administrativo de la Organización, podrá delegar en otros miembros del personal cuantos poderes estime necesarios para la buena aplicación del presente Estatuto 4. En caso de duda sobre la interpretación de alguno de los Artículos precedentes, el Director general queda autorizado para tomar la decisión que proceda, a reserva de que el Consejo Ejecutivo la confirme en la próxima reunión que celebre.

Uno de los empeños capitales de la Organización Mundial de la Salud, es que haya en el mundo personal de salud suficiente y debidamente formado para atender las necesidades de asistencia de toda la población mundial.

## CAPITULO SEXTO

### Organización Panamericana de la Salud.

- I. CARTA DE LOS ESTADOS AMERICANOS.
- II. CODIGO SANITARIO PANAMERICANO
- III. PROTOCOLOS ADICIONAL Y ANEXO AL CODIGO SANITARIO
- IV. ACUERDO ENTRE EL CONSEJO DE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS Y EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.
- V. REGLAMENTOS INTERNOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
- VI. REGLAS FINANCIERAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

## I. CARTA DE LOS ESTADOS AMERICANOS

La Organización de Estados Americanos (OEA) es, en la actualidad, la institución internacional más antigua que se conoce. Su inspirador fue Simón Bolívar, que en 1826 convocó la primera Conferencia de los países americanos en Panamá, pero sus orígenes datan de la fundación de la Unión de las Repúblicas Americanas, nacida en la Primera Conferencia Internacional Americana de 1890.

En 1910 se denominó Unión Panamericana. Su estructura se completó en -- 1948, cuando en la IX Conferencia Internacional Americana se redactó la Carta de Bogotá, la que se firmó el 2 de Mayo de 1948 y entró en vigor el 13 de Diciembre de 1951.

Constituida con arreglo al Artículo 52 de la Carta de las Naciones Unidas, que autoriza la creación de organismos regionales, la OEA tiene como finalidad afianzar la paz y seguridad del continente, prevenir las posibles causas de conflicto entre los Estados Americanos y asegurar la solución pacífica de las controversias que surjan, organizar la acción solidaria de los Estados en caso de agresión y promover por medio de la acción cooperativa, su desarrollo económico, social y cultural.

Estructura de la Organización de Estados Americanos. En el Artículo 51 de la Carta se reconocen como órganos representativos de la Organización, los siguientes:

a) La Asamblea General. Es el órgano supremo de la Organización y está formado por los representantes de los Estados miembros, cada uno de los cuales tiene derecho a un voto.

Entre sus atribuciones figura la de decidir y elaborar la política general de la Organización y coordinar las actividades de los órganos y entidades de la Organización. Le corresponde también, como es natural, las facultades presupuestarias; se reúne una vez al año.

b) La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores. Participan en ella todos los ministros de relaciones de los Estados miembros, que podrán estar representados por un delegado especial, en casos excepcionales. Cualquier Estado miembro puede solicitar que se convoque la reunión. La solicitud será sometida a consideración del Consejo de la Organización quien decidirá de por mayoría de votos sobre la conveniencia de convocarla.

La función de la Reunión de Consulta es considerar problemas de carácter urgente y de interés común para los Estados miembros, así como la de servir de órgano de consulta. Para asesorar al órgano de consulta en problemas de seguridad colectiva se ha establecido un Comité Consultivo de Defensa, constituido por las más altas autoridades militares de los Estados Americanos.

c) Los Consejos son: I. El Consejo Permanente, con una Comisión Interamericana de soluciones pacíficas como órgano subsidiario; II. El Consejo Interamericano Económico y Social, que debe reunirse al menos una vez al año y tiene una Comisión Ejecutiva Permanente; III. El Consejo Interamericano para la Educación; la Ciencia y la Cultura, como el anterior, se reúne una vez al año, por lo menos, y tiene también una Comisión Permanente. En los Consejos deben estar representados todos los miembros de la Organización.

d) El Comité Jurídico Interamericano. Está formado por once juristas nacionales de los Estados miembros, elegidos por la Asamblea para un periodo de cuatro años, con renovación parcial del Comité y sin que haya más de un miembro de la misma nacionalidad. Su sede se fijó en Río de Janeiro.

e) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Cuya estructura, competencia y procedimientos serían fijados en una convención especial.

f) La Secretaría General. Sustituye a la Unión Panamericana como órgano administrativo de la Organización. A su frente se encuentra un Secretario general, elegido por la Asamblea para un periodo de cinco años, pudiendo ser reelegido una sola vez. Lo mismo puede decirse del Secretario general adjunto.

g) Las Conferencias Especializadas. Según el Artículo 128, son reuniones intergubernamentales para tratar asuntos técnicos especiales o para desarrollar determinados aspectos de la cooperación interamericana. Son convocadas por la Asamblea General o por la Reunión de Consulta, a iniciativa propia o de los -- Consejos u Organismos Especializados.

h) Los Organismos Especializados. Los define el Artículo 130 como "organismos intergubernamentales establecidos por acuerdos multilaterales que tengan determinadas funciones en materias técnicas de interés común para los Estados Americanos".

"Tienen una amplia autonomía técnica, pero están sujetos a las recomendaciones que les hagan la Asamblea General y los Consejos. Sus relaciones con la OEA serán determinadas en acuerdos que celebre con la Secretaría General, la cual deberá estar autorizada por la Asamblea General".1

En el afán de que los pueblos americanos vivan en forma digna, justa y decorosa, se ha ocupado la Organización de la educación, de la vivienda y urbanismo, de mejorar las cosechas y producción de alimentos y de la salubridad pública.

En este último aspecto, que es el que nos interesa, la OEA, dentro de sus programas de cooperación técnica estableció cursos para enfermeras, en técnicas de asistencia. El primero de dichos cursos se organizó en Guatemala en 1951. Este curso y varios seminarios fueron patrocinados por la Oficina Sanitaria Panamericana, que es el más antiguo de los organismos especializados.

También constituyó el Centro de Demostraciones de técnicas en salubridad - en El Salvador, que es un campo de experimentación en métodos y técnicas sanitarias de fácil adaptación para los otros países americanos.

Cuando en América ocurren desastres como terremotos, inundaciones, etcétera, la OEA envía a esas zonas médicos, enfermeras, medicinas, drogas, insecticidas, para auxiliar a las víctimas y a la población.

Otros organismos especializados de la OEA son: el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas de Turrialba, Costa Rica; el Centro Panamericano de Aftosa de Brasil; el Centro Interamericano de la Vivienda de Bogotá, Colombia; Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia de Montevideo, Uruguay; el Instituto Panamericano de Geografía e Historia y el Instituto Indigenista Interamericano.

Asimismo, la OEA se ha interesado por el problema de la educación en América, contribuyendo a la eliminación del analfabetismo y al fomento de la educación primaria universal y gratuita. En colaboración con la UNESCO, patrocinó - los Seminarios Interamericanos de Caracas (1948) y de Río de Janeiro (1949).

Además, en colaboración con la UNESCO estableció el Centro Regional de Educación Fundamental para América Latina, en Pátzcuaro, Michoacán (México).

Es interesante destacar que en materia de seguridad, bienestar y sanidad internacional, el continente americano ha sido el primero en objetivar, en llevar a la práctica diversos proyectos, creando las instituciones correspondientes, adelantándose a veces en muchos años a otros países del viejo continente, habiendo servido sus experiencias para la estructuración de nuevas y similares instituciones de proyección mundial y de reciente creación.

Así la Organización de Estados Americanos, que es la más antigua asociación de naciones que se conoce, actúa desde hace aproximadamente 66 años y se creó para que los Estados participantes cooperaran en su bienestar, seguridad y progreso.

La ya desaparecida Sociedad de las Naciones y la más reciente, Naciones Unidas, surgieron en el afán de asegurar la paz y el bienestar de las naciones de todo el mundo, agotadas por dos grandes guerras, y la organización y funcionamiento de ellas nos recuerda mucho a la de la Organización de Estados Americanos.

Desde el día 7 de Abril de 1948 (fecha de promulgación de la Constitución) actúa en el concierto de naciones de Organización Mundial de la Salud, institución sanitaria internacional que agrupa en su seno a casi todos los países del mundo y posee una estructura y funcionamiento muy similar a la Organización Sanitaria Panamericana.

Pero la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud no significó la desaparición de las instituciones preexistentes como la OEA y la OSP, sino que al contrario, pasaron a integrar sus actividades con otras similares, pero manteniendo ambas sus denominaciones y autonomía. La Organización Sanitaria Panamericana pasó a tener en las Conferencias Sanitarias Panamericanas, el carácter de Comité Regional de la OMS y su Oficina Sanitaria Panamericana pasó a ser Oficina Regional de la OMS.

La OEA colabora en la labor de las Naciones Unidas. Es curioso comprobar, que en el problema del bienestar y protección del niño americano, las cosas no han ocurrido en igual forma.

Desde hace aproximadamente 50 años (Junio de 1927), actuaba en América una institución internacional de protección a la infancia, denominada Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia con sede en Montevideo y a la cual están adheridos los países americanos. Desde el año 1949, es un organismo especializado de la OEA, así como también lo es la OSP.

En los últimos años, las Naciones Unidas, por intermedio de la UNICEF han extendido a América su acción de protección a la infancia habiendo desarrollado en colaboración con la OMS, diversos programas de ayuda en casi todos los países de la América (servicios materno-infantiles, protección a los prematuros, reparto de leche en polvo y manteca para niños, vacunación con el BCG, programas de saneamiento, plantas de pasteurización de leche, de producción de penicilina, etcétera). El UNICEF actúa por intermedio de sus oficinas de América.

Siendo el problema del bienestar y protección del niño americano uno de primera magnitud y de enorme importancia para el futuro de América y teniendo en consideración los millares de niños enfermos abandonados y aún por los millones de niños sanos, en el aspecto médico-higiénico, legal, educativo y social, es muy llamativo, que al igual que se hizo con otras instituciones pre-existentes, no se haya dado aún al Instituto Internacional Americano de Protección a

la Infancia, como organismo especializado, antiguo y netamente americano, lo - que por su actuación era merecedor en esta clase de actividades.

América que tiene el honor de tener la asociación de naciones y la organización de sanidad internacional continental más antiguas del mundo, tiene el no menor grande galardón de poseer la primera institución, internacional de -- protección a la infancia en el mundo, el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, que agrupa a su alrededor las más grandes personalidades de la protección de la niñez americana y cuenta con el reconocimiento y apoyo de los gobiernos de los Estados Americanos.

Muchos es lo que aún se puede hacer en favor de la familia y del niño americanos en este continente.

## II. CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Los gobiernos de las Repúblicas Americanas, con el fin de estimular y proteger mejor la Salud Pública de sus respectivas naciones y particularmente a -- fin de que puedan aplicarse medidas cooperativas internacionales eficaces para impedir la propagación de las infecciones que son susceptibles de transmitirse a los seres humanos, y para facilitar el comercio y las comunicaciones marítimo-internacionales, han acordado adoptar AD-Referéndum, el siguiente: Código Sanitario Panamericano, firmado en la ciudad de La Habana, Cuba, el 14 de Noviembre de 1924, en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana y ratificado por los Gobiernos signatarios en 1936. 2 México estuvo representado por el señor Dr. Alfonso Pruneda.

Por las limitaciones que ocasiona este trabajo, nos permitimos transcribir algunos de los Artículos más importantes del Código citado, Para aquellos que quieran profundizar más sobre el tema, se sugiere se vea la Publicación -- Núm. 43 de la Oficina Sanitaria Panamericana (Enero de 1951), que presenta el texto completo del Código Sanitario Panamericano.

Los objetivos que persigue el presente Código son los siguientes:

- a) Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades -- susceptibles de transmitirse a seres humanos.
- b) Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos - Signatarios o procedentes de los mismos.
- c) Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países de los gobiernos signatarios.
- d) Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
- e) Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional. 3

Para llevar a cabo tales fines se establece en el Capítulo II Sección I. Artículos III, IV, V, VI, VII y VII, lo relativo a la Notificación e Informes Ulteriores a otros Países.

2. Código Sanitario Panamericano, Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial Núm. 125, pág. 1.

3. Artículo I, del Código Sanitario Panamericano, op. cit. pág. I.

Artículo III. Cada uno de los gobiernos signatarios se obliga a transmitir a cada uno de los otros gobiernos signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana, a intervalos que no excedan de dos semanas, una relación detallada que contenga informes en cuanto al estado de su sanidad pública, sobre todo en lo que se refiere a sus puertos.

Las siguientes enfermedades deben notificarse forzosamente: la bubónica - el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tífus exantemático, la meningitis cerebroespinal epidémica, la encefalitis letárgica o epidémica, la poliomielitis aguda epidémica, la influenza o gripe epidémica, fiebres tifoidea y paratíficas y cualesquiera otras enfermedades que la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la debida resolución agregue a la lista que antecede.

Artículo IV. Cada uno de los gobiernos signatarios se obliga a notificar inmediatamente a los países adyacentes, así como a la Oficina Sanitaria Panamericana, por los medios de comunicación más rápidos existentes, la aparición en su territorio de un caso o casos auténticos y oficialmente sospechosos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tífus exantemático o cualquiera otra enfermedad peligrosa o contagiosa susceptible de propagarse mediante la agencia intermediaria del comercio internacional. Por enfermedad peligrosa o contagiosa se entiende toda enfermedad que se presente con carácter epidémico. La obligación de notificar a los países adyacentes se extiende también a todos los países americanos (Memorándum de interpretación del Código Sanitario Panamericano, aprobado en la VII Conferencia Sanitaria Panamericana).

Artículo V. Esta notificación deberá ir acompañada o seguida prontamente de los siguientes informes adicionales:

1. El área en donde la enfermedad ha aparecido.
2. La fecha de su aparición, su origen y su forma.
3. La fuente probable o el país del cual se introdujo y la manera como se efectuó la introducción.
4. El número de casos confirmados y el número de defunciones ocurridas.
5. El número de casos sospechosos y de muertes.
6. Además cuando se trata de la peste bubónica, la existencia entre las ratas o roedores; cuando se trata de la fiebre amarilla se expresará el índice de los *Aedes aegypti* de la localidad.
7. Las medidas que se han aplicado para impedir la propagación de la enfermedad y para el exterminio de la misma.

Artículo VI. La notificación e informes prescritos en los Artículos IV y V deberán dirigirse a los representantes diplomáticos o consulares residentes en la capital del país infectado y también en la Oficina Sanitaria Panamericana, establecida en Washington, que inmediatamente transmitirá dichos informes a todos los países interesados.

Artículo VII. Tanto a la notificación como a los informes prescritos en los Artículos II, IV, V y VI seguirán otras comunicaciones a fin de mantener a los demás Gobiernos al corriente del curso de la enfermedad o de las enfermedades. Estas comunicaciones deberán hacerse por lo menos una vez a la semana y habrán de ser tan completas como sea posible, indicándose en ellas detalladamente las medidas empleadas para impedir la extensión o propagación de la enfermedad. Con este fin se emplearán al telégrafo, el cable submarino a la radiotelegrafía, excepto en aquellos casos en que los datos o informes puedan ---



transmitirse rápidamente por correo. Los informes que se transmitan por los -- conductos señalados, deberán confirmarse por medio de cartas. Los países vecinos procurarán hacer arreglos especiales para solucionar los problemas locales que no tengan un aspecto ampliamente internacional.

Artículo VIII. Los gobiernos signatarios convienen en que cuando aparezca cualquiera de las siguientes enfermedades: cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tífus exantemático o cualquiera otra enfermedad contagiosa de carácter epidémico en su territorio, en seguida pondrán en práctica medidas sanitarias adecuadas para impedir la transmisión internacional de cualquiera de dichas enfermedades procedentes de aquél pro medio de los pasajeros, tripulación, carga mento y buques, así como los misquitos, las ratas, piojos y otras sabandijas a bordo de dichos buques, y notificarán prontamente a cada uno de los países signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana en cuanto a la índole y extensión de las medidas sanitarias que se hayan aplicado para el cumplimiento de los requisitos prescriptos en este Artículo. 4

Un punto importante a destacar, es en relación a los documentos sanitarios que se requirieren:

a) Patente de Sanidad. Al capitán de cualquier buque o buque aéreo destinado a un puerto de cualquiera de los gobiernos signatarios se les exige que obtengan en el puerto de salida y en los de escala una patente de sanidad.

La Patente de Sanidad deberá ir acompañada de una lista de los pasajeros y los embarcados subrepticamente que se hayar descubierto, cuya lista indicará el puerto donde se embarcaron y el puerto de destino, así como una lista de la tripulación.

Los cónsules y otros funcionarios que firmen o que pongan el visto bueno a las patentes de sanidad, deben mantenerse bien informados en cuanto a la manera cómo los buques y sus pasajeros y tripulaciones cumplen las prescripciones del Código Sanitario Panamericano mientras permanecen en tales puertos.

b) Diario de Apuntaciones Sanitarias. Todo buque que tenga un médico a bordo deberá llevarlo, en él se anotará las condiciones sanitarias del buque, de sus pasajeros y tripulación que haya vacunado, su edad, nacionalidad, dirección y ocupación. Dicho diario deberá firmarlo el capitán y el médico del buque y deberá exhibirse al solicitarlo cualquier funcionario sanitario o consular. Durante la ausencia del médico, el capitán suplirá en lo posible los precipitados informes en el Diario de anotaciones del buque.

c) Además, se adoptan formas de declaración de cuarentena, certificados de defunción y de vacuna.

Otro punto importante que se establece en el presente Código, es lo relativo a las funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana:

La organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, deberán incluir aquello que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las repúblicas americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Panamericanas. La Oficina Sanitaria Panamericana desempeñará las siguientes funciones especiales:

Suministrar a las autoridades sanitarias de los gobiernos signatarios, por medio de sus publicaciones o de otra manera adecuada, todos los informes disponibles relativos al verdadero estado de las enfermedades transmisibles propias del hombre, notificar las nuevas invasiones de dichas enfermedades, las medidas sanitarias que se han emprendido, y el adelanto efectuado en el dominio o exterior completo de las mismas; los nuevos métodos empleados para combatir las enfermedades; las estadísticas de morbilidad y mortalidad; la organización y administración de la sanidad pública; el progreso realizado en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva, así como otros informes relativos al saneamiento y sanidad pública en cualquiera de sus aspectos, incluyendo una bibliografía de libros y periódicos de higiene.

A fin de poder desempeñar con mayor eficacia sus funciones, dicha Oficina puede emprender estudios epidemiológicos cooperativos y otros análogos, puede emplear con este fin, en su oficina principal o en otros lugares, los peritos que estime convenientes; puede estimular y facilitar las investigaciones científicas así como la aplicación práctica de los resultados de ellas y puede aceptar dádivas, donaciones y legados que serán administrados de la manera que actualmente se prescribe para el manejo de los fondos de dicha Oficina. Además, comunicará a las autoridades sanitarias de los gobiernos signatarios, y les consultará todo lo referente a los problemas de sanidad pública y en cuanto a la manera de interpretar y aplicar las prescripciones de este Código.

Por otra parte, pueden designarse a los servicios de sanidad nacionales como representantes ex officio de la Oficina Sanitaria Panamericana, además de sus deberes regulares. Cuando efectivamente sean designados, dichos representantes pueden ser autorizados para acutar como representantes sanitarios de uno o más de los gobiernos signatarios, siempre que se nombren y acrediten debidamente para prestar servicios.

A solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los gobiernos sanitarios, la Oficina Sanitaria Panamericana está autorizada para tomar las medidas preparatorias necesarias a fin de efectuar un canje de profesores, funcionarios de medicina y de sanidad, peritos o consejeros sobre sanidad pública o de cualquiera de las ciencias sanitarias, para los fines de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública de los gobiernos signatarios. 5.

Conviene mencionar que la Oficina Sanitaria Panamericana actualmente se denomina Oficina Panamericana de la Salud. En 1949 pasó a ser Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, con lo cual ésta aumenta notablemente su radio de acción y aquélla consigue nuevos recursos para sus planes. Las actividades de campo de la Oficina Panamericana de la Salud se administran desde sus oficinas de zona, que mantienen contacto permanente con las autoridades de salud de los gobiernos. La estrecha relación y las consultas de fácil acceso son esenciales para la planificación y ejecución de programas bien equilibrados, a fin de hacer frente a las necesidades y problemas de salud a nivel nacional, internacional y regional.

Esta Oficina tiene, asimismo, un representante en cada país:

a) Oficina de la Zona I (Caracas, Venezuela), al servicio de Barbados, Guyana, Jamaica, Trinidad y Tobago, Venezuela, Departamentos de Francia y Anti

llas Nierlandesas en las Américas y miembros de la Comunidad Británica de Naciones y Territorios del Reino Unido en el Caribe.

b) Oficina de la Zona II (México, D. F.), que atiende a Cuba, Haití, México y la República Dominicana.

c) Oficina de la Zona III (Ciudad de Guatemala), que presta servicios a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

d) Oficina de la Zona IV (Lima, Perú), que abarca Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

e) Oficina de la Zona V (Río de Janeiro, Brasil), que atiende a Brasil.

f) Oficina de la Zona VI (Buenos Aires, Argentina), que presta servicios a la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. 6

En la sede de la Oficina en Washington, el Director y el personal técnico tienen a su cargo la planificación y coordinación de actividades. La Oficina de Washington se encarga de las actividades en el Canadá, los Estados Unidos de América, Islas Vírgenes (EUA) y Puerto Rico.

La Oficina de Campo en El Paso, Texas, tiene como función primordial la coordinación de las actividades de salud a lo largo de la frontera mexicano-estadounidense.

Al 1º de Enero de 1970, el personal regular de la Oficina ascendía a 1,191 funcionarios de 50 nacionalidades. De este total, 894 funcionarios correspondían a las Oficinas de Zona y proyectos en el campo, y 297 a la sede en Washington.

Se tendrá entendido que este Código no anulará ni alterará la validez o fuerza de ningún tratado, convención o acuerdo que exista entre algunos de los gobiernos signatarios y cualquier otro Gobierno.

El Capítulo XIII señala como disposiciones transitorias las siguientes:

Aquellos Gobiernos que no hayan firmado la presente convención podrán ser admitidos en ella al solicitario, y al Gobierno de Cuba se le notificará esta adhesión por la vía diplomática.

Este documento fue hecho y firmado en la ciudad de La Habana, el 14 del mes de Noviembre de 1924, en dos ejemplares originales, en inglés y español respectivamente, los cuales se depositarán en la Secretaría de Estado de la República de Cuba, a fin de que puedan sacarse las copias certificadas de ella para remitirlas por la vía diplomática a cada uno de los gobiernos signatarios. 7

### III. PROTOCOLO ADICIONAL Y ANEXO AL CODIGO SANITARIO PANAMERICANO.

a) Protocolo Adicional al Código Sanitario Panamericano (1927)

Aprobado ad-referéndum por la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, cuyo texto es el siguiente:

Las ratificaciones del Código Sanitario se depositarán en la Secretaría de Estado de la República de Cuba, y el Gobierno Cubano comunicará esas ratificaciones a los demás estados signatarios en la fecha de la ratificación por dicho Estado, y quedará en vigencia sin limitación de tiempo, reservándose cada uno de los estados signatarios o adheridos el derecho de retirarse de la convención mediante aviso dado en debida forma al Gobierno de la República de Cuba, con un año de anticipación.

*s. Informe Técnico del Comité de Expertos de la OMS., Núm. 499, 197, pág. 17. Capítulo XII y XIII, op. cit. pág. 8.*

Hecho y firmado en la ciudad de Lima, Perú el día 19 de Octubre de 1927, - en dos ejemplares originales, uno de los cuales se envió al Ministro de Relaciones Exteriores del Perú y el otro a la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de que pudiera distribuirse en copia, por la vía diplomática, entre los gobiernos signatarios y adheridos. Aprobado por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos el 25 de Diciembre de 1928, según decreto publicado en el Diario Oficial del 28 de Junio de 1929, con las siguientes reservas:

I. El Gobierno Mexicano declara que está conforme con hacer la notificación forzosa de las enfermedades que figuran en la lista del Artículo III del Código Sanitario Panamericano, y de cualesquiera otras enfermedades que la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante la debida resolución, agregue a la lista que antecede, siempre que México haya estado conforme con esa resolución.

II. El Gobierno Mexicano declara que sólo está conforme con rendir los avisos a que se refieren las enfermedades del tífus exantemático, la viruela, y de las enfermedades no específicamente señaladas, siempre y cuando tales enfermedades no revistan una forma grave y epidémica.

III. El Gobierno Mexicano declara que no puede aceptar que en los modelos de patente de sanidad a que se refiere el Código Sanitario Panamericano, figure la determinación del número de casos de defunción causados por la viruela y el tifo, no pudiendo, asimismo, aceptar que el modelo de patente que adopte sea materialmente igual al modelo del Código Sanitario Panamericano.

IV. El Gobierno Mexicano declara que se entenderá por un puerto infectado, aquel en donde hubiere casos autóctonos de cólera, fiebre amarilla, o peste bubónica.

V. El Gobierno Mexicano declara que está conforme en que: la organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, deberán incluir aquellos que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias Conferencias Sanitarias Internacionales y otras conferencias de las Repúblicas Americanas, siempre y cuando lo que se incluya en la organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana no se oponga con aquellas resoluciones o conclusiones de Conferencias Sanitarias Internacionales o de Conferencias de las Repúblicas Americanas con las cuales se hubiere mostrado inconforme, o se trate de resoluciones o conclusiones de futuras Conferencias Panamericanas y con las cuales no esté conforme.

VI. El Gobierno Mexicano declara que está conforme en que la Oficina Sanitaria Panamericana constituirá la Agencia Sanitaria Central de Coordinación de las varias Repúblicas que forman la Unión Panamericana, así como el control general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas entre sí. Con este fin, de tiempo en tiempo designará representantes para que visiten y se entrevisten con las autoridades sanitarias de los varios gobiernos signatarios y discutan sobre asuntos de sanidad pública. A dichos representantes se les suministrarán todos los informes sanitarios disponibles en aquellos países que visiten en el curso de sus giras y conferencias oficiales.

VII. El Gobierno Mexicano declara que está conforme en que: a fin de poder desempeñar con mayor eficacia sus funciones, dicha Oficina pueda emprender estudios epidemiológicos, cooperativos y otros análogos; puede emplear con este fin, en su oficina principal o en otros lugares, los peritos que estime conve

niente, reservándose el derecho de desconocer valor alguno a los informes o dictámenes de estos peritos cuando juzgue que en el, se apartan de la apreciación exacta de los hechos y de su interpretación científica; puede estimular y facilitar las investigaciones científicas, así como la aplicación y práctica de los resultados de ellas y puede aceptar dádivas, donaciones y legados, que serán administrados de la misma manera que actualmente se prescribe para el manejo de los fondos de dicha Oficina.

VIII. El Gobierno Mexicano declara que al ratificar el Código Sanitario panamericano, lo aplicará con la mayor amplitud en cuanto le fuera posible, bajo las reservas hechas en los puntos que considera inaplicables y en "Vías de experimentación" para presentar las observaciones sobre sus experiencias en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

Con fecha veinticuatro de Abril de mil novecientos veintinueve fue depositado en el Departamento de Estado de Cuba el Instrumento de Ratificación, para que surta los efectos del canje de estilo. 8

Antes de concluir conviene señalar que los protocolos adicionales "son documentos que se redactan cuando haya algún punto en el acuerdo que no se complete, y pueden firmarlo aquellos Estados participantes en el congreso que así lo deseen."

Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano (1952)

Hecho y firmado en La Habana, el 24 de Septiembre de 1952. Aprobado por la Cámara de Senadores de los Estados Unidos Mexicanos el 18 de Diciembre de 1953, según decreto publicado en el Diario Oficial del 5 de Marzo de 1954. Se ratificó el 15 de Junio de 1954, habiéndose efectuado el depósito del instrumento el 11 de Agosto del mismo año en la Secretaría General de la OEA en Washington, D. C., Estados Unidos, según decreto publicado el 21 de Octubre de 1954. 9

Los representantes de los gobiernos signatarios del Código Sanitario Panamericano firmaron en nombre de sus respectivos Gobiernos el siguiente Protocolo:

Artículo I. Se acuerda derogar los Artículos 2, 9, 10, 11, 16 y 53 inclusive, 61 y 62 del Código Sanitario Panamericano suscrito en La Habana el 14 de Noviembre de 1924 durante la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, todos los cuales se refieren al tránsito internacional.

Artículo II. En adelante cualquier reforma periódica que fuere procedente introducir en los títulos, secciones o Artículos del Código Sanitario Panamericano, quedará a cargo de la Conferencia Sanitaria Panamericana; siendo necesario, para que sean válidas las enmiendas, que se aplique en su tramitación lo dispuesto en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana actualmente denominada Organización Panamericana de la Salud. Sobre el particular dicha Constitución en su Artículo 28 prevé lo siguiente: "Las propuestas enmienda a la Constitución serán comunicadas a los Gobiernos miembros por lo menos tres meses antes de que hayan de ser examinadas por la Conferencia o al Consejo Directivo. Las enmiendas por la Conferencia o el Consejo Directivo. Las enmiendas entrarán en vigor para todo los Gobiernos miembros cuando sean adoptadas por la Conferencia por el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos miembros o cuando hayan sido adoptadas por el Consejo Directivo con el voto de dos tercios de dichos representantes".

8. *Diario Oficial del 28 de Junio de 1924, pág. 15*

9. *Diario Oficial del 5 de Mayo de 1954.*

Artículo III. El presente Protocolo será ratificado por los estados signatarios de acuerdo con sus respectivos procedimientos constitucionales. Los instrumentos de ratificación serán depositados en la Unión Panamericana y ésta notificará dicho depósito a los gobiernos signatarios.

Artículo IV. Este Protocolo entró en vigencia el día primero de Octubre de 1952 para aquellos Estados que ratificaron este instrumento antes de la citada fecha. Para los demás Estados entró en vigencia a partir de la fecha en que se ratificó. 10

#### IV. ACUERDO ENTRE EL CONSEJO DE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS Y EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

La Carta de la Organización de los Estados Americanos, dispone que corresponde al Consejo de la Organización, celebrar acuerdos como los Organismos Especializados Interamericanos, para determinar las relaciones que deben existir entre el respectivo organismo y la Organización; además define los términos que deben incluirse en tales acuerdos.

La Resolución III de la Novena Conferencia Internacional Americana autorizó al Consejo de la Organización de los Estados Americanos a realizar un examen completo de la situación y actividades de los Organismos Interamericanos y a tomar ciertas medidas, según el caso.

La Resolución adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana 11 en 1947, autorizó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que, de acuerdo con el Director General de la Unión Panamericana, estudiara y proyectara las medidas correspondientes al mantenimiento de estrechas relaciones entre ambos organismos;

El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en la III Reunión efectuada en Lima en Octubre de 1949, acordó en su Resolución XI, inciso 6, autorizar al Comité Ejecutivo para que de su aprobación final, en nombre de la Organización Sanitaria Panamericana a un Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos", y en tal virtud, el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana han convenido en celebrar el siguiente Acuerdo:

I. La Organización Sanitaria Panamericana es reconocida como un Organismo Especializado Interamericano.

II. La Organización Sanitaria Panamericana actúa como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental.

III. La Organización Sanitaria Panamericana seguirá disfrutando de la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos dentro de los límites de los instrumentos que la rijan. En todo caso, la Organización Sanitaria Panamericana, por medio de sus órganos competentes, deberá tomar en consideración las recomendaciones que le formule el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad en los términos de la Carta de dicha Organización.

10. *Op. cit.* págs. 7 y 8

11. Denominada actualmente Organización Panamericana de la Salud, por decisión o la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, septiembre-octubre de 1958.

IV. La Organización Sanitaria Panamericana prestará asesoramiento técnico en materia de salubridad pública y asistencia médica, al Consejo de la Organización de los Estados Unidos Americanos, a sus Organos y a la Unión Panamericana, a solicitud de éstos.

V. El Consejo de la Organización de los Estados Americanos, sus Organos y la Unión Panamericana, consultarán con la Organización Sanitaria Panamericana sobre todos los asuntos de salubridad pública y asistencia médica que fueren elevados a la consideración de los primeros.

VI. El Consejo de la Organización de los Estados Americanos podrá enviar observadores, con voz pero sin voto, a la Conferencia Sanitaria Panamericana, a las reuniones del Consejo Directivo del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana y a otras reuniones técnicas celebradas o patrocinadas por la Organización Sanitaria Panamericana.

VII. La Organización Sanitaria Panamericana podrá enviar observadores, con voz pero sin voto, a la Conferencia Interamericana así como a las reuniones de los Organos y de las Comisiones del Consejo de la Organización de los Estados Americanos, cuando en ellas se traten asuntos de interés para la Organización Sanitaria Panamericana.

VIII. La Organización Sanitaria Panamericana preparará los programas y reglamentos de la Conferencia Sanitaria Panamericana, a la cual se le reconoce el estatus de Conferencia Especializada, y podrá promover o patrocinar otras reuniones técnicas sobre salubridad pública, medicina y ciencias afines que estime convenientes. Estas reuniones técnicas tendrán el estatus de Conferencia Especializadas Interamericanas únicamente cuando sean convocadas de acuerdo con lo previsto en el Artículo 93 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos.

La Oficina Sanitaria Panamericana y la Unión Panamericana se mantendrán mutuamente informadas para los fines correspondientes, de toda iniciativa que se tomará para efectuar Conferencias Especializadas Interamericanas u otras reuniones interamericanas en dichos campos.

IX. La Oficina Sanitaria Panamericana comunicará al Consejo de la Organización de los Estados Americanos las fechas en que se proyecte celebrar la Conferencia Sanitaria Panamericana, las reuniones del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo y otras reuniones técnicas que la Organización Sanitaria convocará o patrocinare a fin de que el Consejo de la Organización de los Estados Americanos pueda hacer las observaciones que juzgare oportunas, con miras a coordinar las fechas de dichas reuniones con las de otras conferencias. Los programas y reglamentos de tales reuniones serán enviados al Consejo de la Organización de los Estados Americanos para su información.

X. La organización sanitaria Panamericana, por medio de su órgano competente, dará a conocer al Consejo de la Organización de los Estados Americanos:

Parte I. Mesa Directiva.

La Conferencia elegirá un Presidente, dos Vicepresidentes, y un Relator, quienes desempeñarán sus cargos hasta que sean elegidos sus sucesores.

a) El Presidente dirigirá las sesiones de la Conferencia. En su ausencia presidirá uno de los Vicepresidentes. En ausencia del Presidente y de los dos Vicepresidentes, la Conferencia nombrará uno de los delegados para que presida interinamente.

b) Los delegados de los Gobiernos participantes que fueren elegidos para formar parte de la Mesa Directiva no acuarán en ejercicio de su cargo durante las sesiones en que se encuentre sometido a debate un asunto que se ocupe de cuestiones constitucionales, de las relaciones jurídicas entre la OPS y la OMS, o la OEA o de otras cuestiones relativas a la OPS, en su carácter de Organismo Especializado Interamericano.

c) Será atribución del relator preparar los proyectos de resolución a la luz de las deliberaciones de la Conferencia, dichos proyectos de resolución así como los que sean presentados por los Comités, por cualquier delegado, o por el Secretario serán sometidos a la Comisión General.

d) El Director de la Oficina será Secretario ex-officio de la Conferencia y de las Comisiones, subcomités y grupos de trabajo que la misma establezca. -- El Director podrá delegar estas funciones.

#### Parte II. Comisiones de la Conferencia.

a) Al iniciarse la primera sesión plenaria la Conferencia nombrará una Comisión de Credenciales, integrada por tres delegados del mismo número de Gobiernos. Esta Comisión examinará las credenciales de los delegados y de los observadores e informará sin demora a la Conferencia.

b) La Conferencia establecerá una Comisión General integrada por el Presidente y los dos Vicepresidentes de la Conferencia, el Relator, los presidentes de las comisiones principales que se constituyan, y un delegado de un Gobierno elegido por la Conferencia entre los que no estén representados ya en la Comisión General.

Esta Comisión determinará:

1) La hora y lugar de las sesiones plenarias y de las sesiones de las comisiones, 2) Coordinará los trabajos de todas las comisiones y fijará la fecha de clausura.

#### Parte III. Participación de Representantes del Comité Ejecutivo:

El Comité Ejecutivo deberá nombrar a una persona que lo represente en las sesiones que efectúe la Conferencia. Podrá participar sin derecho a voto en las deliberaciones de dichas reuniones.

#### Parte IV. Debates en las Sesiones Plenarias.

a) Los informes de todas las comisiones o grupos de trabajo serán sometidos a la Comisión General para su coordinación antes de presentarlos a una sesión plenaria para consideración definitiva. Después de ser examinados por la Comisión General, dichos informes, con los proyectos de resolución que contengan, serán distribuidos, a ser posible, o más tardar en la sesión anterior a aquella en que hayan de ser examinados.

b) Cualquier delegado podrá presentar una moción de orden durante la discusión de cualquier punto, y esta habrá de ser resuelta inmediatamente por el Presidente, el que a su vez podrá someter a votación la Clausura del debate.

c) Las propuestas de enmienda a resoluciones que serán sometidas a la Comisión General, así como las ponencias, deberán formularse por escrito y entregadas al Secretario, quien distribuirá copias a los delegados para debatirse y someterlas a votación.

d) Se considerará como enmienda, toda moción que se limite a añadir o suprimir algo en el texto de una proposición o a modificar alguna de las partes de ese texto, cuando una moción tenga por objeto sustituir una proposición distinta.



#### Parte V. Votación de Sesiones Plenarias.

a) A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "Gobiernos presentes y votantes" los que emiten un voto afirmativo o negativo o, en una elección, un voto a favor de una persona o un Gobierno elegible de acuerdo con la Constitución o con este Reglamento. A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "mayoría" cualquier número de votos mayor que la mitad de los votos emitidos -- por los Gobiernos presentes y votantes, o, en el caso de la elección de Director, cualquier número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización. En el cómputo de la mayoría requerida en cualquier votación, toda fracción se computará con un número entero.

b) Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o este Reglamento dispongan otra cosa. En caso de empate, la moción se someterá inmediatamente y sin nuevo debate a una segunda votación, y, si el empate se repitiera, se considerará no aprobada.

c) Las elecciones se celebrarán normalmente mediante votación secreta, por boletas, Sin perjuicio de lo dispuesto en cuanto a la elección de miembros del Comité Ejecutivo y a la de Director de la Oficina, si el número de candidatos -- para un cargo electivo no excede del número de puestos vacantes, no será necesario efectuar la votación y los candidatos serán declarados electos.

Quando sea necesario efectuar una votación, el Presidente designará dos escrutadores, entre las delegaciones presentes.

#### Parte VI. Debates y Votaciones en las Comisiones y Grupos de Trabajo.

a) El procedimiento seguido en los debates y votaciones de las comisiones y grupos de trabajo se atenderá, en cuanto sea posible, a las normas relativas a los debates y votaciones de las sesiones plenarias.

#### Parte VII. Elección de Miembros del Comité Ejecutivo.

La Conferencia elegirá, por votación secreta, los Gobiernos Miembros que -- hayan de formar el Comité Ejecutivo.

#### Parte VIII. Elección de Director de la Oficina.

La Conferencia elegirá al Director de la Oficina por votación secreta, en sesión plenaria. Una vez elegido, someterá el nombre de la persona al Consejo -- Ejecutivo de la OMS para su nombramiento como Director General.

#### Parte IX. Idiomas Oficiales.

Los idiomas oficiales de la Conferencia serán, el español, frances, ingles y portugués.

#### Parte X. Actas e Informe Final.

a) El Informe Final contendrá todas las resoluciones y demás decisiones adoptadas por la Conferencia. El Relator, con la ayuda de la Secretaría, preparará el proyecto del Informe Final.

b) El Presidente de la Conferencia y el Secretario ex-oficio firmarán el -- Informe Final.

c) Tan pronto como sea posible, después de la clausura de la Conferencia, se reproducirán los textos definitivos de las actas, del Informe Final y de otros documentos de la Conferencia, y el Director de la Oficina remitirá ejemplares de los mismos a los Gobiernos así como a las organizaciones representadas -- en la Conferencia.

#### Parte XI. Enmiendas del Reglamento Interno.

Este Reglamento podrá ser modificado por el voto de la mayoría de las delegaciones presentes y votantes, previo aviso de 24 horas, o por mayoría de dos --

tercios de las delegaciones presentes y votantes, en cualquier momento.

Todos los asuntos no previstos en este Reglamento serán resueltos directamente por la Conferencia.

#### V. REGLAMENTOS INTERNOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

Texto aprobado por el Consejo Directivo en su XIII Reunión, Resolución --- XXXVII (1961), y modificado de conformidad con la Resolución I de su XVIII Reunión (1968), la Resolución I de su XIX Reunión (1968), y la Resolución I de su XX Reunión (1971).

El Presente Reglamento consta de XIII Partes, las cuales establecen lo mismo que el anterior, razón por la cual sólo las enumeraremos por lo que no es necesario que se transcriban.

Parte I. Reuniones del Consejo.

a) El Director de la Oficina convocará al Consejo para que se reúna de conformidad con el párrafo A del Artículo 12 de la Constitución que establece: "El Consejo se reunirá normalmente una vez al año, en los años en que no se reúna la Conferencia". Las reuniones se celebrarán en la Sede de la Organización o en el lugar aprobado por la Conferencia o el Consejo. En estos últimos casos, el Director de la Oficina fijará la fecha de la reunión previa consulta con el Gobierno Huésped.

Parte II. Programa de Temas del Consejo.

Parte III. Sesiones Plenarias del Consejo.

Parte IV. Mesa Directiva.

Parte V. Participación del Representante del Comité Ejecutivo.

Parte VI. Comisiones del Consejo.

Parte VII. Debates en las Sesiones Plenarias.

Parte VIII. Votación en Sesiones Plenarias

Parte IX. Debates y Votaciones en las Comisiones y Grupos de Trabajo.

Parte X. Elección de Miembros del Comité Ejecutivo.

Parte XI. Idiomas Oficiales.

Parte XII. Actas e Informe Final.

Parte XIII. Enmiendas del Reglamento Interno.

Reglamento Interno del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Texto aprobado por el Comité Ejecutivo en su 45a. Reunión, Resolución I -- (1961), y modificado de conformidad con la Resolución III de su 56a. Reunión -- (1967), la Resolución I de su 64a. Reunión (1970). 14 El Reglamento señalado consta sólo de VIII Partes, a diferencia de los anteriores que contienen un mayor número de disposiciones.

Parte I. Reuniones del Comité.

a) Las reuniones del Comité Ejecutivo serán convocadas por el Director de la Oficina, y se celebrarán dos reuniones ordinarias cada año.

Una de ellas tendrá lugar en la sede de la reunión del Consejo o de la Conferencia, e inmediatamente después de dicha reunión se celebrarán reuniones extraordinarias cuando las convoque el Director de la Oficina ya sea a iniciativa propia o a solicitud de por lo menos tres Gobiernos Miembros.

b) La presencia de sus representantes constituirá quórum en las sesiones del Comité Ejecutivo.

c) El Director de la Oficina preparará con debida anticipación el proyecto de programas de temas.

d) El Comité Ejecutivo adoptará su propio programa y, en este trámite, introducirá en el proyecto de programa las adiciones o modificaciones que desee de acuerdo con este Reglamento.

Parte II. Mesa Directiva.

a) El Comité Ejecutivo elegirá un Presidente, un Vicepresidente y un Relator quienes desempeñarán sus cargos hasta que sean elegidos sus sucesores. La elección se celebrará cada año en la primera reunión del Comité ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos Gobiernos Miembros.

Parte III. Grupos de Trabajo y Comisiones.

El Comité Ejecutivo podrá establecer los grupos de trabajo que considere necesarios para el despacho ordenado de los asuntos de la reunión. Sin embargo los informes de los grupos de trabajo serán sometidos a una sesión plenaria para adoptar el acuerdo definitivo que corresponda. Los suplentes y asesores podrán formar parte de cualquiera de estos grupos de trabajo.

Parte IV. Debates.

a) Las proposiciones serán sometidas a votación por el orden en que fueren presentadas, salvo cuando el Comité Ejecutivo decida lo contrario. Las proposiciones y las enmiendas se votarán por partes si así lo solicita cualquier representante.

Parte V. Votaciones

Parte VI. Idiomas Oficiales.

Parte VII. Informe Final.

Parte VIII. Enmiendas del Reglamento Interno.

## VI. REGLAS FINANCIERAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.

Texto aprobado por el Comité Ejecutivo en su 43a. Reunión, Resolución XV - (1961 y modificado de conformidad con la Resolución V de su 56a. Reunión 1967).  
15

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana recibirá, depositará y administrará todos los fondos y bienes de la Organización Panamericana de la Salud, para ello deberá establecer con todo detalle las reglas y métodos aplicables en materia de finanzas, con objeto de lograr una gestión financiera eficaz y económica.

Por tal motivo, se regirá la gestión financiera de la Organización Panamericana de la Salud por las siguientes Reglas:

Artículo I. Autoridad y Aplicación.

Las Reglas Financieras se aplicarán a todas las oficinas y a todas las transacciones financieras de la Organización, independientemente del origen de los fondos.

Las presentes Reglas entraron en vigor el 1° de Junio de 1961. Las modificaciones posteriores entrarán en vigor en la fecha que determine el Director, a reserva de su confirmación por el Comité Ejecutivo. El Director sera responsable del cumplimiento de las Reglas Financieras. Sin embargo podrá delegar y autorizar la subdelegación de los poderes que juzgue necesarios para garantizar -

la eficaz aplicación de las mismas.

Artículo II. Presupuestos. El proyecto de presupuesto anual estará dividido en títulos, secciones, capítulos y partidas, e irá acompañado de aquellos anexos informativos y exposiciones explicativas que puedan ser pedidos en nombre de la Conferencia o del Consejo Directivo, y de aquellos anexos y exposiciones adicionales que el Director pueda considerar necesarios y útiles.

Los funcionarios correspondientes presentarán al Jefe de Administración -- programas anuales de trabajo y los estimados necesarios en la forma y en las fechas que se les indiquen.

Artículo III. Asignaciones.

a) Las asignaciones votadas por la Conferencia o por el Consejo Directivo constituyen una autorización para contraer las obligaciones y efectuar los pagos relativos a los fines para los que se aprobaron los mismos, pero no se podrán contraer obligaciones, no efectuar pagos hasta que el Director haya dado la autorización por escrito.

b) El Director, estará autorizado para incluir como obligaciones a cargo de las asignaciones anuales:

1) Los gastos, inclusive el transporte, de los suministros y equipos para las operaciones y el costo de las publicaciones para las que se hayan estipulado contratos al 31 de Diciembre del ejercicio financiero;

2) Todos los gastos estimados en una beca.

3) La totalidad de los gastos relativos a los consultores a corto plazo cuyo periodo de servicios no se pueda completar antes de que termine el ejercicio financiero.

c) Cualquier superávit debido a que los ingresos hayan sido superiores al importe de las obligaciones, se transferirá al Fondo de Trabajo. Cualquier déficit debido a que el importe de las obligaciones haya sido superior a los ingresos, se cubrirá con un anticipo del Fondo de Trabajo.

d) Las cuotas de los Gobiernos Miembros necesarios para las asignaciones votadas por la Conferencia o por el Consejo Directivo, se fijarán con arreglo al Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, el cual dispone que: "Para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se les imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana, la Unión Panamericana recogerá un fondo que no será menor de 50,000 dólares cuya suma será prorrateada entre los gobiernos signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratea los gastos de la Unión Panamericana".

Artículo IV. Consignaciones de Crédito.

a) El Director autorizará por escrito las consignaciones de créditos.

b) La Organización, se autorizará independientemente del origen de los fondos.

c) El Jefe de Administración cuidará de que las consignaciones de crédito se autoricen de conformidad con la resolución sobre asignaciones y las normas establecidas por el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo.

Artículo V. Obligaciones.

a) Sólo está autorizado a incurrir en obligaciones con cargo a los créditos consignados el funcionario designado para esta operación en la consignación de créditos.

b) La Organización autorizará independientemente del origen de consignación de créditos y sin exceder del importe de la consignación.

c) Las propuestas para contraer obligaciones se formularán por escrito y

deberán ir acompañadas de todos los documentos pertinentes. En ellas se especificarán la finalidad de los gastos propuestos y el crédito al que se cargarán.

d) El Jefe de Administración asumirá la responsabilidad de examinar las obligaciones propuestas a fin de asegurar que:

1. Hay fondos disponibles.
2. Se observan las reglas, reglamentos y procedimientos de la Organización.
3. La situación financiera de la Organización no resultará perjudicada.
4. La finalidad de los gastos propuestos es en interés de la labor de la -

Organización.

Artículo VI. Control de los Egresos.

a) Salvo en los casos en que lo requieran los usos comerciales corrientes, no se hará en nombre de la Organización ningún contrato ni pedido que obligue a efectuar pagos antes de la entrega de los artículos o de la prestación de servicios.

b) El Director puede autorizar pagos a cuenta cuando lo juzgue conveniente para la Organización.

c) No se efectuará ningún pago a menos que los documentos justificativos - vayan certificados por los funcionarios correspondientes confirmando que:

1. Se han prestado los servicios o se han recibido las mercancías de conformidad a lo estipulado en el contrato;

2. El importe es exacto y se ajusta a lo establecido en el contrato.

d) Como regla general se desestimarán las peticiones de reembolso presentadas después de un año de haberse efectuado por miembros del personal. Esta disposición no es aplicable a las reclamaciones de reembolso del pago de impuestos sobre la renta ni otros asuntos relacionados con las reclamaciones de seguros o de pensiones.

Artículo VII. Adelantos de Caja.

Cuando sea necesario se efectuarán adelantos de caja a los funcionarios -- que designe el Director y por la cantidad que se determine en cada caso, y se - deberá rendir cuentas de su inversión en cualquier momento en que les sean pedidas.

Artículo VIII. Anticipos.

a) Se podrán conceder anticipos para viajes, previa solicitud, a aquellos funcionarios que posean una autorización de viajar en comisión de servicios. - Estos anticipos se utilizarán de conformidad con las disposiciones relativas a viajes y se deberá dar cuenta de los mismos a la terminación del viaje.

b) Se podrán conceder anticipos a cuenta del sueldo a los miembros del personal, de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento del Personal.

Artículo IX. Manejo de Fondos.

a) El Jefe de Administración tendrá a su cargo el manejo, la recaudación y el desembolso de todos los fondos de la Organización.

b) Los Fondos de la Organización sólo se despositarán en los Bancos o instituciones que designe el Director.

c) El Jefe de Administración manejará todas las cuentas bancarias de la Organización, inclusive las que se abran para fondos fiduciarios y otros fines especiales, y llevará la correspondiente cuenta de caja en la que se registrarán, por orden cronológico, todas las entradas y salidas. Se anotarán, en cuenta --

aparte el movimiento de cada cuenta bancaria, así como el de las cantidades depositadas en otras instituciones.

d) El Director establecerá nóminas de funcionarios autorizados para firmar los cheques de la Organización. Los cheques expedidos a cargo de las cuentas de la Organización, irán firmados por dos funcionarios de las nóminas correspondientes; no obstante, cuando el Director considere que los fondos de la Organización están debidamente garantizados, o bien en circunstancias excepcionales, podrá autorizar la firma de cheques por un solo funcionario.

#### Artículo X. Acuentas.

a) El Jefe de Administración se encargará de establecer y llevar la contabilidad oficial de la Organización.

b) Las cuentas se dividirán en Generales, Presupuestarias y Tesorería, y a base de ellas se prepararán los estados financieros periódicos.

c) todas las cuentas se justificarán con la documentación correspondiente, que se conservará como parte integrante de la contabilidad oficial de la Organización.

#### Artículo XI. Cuentas Generales.

En las cuentas Generales se anotará el movimiento de los ingresos clasificados y los gastos, efectivo en caja y bancos, inversiones, cuentas pendientes de cobro y otros haberes, cuentas pendientes de pagar y otras obligaciones, Fondo de Trabajo y otros fondos fiduciarios cuentas especiales que se establezcan.

#### Artículo XII. Las Cuentas Presupuestarias presentarán:

a) La cuenta original de las asignaciones votadas por la Conferencia o por el Consejo Directivo;

b) Los cambios en la cuenta de las asignaciones con motivo de alguna transferencia;

c) Los créditos que no se hubieran incluido en las asignaciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo;

d) Los créditos consignados;

e) Las obligaciones contraídas, liquidadas o sin liquidar;

f) Los egresos;

g) Los saldos sin asignación de los créditos.

#### Artículo XIII. Las Cuentas de Tesorería comprenderán:

a) El movimiento de caja, con indicación de todos los ingresos y egresos de la Organización;

b) El movimiento de fondos fiduciarios y otros especiales cuya administración se rige por normas especiales;

c) El estado de las aportaciones de los Gobiernos Miembros indicando las cuotas asignadas, las cantidades recudadas y las pendientes de pago;

d) Un libro de inversiones, con todos los detalles de cada uno de las inversiones efectuadas por la Organización.

#### Artículo XIV. Estados de Cuentas.

El Jefe de Administración presentará;

a) Estados de cuentas periódicas de la situación presupuestaria.

b) Un balance detallado, en la fecha más temprana posible de cada año, al 31 de Diciembre del año anterior. Además de este balance se presentará:

1) Un resumen del estado de ingresos y egresos;

2) Un estado presupuestario indicando las asignaciones votadas de los gastos efectuados;

- 3) Un estado de las obligaciones autorizadas pendientes al 31 de Diciembre que se cargarán a las asignaciones del año siguiente.
- 4) Estado de los fondos fiduciarios y otros fondos especiales;
- 5) Estado del Fondo de Trabajo;
- 6) Estado de las pérdidas sufridas durante el año, en material y en efectivo, con indicación de la forma en que se reflejan en la contabilidad;
- 7) Estado de pagos ex-garantía;
- 8) Estado relativo a las compras efectuadas por cuenta de los Gobiernos, instituciones públicas y otras organizaciones.

#### Artículo XV. Bienes.

- a) El costo de todos los bienes que no sean inmuebles se contabilizarán inmediatamente como egreso.
- b) Se llevará un registro detallado de los bienes inmuebles y del equipo y suministros no fungibles cuyo costo de adquisición sea de 20.00 dólares en adelante, sea cual fuere la forma de adquisición y la procedencia.
- c) El producto de la venta de bienes sobrantes se contabilizará inmediatamente como Ingresos Varios.
- d) Se podrán proporcionar artículos y prestar servicios a los Gobiernos, organismos especializados y otras organizaciones, a base de reembolsos o de prestaciones recíprocas en los términos y condiciones que determine el Director.

#### Artículo XVI. Compras y Contratos.

- a) Sólo los funcionarios debidamente autorizados, podrán contratar servicios y adquirir suministros, equipo y otros artículos, por cuenta de la Organización.
- b) Todas las compras y contratos de un importe superior a 1,000.00 dólares se harán por concurso, salvo cuando el Director autorice otra cosa.

#### Artículo XVII. Control Interno.

El Jefe de Administración establecerá y mantendrá un control adecuado de las transacciones financieras y de las demás operaciones de la Organización -- que determine el Director.

#### Artículo XVIII. Fondo de Trabajo.

- a) Las Reglas Financieras se aplicarán también a los créditos existentes en el Fondo de Trabajo para gastos imprevistos y extraordinarios.
  1. La expresión gastos imprevistos significa los gastos resultantes de la ejecución de un programa de conformidad con las normas aprobadas por la Conferencia, o por el Consejo Directivo, o relacionados con dicha ejecución, pero que no se habían previsto al preparar los estimados.
  2. La expresión gastos extraordinarios significa los gastos de artículos u objetos no incluidos en los estimados presupuestarios, es decir, al margen del programa en que se basaron los estimados.
- b) El Jefe de Administración tendrá a su cargo la preparación de los datos sobre el estado de todas las obligaciones contraídas de acuerdo con las resoluciones relativas a los gastos imprevistos y extraordinarios y los someterá a la consideración del Comité Ejecutivo; además preparará los estimados suplementarios que se requieran a este respecto para su presentación a la Conferencia o al Consejo Directivo.

De lo espuesto, se deduce que el financiamiento es un factor fundamental que condiciona el éxito de un programa de salud.

La Existencia del personal competente, el apoyo público y financiamiento adecuado son factores fundamentales que condicionan el éxito del programa de salud.

El Financiamiento de los servicios de salud comprende dos aspectos, cómo obtener el dinero para el presupuesto del programa y cómo invertirlo adecuadamente en las actividades de protección de la salud.

La inversión de los fondos dedicados al programa de salud es un negocio público, ya que el dinero siempre proviene de la población mundial. Los contribuyentes, o sea los que pagan impuestos, están interesados en la buena administración del dinero que entregan a las autoridades comunales o al gobierno nacional. Por lo tanto, el administrador sanitario debe obtener el máximo de interés del capital invertido en el programa de salud. Los conocimientos técnicos del administrador y el análisis de los problemas locales determinan lo que debe hacerse en el juicio administrativo y la habilidad comercial determinan lo que se puede obtener con los recursos económicos disponibles.

El prestigio y la eficiencia de la organización se traduce administrativamente en el presupuesto que es el documento más importante del servicio de salud. La preparación del presupuesto se hace anualmente considerando las necesidades de mantenimiento de los servicios, de acuerdo con el costo de años anteriores u organismos similares y con las debidas correcciones y reajustes, que hay que considerar también para ampliar las ya existentes.

Las operaciones financieras en administración sanitaria incluyen la confección del presupuesto, la contabilidad y las adquisiciones. La primera concierne directamente al administrador sanitario, las otras dos al personal administrativo auxiliar.



CAPITULO SEPTIMO

Aspectos Sanitarios Internacionales del Derecho Vigente  
Médico

- I. LA SANIDAD INTERNA
- II. LOS SERVICIOS DE SANIDAD INTERNACIONAL
- III. LA SANIDAD EN MATERIA DE MIGRACION
- IV. SANIDAD MARITIMA, AEREA Y TERRESTRE
- V. ARTICULO 133 DE LA CONSTITUCION POLITICA
- VI. ARTICULO 73 FRACCION XVI CONSTITUCIONAL

Antes de iniciar el estudio de este Capítulo, recordemos aquel principio de la Constitución Mundial de la Salud que dice: "Los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, y sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas".

Lo anterior nos indica que la salud de todos los pueblos es una obligación fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

De los resultados que se obtengan de cada Estado, en el fomento y protección de la Salud, serán valiosos para alcanzar el grado máximo de salud de la Comunidad Internacional.

Por tal motivo corresponde dedicar al trabajo que nos ocupa, un capítulo -- que trate sobre los aspectos sanitarios internacionales del Derecho Mexicano Vigente. Para su estudio lo hemos dividido de la manera siguiente:

## I. SANIDAD INTERNA

Como precedente histórico del origen de la Sanidad Interna de México, conviene señalar que por el año 1910, la situación por la que pasaba nuestro país en el aspecto sanitario era profundamente deficiente, existía una abundancia de enfermedades, sobre todo de las transmisibles, debidas éstas a la insalubridad y miseria de la población.

Las Actividades sanitarias que desempeñaba el Estado en algunos puertos marítimos o fronterizos era muy poco lo que hacía como sanidad internacional.

En los Estados, la sanidad oscilaba entre mala y pésima. En algunos se trataba de imitar algo de lo que se hacía en el Distrito Federal; había órganos con nombre sanitario, como consejos de salubridad, juntas de sanidad o delegaciones sanitarias que se limitaban a hacer, esporádicamente vacunación antivariolosa, lucha contra perros callejeros, con intención antirrábica, y en su caso rudimentaria, inspección de de algunos alimentos.

Llegó el 20 de Noviembre y se desató la violencia, más que para realizar ideales precisos o ejecutar programas bien preparados, por el impulso avasallador originado en la imposibilidad de seguir soportando la vida como era entonces. Las vicisitudes de aquel movimiento social han sido relatadas muchas veces y no hay para qué intentar ahora repetir tal relato.

El primer efecto de la Revolución en la Salud Pública de México, el de su etapa de demolición, fue como no podía menos de serlo, de carácter negativo.

Por mientras se desarrollaba la feroz lucha armada, muchos elementos iban imponiendo en la conciencia de muchos mexicanos la verdadera realidad de su patria. Fue reconocida y apreciada entonces la verdad que justificaba, sostenía y fomentaba el espíritu revolucionario. Uno de los rostros de esa verdad fue el que ofrecía la pobre salud de nuestro pueblo, y su contemplación obligó a sentir apremio para cambiar esa situación hasta los límites de su necesidad.

Fue entonces, el impulso que llevó a la Constitución Política elaborada en Querétaro, a la declaración de que el Estado considera como su deber cuidar la salud de su pueblo, la declaración de la supremacía para la austeridad de la sanidad, en casos de urgencia; la comprensión de que la sanidad requería de un órgano independiente de trabas burocráticas. Fue, finalmente, como realidad de --

como símbolo la fundación de aquel Departamento de Salubridad (que posteriormente se llamó Secretaría de Salubridad y Asistencia), que tanto hizo con tan pocos recursos, y del que arrancó toda la obra grandiosa que después se ha hecho en México en materia de sanidad. La revolución de México, iniciada el 20 de noviembre de 1910, dio a nuestra sanidad la consideración y el aprecio que merece y los recursos que requiere para su progreso.

En la historia de la higiene pública de México, vemos que se han expedido varios Códigos Sanitarios con el objeto de acelerar la evolución en materia de salud, de renovar criterios, cambiar estructuras; organizar masivamente a la población para contribuir al mejoramiento del ambiente y de la salud individual y colectiva.

En relación a la Sanidad Internacional, México es signatario del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la XXVII Asamblea Mundial de la Salud el 25 de Julio de 1969 y cuya finalidad es: Conseguir la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades con un mínimo de trabas para el tráfico mundial. El nuevo Reglamento tiene por objeto estimular la aplicación de los principios epidemiológicos en el plano internacional, especialmente la vigilancia epidemiológica como medio para descubrir y combatir las enfermedades transmisibles.

Secundariamente el Reglamento tiene como objeto descubrir, reducir o eliminar las fuentes de propagación de las infecciones, mejorar las condiciones de saneamiento en los puertos y aeropuertos y en sus inmediaciones, impedir la difusión de vectores y en forma general, fomentar el desarrollo de los servicios epidemiológicos nacionales para reducir en todo lo posible el riesgo de introducción de infecciones procedentes del exterior.

El objeto del Reglamento Sanitario Internacional es, por tanto, la notificación inmediata a la autoridad sanitaria, de cuatro enfermedades; el cólera la peste, la fiebre amarilla y la viruela. Después del 1º de Enero de 1971, la fiebre recurrente (*Borrelia recurrentis*) y tifo, transmitidas por piojos; incluidas anteriormente entre las enfermedades cuarentenables, junto con la poliomielitis, el paludismo y la influenza serán consideradas entre las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades en la investigación continua en todos los aspectos relativos a la ocurrencia y la diseminación de una enfermedad, que es necesaria para su control. Entre estos se incluyen la colección y evaluación sistemática de informes de morbilidad y mortalidad; informes especiales de estudios de campo, tanto de epidemias como de casos individuales; el aislamiento e identificación de agentes infecciosos por los laboratorios; información respecto a la disponibilidad y uso de vacunas y toxoides, inmunoglobulinas; insecticidas y otras sustancias usadas en el control de las enfermedades; información sobre el nivel de la inmunidad de sectores de la población y otros datos de interés epidemiológico. Este procedimiento de vigilancia epidemiológica se aplica a todos los niveles administrativos de la salubridad, desde el nivel local hasta el nivel internacional. Corresponde en nuestro país a la Subsecretaría de Salubridad exclusivamente hacer la notificación internacional de las enfermedades objeto de cuarentena (cólera, peste, fiebre amarilla y viruela), así como de los requisitos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia imponga a los viajeros y mercancías procedentes de áreas infectadas por esas enfermedades. También corresponde a la Secretaría de Salubridad la notificación internacional de las enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica.

Certificados internacionales de vacunación.

Los certificados internacionales de vacunación son únicamente válidos cuando son expedidos por las autoridades sanitarias. No tienen validez para este caso los certificados por médicos particulares.

Existen tres tipos de certificados:

1. Certificado internacional de vacunación contra el cólera. Es válido por seis meses empezando a contar seis días después de la primera inyección de la vacuna. Una inyección dada antes de la terminación de la validez del certificado lo hace válido por otros seis meses, a partir de la fecha de esta última inyección.

2. Certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla. Es válido diez años, contados a partir de diez días después de la vacunación. La revacunación hecha antes de la terminación de la validez del certificado, lo hace válido por otros diez años a contar de la fecha de la revacunación.

3. Certificado internacional de vacunación contra la viruela. Es válido por tres años a partir del octavo día después de la fecha de la vacunación primaria. En el caso de revacunación, el periodo de validez de tres años empieza a contar en la fecha de revacunación". 1

El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 13 de marzo de 1973, dedica en el Título Duodécimo tres capítulos a la Sanidad Internacional.

El Derecho Sanitario Internacional tiene, desde luego, un campo pero los otros temas han sido mencionados en otros títulos del Código Sanitario o bien se encuentran incorporados en convenios o tratados suscritos por México.

El Código vigente contiene algunas normas que tienen por objeto agilizar el tráfico marítimo, otorgando la libre plática por radio y se hacen más explícitas las atribuciones en lo tocante a los servicios de sanidad en fronteras terrestres, así como a las facultades de los delegados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

## II. LOS SERVICIOS DE SANIDAD INTERNACIONAL

Las disposiciones legales en la práctica del ejercicio de los servicios de sanidad internacional, a que se refiere el Código Sanitario se encuentran estrechamente relacionadas con las normas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, que entró en vigor desde el primero de enero de 1971.

En el Capítulo I del Título Duodécimo del Código Sanitario se fijan las bases de los Servicios de Sanidad Internacional.

En principio tenemos el Artículo 338, que estipula: "El servicio de sanidad internacional se regirá por lo que establecen los tratados y convenios internacionales vigentes, en los que México sea parte, las disposiciones de este Código, sus reglamentos y las normas técnicas y administrativas que especialmente dicte la Secretaría de Salubridad y Asistencia".

A su vez el Artículo 339, señala que, corresponden a la Secretaría de Salubridad y Asistencia los asuntos de sanidad internacional y en consecuencia:

1. *Control de Enfermedades Transmisibles, Editada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México 1976, pág. 470.*

- I. La Administración de los servicios de sanidad internacional;
- II. La Administración de los servicios sanitarios de migración; y
- III. La administración de los demás servicios sanitarios en los puertos de altura, en las poblaciones fronterizas de tránsito y tráfico internacional y en los aeropuertos internacionales.

Se establece en el Artículo 340: La Secretaría de Salubridad y Asistencia establecerá servicios de sanidad permanentes en los puertos, aeropuertos, poblaciones fronterizas y demás lugares autorizados por la ley para el tránsito migratorio.

Además el Artículo 341 señala que: Los Delegados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en las entidades federativas, ejercerán también sus funciones en las islas sujetas a la jurisdicción del Gobierno Federal, excepto cuando la propia Secretaría designe personal especial para ello.

Determina el Artículo 342: Todos los puertos y aeropuertos abiertos al tránsito internacional deberán reunir como mínimo, los siguientes requisitos sanitarios:

I. Servicio médico sanitario al que estén adscritos, por lo menos, un médico y un oficial sanitarios, dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia;

II. Local para examen médico

III. Laboratorios o equipos para obtención y envío de muestras;

IV. Los medios necesarios para transportar, aislar y tratar a las personas infectadas o sospechosas de padecer infección;

V. Equipo de desinfección, desinsectación, desratización y detección de radiactividad;

VI. Agua potable;

VII. Sistema adecuado para eliminación de desechos; y

VIII. Los demás requisitos que señale la propia Secretaría.

Con objeto de impedir la importación de enfermedades transmisibles se han adoptado medidas preventivas en los puertos, aeropuertos y poblaciones fronterizas, las cuales consistirán en:

I. La inspección médico-sanitaria de las naves, aeronaves, ferrocarriles y vehículos de carretera;

II. La vigilancia y el aislamiento de los pasajeros y tripulantes enfermos o sospechosos, en los casos que proceda, de acuerdo con los reglamentos respectivos. Aquellos permanecerán hasta que haya pasado el peligro de transmisión, a juicio de la autoridad sanitaria;

III. La desinfección, desinsectación y desratización, cuando procedan;

IV. La inmunización por los medios indicados; y

V. Las demás que establezcan los tratados y convenios internacionales o que se determinen por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, conforme a lo dispuesto por el Artículo 338 de este Código.

Por otra parte el Artículo 346 estipula: Las autoridades sanitarias impedirán la introducción al territorio nacional de substancias u objetos que, a su juicio, constituyan un gran riesgo para la salud pública al favorecer la transmisión de enfermedades y carecer de garantías de control sanitario. El ejercicio de esta facultad implica la obligación, en cada caso, de informar al titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sobre las medidas adoptadas, dentro

de las veinticuatro horas siguientes a su ejecución.

Sin embargo la Secretaría de Salubridad determinará los animales, agentes infecciosos, substancias u objetos para uso médico o destinado a la investigación científica, que requieren autorización sanitaria para que corresponda a la Secretaría de Agricultura y Ganadería. Los acuerdos que dicte la Secretaría de Salubridad y Asistencia en esta materia, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación.

En el Artículo 348 se señala; La Secretaría de Salubridad y Asistencia informará a la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, o en su caso, al organismo internacional competente, en un plazo no mayor de 24 horas, cuando en una área aparezca una enfermedad de las sujetas a reglamentación internacional, y al efecto, los delegados de la propia Secretaría con jurisdicción en esas áreas, darán aviso a la misma, inmediatamente que tengan conocimiento de la infección o de la infestación, la cual deberá comprobarse sin tardanza.

Para la interpretación de este Artículo, conviene recordar, que en virtud de lo dispuesto en el Código Sanitario Panamericano, la Oficina Sanitaria Panamericana constituye el organismo coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Repúblicas Americanas.

El objeto fundamental de esta Oficina es la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Para realizar estos propósitos la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos firmaron el 26 de agosto de 1952 un Acuerdo, en el cual se establecía una Oficina de zona en la ciudad de México, cuyas actividades se extendieran también a otros países de la región.

Indica el Artículo 349: Los cónsules mexicanos comunicarán inmediatamente a las localidades donde residan, los casos de enfermedades sujetas a reglamentación internacional de que tuvieren conocimiento, si son o no importadas; las medidas preventivas adoptadas por la autoridad sanitaria del lugar, así como los demás informes que puedan ser útiles para la protección sanitaria del territorio nacional. Se dará aviso también a la Secretaría de Gobernación para los efectos correspondientes.

Para los fines anteriores, los cónsules deberán solicitar dichos informes a la autoridad correspondiente, de acuerdo con los tratados y prácticas internacionales.

Para los efectos de este Capítulo se considera infectada una área local cuando exista:

- I. Uno o más de peste, cólera, fiebre amarilla o viruela;
- II. Epidemia de tifo o fiebre recurrente;
- III. Peste entre los roedores, en tierra o a bordo de instalaciones flotantes portuarias, o
- IV. Uno o más casos de fiebre amarilla dentro de los tres meses previos y no se hayan adoptado las medidas adecuadas.

Sobre el particular, el Artículo 351 establece; La Secretaría de Salubridad y Asistencia, independientemente de las disposiciones que establece el Reglamento Sanitario Internacional, podrá dictar las medidas sanitarias que estime pertinentes cuando se presenten casos de: cólera, fiebre amarilla, peste o viruela.

A su vez el Artículo 352 señala que en las regiones en que existe fiebre -- amarilla o en que por el índice de *Aedes Aegypti* pueda juzgarse que están en peligro de infestación, los puertos aéreos, marítimos y terrestres, sanitarios, -- funcionarán como antiamarílicos la Secretaría de Salubridad y Asistencia dará a conocer la noticia a las demás naciones por los conductos debidos.

Por último el Artículo 354 estipula: Cuando las circunstancias lo exijan, -- se establecerán estaciones de aislamiento y vigilancia sanitarias en los lugares que determine la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en caso de emergencia sanitaria la propia, Secretaría podrá habilitar como estación para ese objeto -- cualquier edificio.

### III. LA SANIDAD EN MATERIA DE MIGRACION.

La internación de los extranjeros al territorio nacional se encuentra sujeta a una serie de requisitos legales que, en un momento dado, pueden reducir la llegada de los no nacionales.

Entre esos requisitos que, se convierten en limitaciones, tenemos los de carácter sanitario.

El Código Sanitario reúne en el Capítulo II, del Título Duodécimo los requisitos legales que deben regir lo relativo a la Sanidad en Materia de Migración. Establece el Artículo 35: "Toda persona que pretenda entrar en el territorio nacional será sometida a examen médico, cuando así lo estime conveniente la autoridad sanitaria"

Cuando se trate de inmigrantes, además de los exámenes médicos que practica la autoridad sanitaria, presentarán certificado de salud obtenido en su país de origen, debidamente visado por las autoridades consulares mexicanas.

Se establece en el Artículo 357: No podrán internarse al territorio nacional, hasta en tanto no se cumpla con los requisitos sanitarios, las personas que padezcan alguna de las siguientes enfermedades: peste, cólera, fiebre amarilla y viruela.

Determina el Artículo 359: No podrán entrar al territorio nacional los extranjeros comprendidos en algunos de los casos siguientes:

I. Los ebrios consuetudinarios y los individuos adictos al uso de estupefáciantes y psicotrópicos; y

II. Los que padezcan otras enfermedades o alteraciones que determine el Consejo de Salubridad General, mediante decreto que deberá publicarse en el Diario Oficial de la Federación.

No se aplicará la disposición contenida en la fracción II a las personas a quienes la Secretaría de Salubridad y Asistencia otorgue autorización sanitaria para internarse al país con fines curativos.

Indica el Artículo 360 "Las autoridades sanitarias podrán realizar los reconocimientos médicos que estimen necesarios, a fin de determinar si los extranjeros que pretendan entrar al país, se encuentran comprendidos en cualesquiera de los casos mencionados en el Artículo anterior.

A su vez el Artículo 361, establece: Las autoridades sanitarias realizarán -- los trámites necesarios ante las autoridades competentes, para hacer abandonar el territorio nacional a aquellos extranjeros que hubieren entrado a él contraviniendo lo dispuesto en este Código".

Por último el Artículo 363 señala: Las personas que entren al territorio nacional y que en los catorce días previos a su llegada hayan estado en algún país infectado por la viruela, de acuerdo con los informes epidemiológicos semanales de origen internacional que obren en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, deberán acreditar haber sido vacunados contra la viruela, dentro de los tres años anteriores exhibiendo para ese efecto el correspondiente certificado expedido por la autoridad competente en los modelos aceptados internacionalmente. En caso de no mostrar el certificado serán vacunados y sometidos a vigilancia hasta por catorce días a partir de la fecha de salida al área infectada. Cuando por contradicción médica, debidamente comprobada, alguna persona no pueda ser vacunada, se le someterá a vigilancia sanitaria por un período que no excederá de 14 días a contar de la fecha de su salida al país infectado por la viruela.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia establecerá la forma de efectuar esa vigilancia sanitaria.

#### IV. SANIDAD MARITIMA, AEREA Y TERRESTRE.

En el Capítulo III, del Título Duodécimo del Código Sanitario vigente, se asientan las bases, para que mediante una reglamentación adecuada, pueda ejercerse una vigilancia a los medios de transporte internacional, con el objeto de garantizar más eficazmente el máximo de protección contra la propagación de las enfermedades de un país a otro.

Así tenemos que el Artículo 364 establece: La autoridad sanitaria concederá libre plática a las naves y aeronaves, que hubieren cumplido debidamente con los requisitos que establece este Código y los convenios internacionales.

El Artículo 366 señala: Las naves procedentes de puertos extranjeros con destino a puerto mexicano, deberán estar previstas con la documentación sanitaria exigida por los convenios internacionales vigentes, el presente Código y el Reglamento Sanitario Internacional.

Determina el Artículo 367: El capitán de una nave que transporta pasajeros con destino al territorio nacional, al practicarse la vista correspondiente, entregará por duplicado a la autoridad sanitaria las siguientes listas:

I. De los pasajeros y tripulantes, con los datos que exijan el presente Código y sus reglamentos;

II. De los pasajeros y tripulantes que pretendan bajar a tierra y que hayan llenado los requisitos sanitarios que para ello se requieran;

III. De los pasajeros enfermos, con expresión del diagnóstico de la enfermedad que padezcan, bajo la responsabilidad del médico a bordo, quien firmará dicha constancia en unión del capitán;

IV. De los pasajeros sospechosos de padecer alguna de las enfermedades a que se refieren los Artículos 357 y 358;

V. De los pasajeros que tengan el carácter de inmigrantes trabajadores; y

VI. De los tripulantes que pretendan bajar a tierra y que estén enfermos o aparezcan como sospechosos de padecer alguna de las enfermedades señaladas en los expresados Artículos.



Como una parte muy importante, es la relativa a la vista de sanidad, el Artículo 370 señala que la visita se hará sin dilación, durante las horas que establezca el Reglamento Sanitario Internacional, y aún de noche en los casos de naufragio, arribada forzosa, aterrizaje forzoso y demás que fije el Reglamento citado.

El Artículo 371 establece la siguiente excepción: Las naves de guerra extranjeras que arriben a puerto nacional, serán dispensadas de la documentación sanitaria y sólo serán visitadas a solicitud de sus comandantes. Sin la visita sanitaria correspondiente no podrán quedar a libre plática.

Asimismo señala el Artículo 372 que: Las naves de guerra nacionales, los guardafaros y los guardacostas, no necesitarán la visita oficial sanitaria al entrar o salir de puertos mexicanos, salvo cuando toquen o hayan tocado puertos infectados o cuando transporten pasajeros o tropa.

Estipula el Artículo 375: Antes de salir con destino al extranjero una nave, una aeronave o cualquier vehículo de transporte de pasajeros, la autoridad sanitaria realizará la visita correspondiente a las mismas y la inspección de pasajeros con el fin de determinar la existencia de personas en posibilidad de transmitir alguna enfermedad y, en su caso, impedir su embarque y evitar que en ellos haya transmisores de alguna enfermedad sujeta a reglamentación internacional.

Indica el Artículo 376: El comandante de la aeronave o el representante autorizado, al aterrizar en un aeropuerto, llenará y presentará a la autoridad sanitaria de este lugar, un ejemplar de la declaración general de aeronaves, que contenga los informes sanitarios en la forma establecida por los reglamentos.

El comandante suministrará, además, la información complementaria que requiera la autoridad sanitaria, respecto a las condiciones de sanidad a bordo, durante el viaje.

Por otra parte, respecto a la desinfección, desinsectación y desratización de las naves, ésta se deberá llevar a cabo periódicamente por lo menos cada seis meses, comprendiendo a toda la embarcación y sus botes salvavidas.

Las aeronaves se sujetarán a la desinsectación periódica por lo menos cada tres meses.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia determinará la naturaleza y característica de los insecticidas, desinfectantes y, en general, de los plaguicidas que deban usarse y la forma de aplicarlos para evitar daños a la salud humana.

En último término, el Artículo 381 estipula: "Las autoridades sanitarias podrán aplicar las disposiciones de este Capítulo, en lo conducente, a los vehículos que se internen al territorio nacional por las fronteras terrestres."

## V. ARTICULO 133 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

### Texto vigente del Artículo 135:

"Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que están de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebran por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Cons-

titución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que puedan haber en las Constituciones o leyes de los Estados".

El Artículo 133 de la Constitución, ubicado en su Título Séptimo, denominada Prevenciones Generales, establece la supremacía constitucional y una escala jerárquica de las diferentes disposiciones generales abstractas y obligatorias que rigen o puedan regir en el país.

De acuerdo con este precepto el rango superior dentro del orden jurídico corresponde a la Constitución a cuyos mandamientos debe ajustarse el resto de las mencionadas disposiciones. Igual rango adquieren los tratados internacionales celebrados por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, en los términos de los Artículos 76, fracción I y 89, fracción X, siempre y cuando dichos tratados no contravengan el Código Fundamental. Las leyes federales y las locales, por su parte, según lo dispuesto en los Artículos 41, 73, 74, 75 y 76, rigen en ámbitos distintos, y en tanto unos y otros se ajusten a la Constitución, tendrán igual grado de validez.

Respecto a la parte final del Artículo 133 que impone a los jueces de los Estados la obligación de respetar la Constitución General, leyes federales y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones y leyes de las entidades federativas, nos indica que no se permite en ningún caso la celebración de tratados que estén en desacuerdo con la Constitución. Sobre el particular el maestro Felipe Tena Ramírez nos dice "y si los tratados, que según ese rango cuando están de acuerdo con la Constitución, con mayor razón debe darse tal conformidad en las convenciones diplomáticas que, además de los tratados, puede celebrar el Presidente de la República según el Artículo 76, fracción I. Dichas convenciones son de categoría inferior a los tratados, y el legislador constituyente no tuvo a bien incluirlas, al par de los tratados, en el concepto de ley suprema que consagra el Artículo 133; de allí que las convenciones estén reguladas por el principio general de que los actos de los poderes constituidos deben subordinarse siempre a la Constitución. Por lo tanto, la reforma hecha en 1934 definió y resolvió en favor del derecho interno la cuestión controvertida de si los compromisos internacionales llamados Tratados quedaban o no por encima de la Constitución; pero nada tuvo que decir respecto a las convenciones, actos de autoridad que no forman parte de la ley suprema y que por lo mismo sería ocioso decir que a la ley suprema están supeditados".<sup>2</sup> El principal antecedente constitucional e histórico del Artículo 133 es el que a continuación indicaremos:

El Artículo 133, que corresponde al 126 de la Ley Fundamental de 1957, no tuvo antecedente en el Proyecto de Constitución de Venustiano Carranza; en la 54a. Sesión Ordinaria celebrada el 21 de enero de 1917, la Comisión de Constitución presentó este Artículo con el número 132 para su aprobación del Congreso Constituyente de 1916, el siguiente: "Artículo 132. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que enamen de ella, y todos los tratados hechos y que se hicieron por el Presidente de la República, con aprobación del Congreso, serán la ley suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los Estados".<sup>3</sup>

2. FELIPE TENA RAMÍREZ, *Derecho Constitucional Mexicano*, Edif. Porrúa, México, 1976. pág. 39

3. DERECHOS DEL PUEBLO MEXICANO, México a través de sus Constituciones. Edit. por la XLVI Legislatura de la Cámara de Diputados, México 1967, Tomo VK, pág. 914.

Este precepto, se inspiró en el Artículo VI, párrafo segundo, de la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica la cual establece: Esta Constitución, y las leyes, de los Estados Unidos que se expiden con arreglo a ella, y todos los tratados celebrados o que se celebren bajo la autoridad de los Estados Unidos, serán la suprema ley del país, y los jueces de cada Estado estarán obligados a observarlos, a pesar de cualquier cosa en contrario que se encuentre en la Constitución o las leyes de cualquier Estado.

Ambos preceptos institufan de modo expreso la supremacía de los tres ordenamientos (Constitución, leyes federales y tratados) en relación con la legislación de los Estados miembros, según se infiere de su segunda parte. Pero la supremacía de la Constitución respecto a los otros ordenamientos federales, sólo se refería expresamente a las leyes federales (que emanen de ella, que se expidan con arreglo a ella), no así a los tratados, tocante a los cuales no existía expresión alguna que los subordinara a la Constitución.

Interpretando el texto que sirvió de modelo al nuestro, la jurisprudencia norteamericana no ha sido uniforme. En cambio la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido el principio de la supremacía de la Constitución y el deber de las autoridades de regirse por sus dictados, aunque para ello incurran en desobediencia de la legislación secundaria. Sin embargo apunta el distinguido jurista Felipe Tena Ramírez en su obra titulada Principios de Derecho Constitucional que: "La Suprema Corte, jamás ha declarado inconstitucional un tratado y se ha resistido a considerar a las leyes federales preferentes a los tratados". 4

Debido a la diversidad de criterios, expondremos algunas de las tesis más sobresalientes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

Leyes, Constitucionalidad de las.

La obligación que tienen las autoridades de actuar dentro de las normas establecidas por la Carta Magna, y para ello, de confrontar con ésta las leyes que pretendan aplicarse, no produce, al faltarle a esta obligación un nuevo concepto de violación distinto de los que se derivan del desconocimiento de las garantías individuales. En otros términos: sólo dentro del juicio constitucional de la competencia exclusiva del Poder Judicial de la Federación, se debe, necesariamente, a petición de partes, destruir los efectos de una ley inconstitucional, sin que esto signifique que las demás autoridades no deben regirse por la Constitución, aunque para ello tengan que desobedecer una ley secundaria, sólo que este deber no deriva de una competencia jurisdiccional, sino de un mandato general de orden superior, fincado en la supremacía de la Constitución. T. XCI. pág. 1631.

Tratados Internacionales, Validez de los.

El Artículo 33 de nuestra Constitución, previene que: "... la Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, y que celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión, los jueces de cada Estado se sujetarán a dicha Constitución, Leyes y Tratados, a pesar de los Estados". Los estudiosos de nuestra Constitución, sostienen, invariablemente, -- que la misma ley suprema no fija la materia sobre la cual deben versar los tratados y convenciones que celebre el Gobierno de la República; pero en lo que también están de acuerdo, es que la locución y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, se refieren a que las Convenciones y tratados celebrados, no estén en pugna con los preceptos de la misma

4. FELIPE TENA RAMÍREZ, *op. cit.* págs. 37 y 38.

Ley Fundamental, es decir, que estén de acuerdo con la misma. Es pues evidente, que todo tratado o convenio celebrado por el Presidente de la República, así esté aprobado por el Senado, pero que contradiga o esté en oposición con los preceptos de la Constitución, en los puntos o actos en que esto acontezca, no debe tener eficacia jurídica. Amp. en Rev. 7798/47. T. XCVI. pág. 1639". 5

El presente Artículo fue reformado por el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 18 de enero de 1934. El Texto reformado condicionó la validez de los tratados, a que ellos estén de acuerdo con la Constitución, -- el Artículo pasó a ser el 133 y su texto corresponde íntegramente al del precepto en vigor: "Esta Constitución... y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma celebrados"...

A partir de la reforma, los compromisos internacionales contraídos por México tienen que estar de acuerdo a la Constitución para ser válidos.

De lo que hemos señalado, se deduce que la autoridad del país, comprometida internacionalmente, es de considerarse que deberá ser respetada por el propio país, para que pueda ser acatada por los demás. Cabe apuntar que en las relaciones internacionales conviene abrir campo a lo que es regla entre caballeros: la palabra de honor no se discute, se sostiene.

El texto vigente consagra la teoría monista de la primacía del Derecho interno sobre el Derecho Internacional.

#### VI. ARTÍCULO 73 FRACCIÓN XVI CONSTITUCIONAL

Texto vigente del Artículo 73, fracción XVI

El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, emigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad Genral dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligroso de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad (llamado actualmente, Secretaría de Salubridad y Asistencia) tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

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

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo o la venta de substancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación

5. *Derechos del Pueblo Mexicano, op. cit. págs. 942 y 943.*

ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan".

El Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ubicado en su Título Tercero, Capítulo II, del Poder Legislativo, Sección III, denominada De las Facultades del Congreso, enlmera en sus treinta fracciones las atribuciones concedidas a dicho cuerpo legislativo.

Dedicaremos nuestro estudio a la fracción XVI, que encierra las facultades del Congreso en materia de Salubridad.

En primer término expondremos brevemente los principales antecedentes constitucionales e históricos del Artículo 73 fracción XVI de la Constitución de --- 1917:

En la Constitución de 1857 no existía originalmente la facultad de la Federación para intervenir en la materia de salubridad. La facultad pertenecía, por lo tanto, a los Estados, por aplicación del Artículo 124 de la Constitución actual, idéntico al 117 de la Constitución de entonces. 6

Debido a la carencia por parte del Poder Ejecutivo Federal, de medios jurídicos operativos en materia de Salubridad, se realizó en 1908, una reforma constitucional en que se favoreció a la actividad sanitaria.

En la iniciativa presentada ante la Cámara de Diputados el 1º de mayo de ese año, el Ejecutivo propuso restricciones a la garantía de libre tránsito que consagraba el Artículo II, en su inciso primero:

"Todo hombre tiene derecho para entrar y salir de la República, viajar por su territorio y mudar su residencia sin necesidad de carta de seguridad, parte, salvoconducto u otro requisito semejante". Estas restricciones tenían por objeto, impedir el ingreso al país de extranjeros que no fueran deseables desde el punto de vista de la salud, de la conducta o de la utilidad productora. "Estas consideraciones --- dice la iniciativa --- hacen creer al Ejecutivo, que de vigente necesidad para el bienestar nacional es restringir la amplitud de la garantía de libre entrada que otorga el Artículo II Constitucional, permitiendo que las leyes de inmigración y salubridad puedan limitar esa libertad cuando lo exija el interés público". 7 Al mismo tiempo la iniciativa propuso como complemento a la reforma del Artículo II, la adición a la fracción XXI del Artículo 72 (que enumeraba las facultades del Congreso), de la facultad de legislar sobre Salubridad Pública de las costas y fronteras. A este respecto dice la iniciativa: "Aun cuando pudiera creerse que la reforma del Artículo II Constitucional, en los términos de esta iniciativa, sería bastante para establecer, aunque fuera implícita la facultad del Congreso de la Unión para restringir la libertad de entrada y de tránsito en el territorio nacional, al legislar sobre Salubridad en las costas y fronteras, como la fracción XXI del Artículo 72 no habla de Salubridad, parece preferible establecer expresamente tal facultad del Congreso, y no dejarla expuesta a dudas y discusiones, siendo este motivo de que asimismo se proponga la reforma a dicha fracción, mencionando en ella la Salubridad. También se propone en la misma fracción XXI se mencione expresamente la inmigración y colonización ya que son sinónimos, según autoridades de nota, sin embargo en nuestras leyes no se establece esa sinonimia. Por tales motivos, se consulta que la repetida fracción reforme en términos que consigne por expreso modo la facultad del Congreso para legislar "sobre ciudadanía, naturalización e inmigración y sobre la

6. FELIPE TENA RAMIREZ, *op. cit.* págs. 406 y siguientes.

7. *Diario de los Debates de la Cámara de Diputados, 2a. periodo de la XXIII Legislatura, págs. 217 y siguientes.*

Salubridad Pública de las costas y fronteras.

Por otra parte, la Comisión de Puntos Constitucionales de la Cámara de Diputados produjo un dictamen en el que, creyendo precisar el propósito del Ejecutivo, en realidad alteró sustancialmente la iniciativa sobre la que dictaminaba.

Dice el dictamen en este punto: "Otra modificación que consultamos hacer a la iniciativa, es la de sustituir en la Fracción XXI del Artículo 72 la frase -- "Salubridad general de la República" a la de "Salubridad Pública de las costas y fronteras". La primera es más amplia y permite dictar medidas más trascendentales; evita discusiones interminables sobre el radio de acción de los Poderes Federales en materia de Salubridad Pública, y por último, ésta es la razón fundamental que ha inclinado a las Comisiones a tal sustitución, permite al Ejecutivo Federal impedir que, con pretextos de las leyes de salubridad local, un Estado imponga restricciones graves u onerosas al comercio o al tránsito de las personas, autorizando la expedición de leyes que fijen las atribuciones de la Federación en casos de Salubridad General, y dejando a los Estados la facultad inherente a su soberanía interior para legislar en todo lo que atañe a la salubridad local, es decir, a la que no afecte directamente a la salubridad nacional.

El dictamen de los antecedentes que se acaban de invocar, supone una Salubridad General de la República, encomendada al Gobierno Federal, y por otra parte, una salubridad local dejada al cuidado de los Gobiernos de los Estados, entendiéndose por la primera, la posibilidad de impedir la entrada a la República, de individuos enfermos y la de impedir el tránsito dentro del territorio nacional de individuos también enfermos que, al pasar de un Estado a otro, creasen problemas de salubridad.

El dictamen fue aprobado y, elevado a reforma constitucional el 12 de noviembre de 1908, dándole al Congreso de la Unión, la facultad de dictar leyes sobre salubridad general de la República.

En el proyecto de Constitución que presentó el Primer Jefe ante el Congreso de Querétaro, no se introducía modificación alguna en el punto a la facultad que -- respecto a salubridad concedía la reforma de 1908. Pero en la sesión del 19 de enero de 1917 un médico, el diputado J. M. Rodríguez, presentó una adición a la fracción XVI del Artículo 73, que, salvo escasas modificaciones de forma, ha venido a constituir los cuatro incisos enumerados, que sin reforma alguna posterior, conserva en la actualidad la referida fracción XVI.

El C. Rodríguez, fundaba la adición en consideraciones de interés público, ya que la mortalidad por epidemias y la degeneración de la raza por el alcoholismo y drogas exige una intervención energética y rápida de las autoridades, lo que sólo se consigue si la salubridad es general y ejecutiva. "Como si la autoridad sanitaria, dice el proyecto del diputado Rodríguez, no tiene un dominio general sobre la salubridad de la República en todo el país, para dictar sus disposiciones y ponerlas en vigor, éstas dejarán de ser efectivas en un momento dado"... "También sostuvo que la autoridad sanitaria será ejecutiva, y esto se desprende de la urgentísima necesidad de que sus disposiciones no sean bulradas". 8

Sobre el particular, el jurista Felipe Tena Ramírez, opina que las adiciones y reformas que ha tenido el precepto relativo a salubridad, denotan incongruencias en las distintas partes que lo integran, y no sólo eso, sino que altera también nuestro sistema constitucional. Su criterio se basa en las siguientes

8. *Ibidem*, págs. 408 y 409.

consideraciones:

Atribuir al Congreso de la Unión la facultad de definir la esfera de acción en materia de salubridad de los poderes federales y locales como lo hizo la reforma de 1908, y lo ratificó la Constitución de 17, es contrario al sistema federal consagrado por el Artículo 124, que quiere que sea la Constitución y no las leyes secundarias, el Constituyente y no el Congreso ordinario, los que fijen y determinen las materias reservadas a la Federación. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que no es ésta la única excepción constitucional al Artículo 124, en el Artículo 23 Frac. XVII y en otros casos contados, el Congreso de la Unión tiene facultad para determinar la materia federal.

Más trascendental y grave que la anterior excepción, es la dictadura verdaderamente singular que instituyen tocante a salubridad los párrafos 2º y 4º de la Frac. XVI del Artículo 73, los cuales forman parte, como queda dicho, de la adición aprobada por el Congreso de Querétaro.

El párrafo 2º establece que en el caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República. Es éste el único caso constitucional en que una dependencia del Ejecutivo obra autónomamente, sin el acuerdo previo del Presidente.

El párrafo 4º ordena que las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan. Esto significa que el Consejo de Salubridad goza de facultades legislativas, en sustitución del Congreso, cuando ocurren los casos señalados, pues sólo nos explica que el Poder legislativo tenga que revisar las medidas adoptadas por el Consejo.

Así pues, en las hipótesis excepcionales que se enumeran, el Departamento de Salubridad asume funciones del Jefe del Ejecutivo y del Congreso de la Unión, esto es, se reúnen dos Poderes en un solo titular, y este titular único, capaz de suplantar a dos Poderes federales, es una simple dependencia del Ejecutivo.

Si a tan extraordinarias facultades se agrega que para ejercitarlas da acción ejecutiva el Departamento de Salubridad, según lo dice el párrafo 3º de la Frac. XVI, habrá que admitir que la materia de salubridad está regida por disposiciones excepcionales, que contrastan en todo nuestro sistema constitucional. Sin embargo, aún cuando dicho precepto desde su marco constitucional, presenta disposiciones contradictorias a nuestro sistema de gobierno, no hay que dejar de reconocer que se incorporó a la Constitución las bases de una Salubridad nacional, desde donde ha sido posible realizar su misión protectora de la salud del país. A todo esto hay que agregar que los ilustres diputados del Congreso Constituyente de 1917 al aprobar el proyecto de adición al Artículo 73 fracción XVI, se encontraban motivados ante la realidad que presentaba la situación de salud en México y de la necesidad de contar con una salubridad nacional. En virtud de que muchas veces se producía el problema de competencia, de la forma en que podría llevarse a cabo la acción federal cuando epidemias graves afectaban los intereses de la Nación, cuando las cuarentenas internacionales disminuían los ingresos aduanales y cesaban la comunicación con otros países y el libre y benéfico tránsito de personas o la circulación de mercancías. Estas dificultades motivaron que la Secretaría de Gobernación estableciera Delegaciones Sanitarias Marítimas y Fronterizas, con intervención en asuntos de migración y vigilancia inter-

nacional de enfermedades transmisibles. Más las medidas sanitarias muy frecuentes chocaban con las dificultades legales derivadas de la libertad y soberanía de los Estados, y el fenómeno se extremaba al máximo en el caso de presentarse la necesidad de combatir libremente por parte de la autoridad federal, epidemias y pandemias producidas en el interior del país.

Todo esto, justifica la afirmación de que en el año de 1917 comienza en la Historia de la medicina preventiva, como rama jurídica y técnico administrativamente del Gobierno Federal, como instrumento público y adecuado de protección de la salud física y mental de todos los habitantes de la República, y también de la vida cuando ésta es amenazada por las diversas causas de insalubridad.

Por tal motivo, los legisladores consideraron que la salud individual y colectiva es el principio y fin de todas las riquezas de un pueblo, y por ello, el espíritu que anima la letra del texto constitucional que nos ocupa en el comienzo del inciso, está viva la relación que debe de haber y hay, entre individuo nacional o extranjero, y Derecho a la Salud física y mental.



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

Primera: La Sanidad Internacional, nació por el terror a las enfermedades e epidemiológicas. Su impulso inicial fue tan vigoroso que permitió reunir a hombres de diferentes países razas y religiones con el afán de protegerse contra un mal común. Los países celebraron múltiples conferencias sanitarias internacionales, las cuales tuvieron como objeto desarrollar una acción sanitaria internacional.

Segunda: La Organización Mundial de la Salud en 1948 inició sus funciones como organismo especializado de las Naciones Unidas, absorbiendo a todas las anteriores organizaciones internacionales de salud que estaban en funciones. La Organización está facultada para actuar como institución de consulta y asesoramiento, a pedido de los países interesados, está regida por una constitución, en la que claramente se establece la más amplia cooperación entre las personas y los Estados como condición para lograr la paz y la seguridad.

Tercera: México puede ufanarse de poseer un largo camino recorrido en el campo de la cooperación internacional, pues ha demostrado cooperación leal y abierta a países hermanos y organismos internacionales con el objeto de lograr el mejoramiento integral del hombre, dentro de un marco de democracia y con carácter esencialmente fraterno.

Cuarta: La Declaración Universal de Derechos Humanos, declara en el Artículo 25, el derecho a la salud. La mayoría de los países han llevado este derecho a sus más altos ordenamientos legales.

Quinta: En México, el derecho a la salud tiene como fundamento supremo lo estatuido en los Artículos 73, fracción XVI y 125, fracciones XXIX y XXX, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos vigente.

Sexta: Para fundamentar la acción sanitaria internacional es menester que los países cuenten con una Legislación en Salud Pública actualizada a la realidad mundial, toda vez que las leyes sanitarias son la fuente, autoridad y poder de los servicios de Salud.

Séptima: Se impone la necesidad de aplicar eficazmente los Tratados y Convenios Internacionales que en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas se hayan celebrado.

Octava: La eficacia de las normas internacionales contra el consumo de drogas dependerá de las medidas que adopten los gobiernos a nivel nacional, en estrecha colaboración con otros gobiernos y con los órganos internacionales de fiscalización.

Novena: Las necesidades sanitarias fundamentales de una gran parte de la población mundial siguen insatisfechas, debido a la falta de personal capacitado en las múltiples disciplinas técnicas que comprenden los servicios de salud pública y principalmente a la carencia de recursos financieros suficientes. El factor económico es primordial para lograr el buen estado de salud.

Décima: La Organización Panamericana de la Salud, como agencia central coordinadora de las actividades sanitarias internacionales en las Américas, debe extender la acción de los servicios de salud a todas las zonas rurales en las que vive más del 80% de la población.

Decimaprimer: El nivel sanitario y, por tanto, el grado de salubridad de una nación, es resultante de múltiples factores como son los económicos, educativos, geográficos y sociales, a los que los gobiernos y diversos organismos internacionales deben prestar consideración.

Desimasegunda: A la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en México le corresponde el carácter de autoridad ejecutiva con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Para la realización de la labor que tiene encomendada la Secretaría, requiere se aumente su presupuesto, con el objeto de que el Estado satisfaga las crecientes demandas de la población en este renglón.

Decimatercera: México en acatamiento a normas jurídicas internacionales e internas ha de insistir en fomentar la salud del individuo y de la comunidad, en conservar un ambiente sano y en atacar decididamente la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

- BARTOLY, HILDEBRANDO. Tratado de Derecho Internacional Público. Tomo I. Brasil 1945.
- BARTOLY, HILDEBRANDO. Tratado de Derecho Internacional Público. Tomo II. -- Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1935 2a. edición brasileña por el doctor José Luis Azcárraga.
- AUTORES: ALVAREZ AMEZQUITA JOSE, BUSTAMANTE MIGUEL E. LOPEZ PICAZOS ANTONIO FERNANDEZ DEL CASTILLO FRANCISCO - Historia de la Salubridad y de la asistencia en México. Editada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia México 1960.
- ARELLANO GARCIA, CARLOS. Derecho Internacional Privado. Editorial Porrúa, S.A. México. 1974.
- ARELLANO GARCIA, CARLOS. Apuntes de -- Derecho Internacional Público, UNAM Católica. México. 1976.
- BAESA RAFAEL. Principios de Derecho Administrativo. Argentina, 1960.
- CARDENAS DE LA PEÑA ENRIQUE. Historia de la Medicina en la Ciudad de México. Colección Metropolitana. México, 1976.
- CUEVAS CANCINO. FRANCISCO. Tratado sobre la Organización Internacional. Editorial Jus, S.A. México 1962.
- ENGUEL, FEDERICO. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Ediciones de Cultura Popular. México, 1976.
- FAHRAEUS, ROLUN. Historia de la Medicina. Editorial Gustavo Gili. Barcelona. 1956.
- FRAGA, GABINO. Derecho Administrativo. Editorial Porrúa, S.A. México, 1975.
- HANLON, JOHN J. Principios de Administración Sanitaria. Editada por la Prensa Médica Mexicana. México, 1976.
- LANCIS Y SANCHEZ, ANTONIO. Derecho Administrativo. Cultural, S.A. Habana 1952.
- LAMBO, T. A. El Derecho a la Salud. Revista de la Salud Mundial. Junio, 1974.
- NORMAN HOWARD, JONES. Revista de Salud Mundial. Artículo, Un Vínculo Internacional, O.M.S., s/n agosto-septiembre de 1971.
- SAN MARTIN, HERNAN. Salud y Enfermedad Editorial Fournier, S.A. México. 1975.
- SARALEGUI. JOSE. Historia de la Sanidad Internacional. Montevideo, 1958.
- SEARA VAZQUEZ, MODESTO. Tratado General de la Organización Internacional. Fondo de Cultura Económica, 1a. edición México, 1974.
- SEARA VAZQUEZ. MODESTO. Derecho Internacional Público. Editorial Porrúa, México, 1974.
- SEPULVEDA, CESAR. Derecho Internacional Público. Editorial Porrúa, S.A. México 1975.

SERRA ROJAS, ANDRES. Derecho Administrativo. Editorial Porrúa, S.A. México. 1970.

SIERRA, J. MANUEL. Tratado de Derecho Internacional Público. México. 1959.

SORENSEN MAX. Manual de Derecho Internacional Público. Fondo de Cultura Económica. México, 1973.

STICH ZDENEK. La Sanidad en Checoslovaquia. Orbis-Praga, 1954.

TENA RAMIREZ, FELIPE. Derecho Constitucional Mexicano. Editorial Porrúa, S.A. México, 1976.

VERDROSS ALFRED. Derecho Internacional Público. Ediciones Aguilar, S.A. Madrid, 1967.

WOLEGAN FRIEDMANN. La nueva estructura del derecho internacional. Editorial F. Trillas, S.A. México, 1967.

#### DOCUMENTOS

Carta de las Naciones Unidas, Publicada por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Carta de los Estados Americanos..

Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. (Período de Junio de 1948 a 1970). Undécima edición OMS. abril de 1970.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Carta de información de las Naciones Unidas. División de Estupefacientes. noviembre-diciembre, 1976.

Informe Técnico del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, Núm. 499, México, 1972.

Informe del Comité de Expertos en administración Sanitaria. Publicación científica, Núm. 6. México, 1974.

Informe del Comité de Expertos en Administración en Salud Pública. Publicación científica Núm. 83. México, 1975.

Documentos Básicos de la Organización Mundial de la Salud. Publicación de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C. 200 37. EUA 1975.

Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación de la Organización Mundial de la Salud Núm. 125. Washington, D.C. 200 37. EUA 1973.

Revista de la Organización Mundial de la Salud. Artículo Grandes horas de la Medicina. Estados Unidos, 1970.

Crónica de la OMS. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 30, Núm. 7, 1972.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa, S.A. Quincuagésima Sexta edición. México. 1975.

Tratados Ratificados y Convenios Ejecutivos celebrados por México. Editada por la Cámara de Senadores, (compuesta de 20 Tomos). México, 1972.

Derechos del Pueblo Mexicano. México a través de sus Constituciones. Editada por la Cámara de Diputados. XVI Legislatura de la C. de Diputados. México, 1967.

- Documentos de Política Internacional. Secretaría de la Presidencia. Departamento Editorial. México, 1975.
- Diccionario de la Lengua Española. -- Real Academia Española. Imprenta de los señores Hernández y Compañía. décima edición. Madrid. España, 1889.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. del 9 de Junio de 1926.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. del 31 de agosto de 1934.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. del 25 de enero de 1950.
- Diario de los Debates de la Cámara de Diputados 2º período de la XXIII Legislatura.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, del 1º de marzo de 1955.
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. del 13 de marzo de 1973.
- Revista de Salud Pública de México. - Epoca V - Volumen IX, Número 5. septiembre-octubre de 1967.
- Control de las Enfermedades Transmisibles. Editada por la Secretaría de Salud y Asistencia. México. 1975.