



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIALES

LA PARTICIPACIÓN DE MÉXICO EN LA OPS Y SU
IMPACTO EN LA REGIÓN EN LAS
AMÉRICAS. 1949-2012.

T E S I S A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN RELACIONES
INTERNACIONALES
PRESENTA:
RICARDO BONILLA ARANDA

ASESORA: DRA MA. DE LOURDES SANCHEZ MENDOZA



CIUDAD UNIVERSITARIA

2015



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

La Participación de México en la OPS y su impacto en la región en las Américas.
1949-2012.

Índice	Pág
Introducción.	1
1.- La Salud en el mundo y en las Relaciones Internacionales.	8
1.1. Contexto histórico.	8
1.2. La Salud y las relaciones internacionales.	12
1.3. La agenda de salud internacional.	15
1.4 La aparición de las agencias de salud regionales.	21
2.- La Organización Panamericana de la Salud.	22
2.1. El surgimiento de la Organización Panamericana de la Salud.	23
2.2. La Organización Panamericana de la Salud.	33
2.3. La labor de la Organización Panamericana de la Salud.	39
2.4. La efectividad de las OPS.	53
3.-México en la Organización Panamericana de la Salud.	66
3.1. Los orígenes.	67
3.2. La participación de México en la OPS.	68
3.3. El caso específico en salud materno-infantil. OPS-México.	74
3.4. La influencia de México en la agenda regional de salud en la actualidad.	86
3.5. Hacia dónde va la OPS.	89
4.-Conclusiones.	90
5.-Anexo.	95
6.-Bibliografía.	97

Introducción:

La salud representa uno de los temas más relevantes de las relaciones internacionales debido al impacto que causa en la población mundial, ya que la aparición de enfermedades puede generar vulnerabilidades y deterioro en los Estados. En la actualidad la salud ha ocupado espacios relevantes en la agenda internacional ya que el surgimiento de epidemias ha demostrado la fragilidad de los países evidenciando que los virus y las emergencias sanitarias no están circunscritos a un espacio o territorio específico. Hoy en día la globalización ha incrementado el riesgo de la proliferación de enfermedades debido a la rapidez de los medios de transporte, la velocidad de las comunicaciones y la porosidad de las fronteras.

Además del actual panorama, es importante mencionar que siempre la salud ha tenido un papel relevante para los Estados, porque representa bienestar para su población, porque el incremento en el nivel y acceso a servicios sanitarios se traduce en su desarrollo y crecimiento, puesto que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

Así aunque en la actualidad la salud ha tomado un papel relevante en las relaciones internacionales, siempre ha estado presente en el ámbito mundial, por lo que para el impulso y preservación de la salud, así como el control de las epidemias se crearon organizaciones que ayudarán a lograr el objetivo antes señalado y que fungieran como rectoras para la estructuración de la salud y de actividades en pro de ésta.

Ante ese contexto, la aparición de instituciones sanitarias internacionales y regionales coadyuvó al mantenimiento de la salud de los Estados, forjando una

¹ Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>, consultado el 18 de septiembre de 2015.

dinámica que ha estado presente desde finales del siglo XIX. Es decir, se generaron regímenes de sanidad en varias zonas para atender las diversas afecciones de los países en áreas específicas. Así, en el continente americano la temprana aparición de una institución regional sanitaria generó diversas acciones que se encaminaron a combatir las enfermedades que aquejaban a la población.

Por otra parte, el surgimiento de esta organización, la cual evolucionó en estructura y denominación, conllevó muchos cambios que generaron un impacto en la salud regional, alcanzando mejoras incluso para los países, conformando un sistema sanitario, el cual se vio fortalecido y empezó a generar retos. Así esta institución que hoy responde al nombre de Organización Panamericana de la Salud (OPS, en adelante), cambió las condiciones sanitarias americanas, sentando un precedente y una dinámica regional de sanidad.

En ese sentido, la misión que ha tenido la OPS ha sido muy relevante para el impulso de la salud en el continente americano y para salvaguardar a su población de las afecciones existentes.

Debido a todo lo anterior es importante el papel de la OPS, ya que nació con el objetivo de velar por la salud en la región, puesto que ésta se ha convertido en una condición esencial para el mejoramiento de la población de los Estados, por lo que al ser un concepto que depende de varias circunstancias, elementos y determinantes sociales repercute en todos los ámbitos de la vida nacional e internacional. Así, para lidiar con las enfermedades y las epidemias los países convinieron en la necesidad de cooperar entre sí para promover el mejor estado de salud para su gente y por tanto de su región.

Por esta circunstancia, a lo largo de la historia los países han emprendido esfuerzos para colaborar en favor de una salud internacional y regional que beneficie a la sociedad global, motivo por el que con la generación del sistema de Naciones Unidas y la aparición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante) se generó una dinámica clara para el mejoramiento de la salud a nivel mundial, en donde se insertó la OPS, no sólo como parte del naciente régimen

sanitario internacional, sino también como la oficina regional, por ser la primer agencia de salud en el mundo, creada en 1902, la cual con el surgimiento del sistema internacional de salud asumió el rol que le otorgo la OMS y mantuvo su estatus de organismo internacional.

Así bajo ese esquema, la OPS fue diseñada para garantizar la salud y cooperación entre los países americanos, los cuales al ser miembros se obligaban a colaborar en pro del beneficio sanitario regional.

La dinámica anterior ha planteado el compromiso de los países que conforman la OPS en aras del fortalecimiento de las condiciones de salud de sus poblaciones y el fomento del bienestar sanitario de sus miembros, “como lo es México desde el 1 de marzo de 1929”².

A partir de la creación de la OPS se han definido lineamientos de salud para favorecer la salubridad en las Américas, generando políticas para colaborar con instituciones ya existentes en los países miembros; situación que favoreció que la organización empezara a apoyar la eliminación de infecciones, el control del aumento de enfermedades no transmisibles y la proliferación de riesgos generados por malos estilos de vida a nivel local, nacional y regional.

En ese sentido, quedó claro que las acciones de los países tienen un impacto directo en el ejercicio y funcionamiento de la organización, puesto que hay Estados que tienen mayor participación que otros. En este caso, México ha tenido un papel decisivo en torno a la salud del continente que puede ser dual, puesto que a lo largo de los últimos 50 años ha desarrollado políticas sanitarias que ayudaron a la prevención y erradicación de las enfermedades infecto-contagiosas, lo que coadyuvó a resolver algunas asignaturas pendientes en las Latinoamérica, situación que generó que México fuera visto como una referencia en el tema, colocándolo durante un tiempo como un líder en la zona para impulsar y promover la cooperación

² PAHO, http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=183&lang=es , consultado el 18 de septiembre de 2015

efectiva en salud y después de tantos cambios México está buscando retomar ese lugar, para lo que necesita resolver los viejos y emergentes problemas de salud que lo aquejan.

Para el logro de lo anterior, México debe fortalecer su sistema de salud y empezar a emigrar de la medicina curativa a la preventiva, así como incrementar los servicios de salud para lograr una verdadera cobertura universal; condición que se ve afectada por la desigualdad social y económica que prevalece en el país

Dicha situación ha ocasionado que en México persistan enfermedades de países en desarrollo y de los industrializados, lo cual no deja de desentrañar grandes retos pero también acciones de cooperación y propuestas específicas para el mejoramiento de la OPS y de la salud en la zona.

Por otra parte la OPS, a lo largo de su historia, ha enfrentado grandes desafíos y en esta coyuntura se ha evidenciado la necesidad de trabajar conjuntamente en favor de la salud de los países miembros, definiendo una Agenda de Salud para las Américas 2008- 2017, que logre resaltar y reflejar las necesidades, temas y prioridades de cada país mediante un plan de acciones regionales que congreguen a todos los actores involucrados en la salud regional. Así se busca conocer cómo ha sido el desempeño de la OPS desde su integración al Sistema de Naciones Unidas como el organismo encargado de la promoción de la salud en las Américas y en qué medida la participación de México ha impactado en beneficio de la salud regional.

En este sentido, la presente investigación abarca el periodo de 1949 a 2012, debido a que con la creación de Naciones Unidas, la OPS se erigió como el organismo de la salud en América que surgió con la creación de su constitución en 1949 como parte del sistema de Naciones Unidas y concluye en 2012 debido a que en esa fecha se dio un gran cambio en la organización, con ruptura de un periodo, en el cual la dirección de la OPS estuvo ocupada por décadas por un país y una visión sanitaria muy específica, por lo que la designación de la actual directora, la OPS empezó un viraje hacia la salud regional en pro del bienestar de la población.

Así, la presente investigación es muy importante para las Ciencias Sociales por el aspecto multi e interdisciplinario que conlleva, puesto que la salud es un tema social por todas las implicaciones que tiene, ya que está asociada a factores determinantes como el acceso a agua potable, buena alimentación y la pobreza, lo que se relaciona con las políticas públicas y con la propia gestión administrativa, por lo que trasciende del nivel técnico al social, al político y de allí a la esfera internacional, puesto que sin salud no es posible el funcionamiento de las sociedades y de los Estados a ningún nivel.

Esta investigación es muy relevante para las relaciones internacionales por la interconexión que el tema de salud tiene y especialmente para el papel que ha tenido la OPS en la salud regional, ya que muestra que ha sido primordial para unir esfuerzos en el combate a enfermedades y mejorar la salud de la población a nivel regional, ya que en este mundo globalizado los riesgos son mayores, puesto que con el flujo constante de gente y mercancías, las personas se convierten en transportadores de virus y enfermedades, para lo cual se requiere mayor cooperación entre los actores internacionales.

Lo significativo de este tema no sólo atañe a los estudiosos de la medicina y las relaciones internacionales sino a toda la sociedad regional, puesto que el conocer lo que hace la OPS y el país en pro de la salud de la gente repercute en el bienestar de los Estados, de igual manera, saber el funcionamiento de la OPS y los beneficios reales que representa el trabajo conjunto en la región es primordial para entender el impacto que la salud tiene en el desarrollo de los pueblos.

Como estudiante de la carrera de Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México considero que es un tema fundamental para la comprensión de la agenda internacional actual y para tener una visión amplia de nuestra realidad mundial, de los diferentes aspectos que impactan a los Estados y para comprender que los riesgos han dejado de ser restringidos por las fronteras y que ahora son globales.

Como estudioso de las Ciencias Sociales en general y de las Relaciones Internacionales en particular, me parece que en el análisis del papel de la salud a nivel mundial confluyen varias aristas sociales que permiten ver que la salud no sólo es un asunto técnico-medico sino que implica toma de decisiones a todos los niveles; así la generación de actividades en pro de ésta involucra a diversos actores y circunstancias para mantener la salud y el bienestar del mayor capital de los Estados que es su gente.

Como internacionalista de la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM pienso que el conocer el papel que ha tenido nuestro país en la OPS en un asunto de vital trascendencia como la salud, ya que engendra un gran compromiso por dos razones, la primera, porque al destinar recursos de los mexicanos a un organismo internacional es prioritario saber qué se está haciendo en favor de la salud de nuestra gente, y en segundo, porque en la medida que se conozcan e incentiven mayores acciones para mejorar la salud de los mexicanos en el plano nacional y regional, este país realmente generará desarrollo, productividad, crecimiento y mejores condiciones de vida para todos.

Asimismo es de vital importancia analizar en qué medida los recursos destinados por México se convierten en beneficios sanitarios para la población del continente, por lo que el objetivo general de esta investigación es analizar la efectividad de un sistema regional de salud a través de la labor de la OPS.

En ese marco el primer capítulo muestra un breve recorrido de la salud desde la perspectiva de las relaciones Internacionales y el impacto que tiene en el desarrollo e interacción de los Estados. De igual manera, se plantea el contexto y panorama de cómo surgieron las agencias sanitarias internacionales.

Por otra parte, a lo largo del capítulo dos se analiza el panorama del surgimiento y funcionamiento de la OPS y se plantea cómo ha ayudado al mejoramiento de la salud regional.

Finalmente, en el capítulo tres se explica cuál y cómo ha sido la participación de México en la OPS y si las acciones y decisiones que México ha impulsado a nivel regional en materia de salud.

Por todo lo anterior, durante la presente investigación se expone la hipótesis de que la OPS ha ayudado parcialmente a la efectividad de un sistema regional de salud para el bienestar sanitario y de la población americana, impactando en el desarrollo y crecimiento económico del continente y que México ha coadyuvado ha este mejoramiento, mediante el impulso de políticas, acciones, experiencias exitosas y buenas prácticas en pro de la salud nacional y regional. En última instancia también se plantea el avance que ha tenido la organización, a partir de su surgimiento y la presencia de México, mostrando que ha sido efectivo su papel y sobre todo su actuar en el plano regional y mundial.

Capítulo 1: La Salud en el Mundo y su impacto en el continente americano

"Al encarar el futuro, debemos recordar siempre que los seres humanos no son servidores de las economías. Al contrario, el desarrollo y la producción económicos deben estar al servicio de los hombres y las mujeres. La seguridad y la salud en el trabajo son medios decisivos con vistas a la consecución de ese fin".

Kofi A. Annan

Ex Secretario General de las Naciones Unidas

1.1 Contexto histórico.

El acontecer internacional antiguamente estaba asociado a temas económicos, militares y de seguridad, situación que fue muy evidente durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Este periodo puso de manifiesto que los Estados y su bienestar constituían el ámbito más importante para la estabilidad mundial.

Para la segunda post guerra la principal preocupación recaía en la reactivación económica y la productividad internacional, por lo que era muy claro que todos los temas que fueran ajenos a ellos carecían de importancia.

Así necesidades como la alimentación, educación y la salud constituían la preocupación de las personas mas no de los países; sin embargo el panorama internacional demandaba que para avanzar en el crecimiento y la industrialización la gente tuviera atendidas las necesidades básicas como las antes mencionadas.

En ese sentido, la devastación material y monetaria de los países, incluso los vencedores de la contienda bélica, ya no permitía una reconstrucción o reactivación de manera aislada, contexto que requería la unificación y cooperación de los ganadores para superar el reto de la devastación lo que motivo la creación de un

sistema que atendiera los asuntos pendientes, así surge el sistema de naciones unidas.

Lo anterior es importante porque la aparición de hambrunas, enfermedades, desplazados y niños huérfanos fueron el legado de la Segunda Guerra Mundial y la respuesta de los vencedores, dentro de la creación de ese nuevo sistema recayó en la conformación de agencias especializadas.

En el caso de salud se aprovecharon algunas organizaciones que ya habían realizado trabajos previos que coadyuvaron a la propuesta de la administración de la salud a nivel internacional. Tal fue el caso del comité de salud de la Oficina de Salud de la Sociedad de Naciones, el cual sentó las bases para la estructura de la nueva entidad que se denominaría Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año de 1948.

Así con el surgimiento de la OMS se buscó cumplir el objetivo de atender las enfermedades que había en ese momento en el mundo y “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto de salud”³. Para el logro de la anterior tarea, la OMS requería tener presencia en las diferentes regiones que necesitaban atención inmediata o donde proliferaban diferentes enfermedades.

Como es evidente, Europa era el punto geográfico de mayor prioridad, no obstante en la región americana proliferaban grandes afecciones infecto-contagiosas, las cuales eran atendidas mediante la OPS, antes llamada Oficina Panamericana de la Salud la cual bajo la estructura de la OMS se convirtió en una de sus oficinas regionales, pero continuó manteniendo su estatus de organismo internacional de salud pública encargado de los temas sanitarios en América y órgano especialista en salud del sistema interamericano.

La situación anterior permitió que paralelamente el sistema interamericano de salud que ya existía gracias a la OPS, se fuera incorporando al sistema internacional, sin embargo a nivel continental ya existían estructuras específicas

³ OMS, *artículo 1 de la constitución de la OMS*, Ginebra 1948. P 2.

que atendía las necesidades de los países del continente, así como el impulso de políticas para atender las prioridades sanitarias.

Es importante señalar que cuando la OPS se incorporó a la OMS ya había realizado trabajos importantes e impulsando acciones concretas que habían beneficiado a la población americana, situación que logró mediante la colaboración de los países miembro; uno de los que tuvo y sigue teniendo una participación activa fue México.

Así el actuar mexicano en un sistema sanitario regional ha conllevado a la propuesta de diversas iniciativas de colaboración sanitaria que han impactado en el mejoramiento de la salud de la población del continente americano y de México, identificando directrices para avanzar en la salubridad regional, mediante la atención de las prioridades nacionales y coadyuvando a la promoción de las continentales.

Bajo este panorama y ante la coyuntura actual, México debe de continuar promoviendo acciones para cooperar en temas prioritarios de salud y generar conjuntamente con los demás países miembros de la OPS sinergias que permitan avanzar en la modificación y consolidación de un sistema regional, que refleje las necesidades en materia de salud de todo el continente.

En virtud de lo anterior es importante mencionar que la OPS desde su inclusión en el sistema internacional de salud ha sufrido grandes cambios y ha enfrentado diversos retos reflejando asignaturas pendientes y la necesidad de que los miembros tomen un papel activo que permita actuar ante las dinámicas sanitarias regional e internacional.

Ante el panorama actual, la participación de México deberá continuar de manera propositiva a fin de responder a los retos que demanda el siglo XXI.

Cabe señalar que una de las asignaturas pendientes, y que se ha convertido en un reto para este siglo es la pobreza lo cual es un determinante social de gran importancia para que la gente pueda tener acceso a los servicios de salud por lo

que para mejorar la salud de la población todo el continente requiere de acciones concretas y efectivas que impulsen una verdadera cobertura universal fortaleciendo así sistemas de salud más eficientes que respondan a las necesidades de la población americana, circunstancia que sin duda contribuirá a reestructurar el régimen regional de salud que ha encabezado OPS. Dentro del sistema capitalista generado en la Segunda Guerra Mundial que planteo la aparición de la salud como parte de una estructura de poder en las R.R. I. I., la teoría de sistemas refleja la composición de una salud internacional fortalecida por una regional, atenta a las necesidades de una población de un área geográfica específica.

La situación anterior es muy importante debido a la innegable existencia de la relación pobreza y enfermedad, porque en todo el mundo y especialmente en la región de América Latina y el Caribe prevalecen millones de personas que viven en condiciones de pobreza y carencia, por lo que si en los Estados de esas regiones no existen instituciones de salud pública, el acceso se verá limitado y la gente no podrá ser atendida y morirá por enfermedades prevenibles, circunstancia que es una realidad en la actualidad.

Así, a pesar de la existencia de un sistema sanitario regional se hace evidente que los Estados son los que deben proveer e invertir en una verdadera salud para todos evitando que la condición económica obstaculice una condición saludable de la gente, ya que “estas situaciones pasan aquí, en nuestro país, la gente muere por no diagnosticarse sin importar en qué Estado se encuentre, situación que también sucede en el resto del mundo”⁴.

⁴ El Financiero, [en línea]: La carencia por acceso a los servicios de salud bajo considerablemente al pasar de 42.8 millones de personas (38.4 por ciento) en 2008 a 25.3 millones personas (21.5%) en 2012. <http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/coneval-advierte-sobre-cobertura-de-salud-insuficiente.html> consultado el 18 de septiembre 2015.

1.2. La Salud y las relaciones internacionales.

El surgimiento de las relaciones internacionales está asociado al análisis y desenlace de la Primera Guerra Mundial, por lo que el nacimiento de ésta como disciplina está estrechamente vinculado al poder político y militar en el mundo, a la expansión territorial y a la dinámica de la fuerza.

Bajo ese esquema ha sido muy complicada la inclusión y explicación de temas distantes a la visión bélica, por lo que en el estudio de las Relaciones Internacionales, donde sigue persistiendo una gran inclinación hacia la discusión del poder político, fenómenos como la salud no han tenido mucha resonancia, a pesar de que es una condición indispensable para el funcionamiento de los Estados, puesto que no hay nada más internacional que la propagación de las enfermedades para las cuales no existen fronteras.

Todo lo anterior explica por qué la salud constituye un fenómeno de las relaciones internacionales, la cual ha trascendido el paso de los siglos, pues en la actualidad refleja de la mejor manera la dinámica de la globalización. Una clara muestra histórica son las prácticas del antiguo Imperio Egipcio, donde los pueblos se unían para la contención de las enfermedades, por lo que crearon las cuarentenas, que refiere la biblia la constante preocupación de los Estados para la conservación de la salud.

Por lo anterior, resulta claro que la salud es un fenómeno internacional que durante mucho tiempo no fue reconocido como tal, la mayoría de los países asociaron durante décadas el concepto de salud con la medicina y el ámbito social, sin embargo al ser una condición indispensable para la humanidad refiere un gran componente mundial, porque afecta a todos los actores inmersos en las relaciones internacionales, motivo por el que se hace evidente la necesidad de cooperación entre las naciones, porque las enfermedades o virus afectan sin necesidad de una delimitación territorial, sin importar en qué lugar se generen o en donde se encuentre la cura. La condición de salud es lo más endeble e importante para las personas,

porque sin esto no sería posible el funcionamiento de los países ni la propia dinámica mundial.

La historia de la humanidad muestra que las enfermedades son los agentes más peligrosos para la preservación de la especie, puesto que aniquilaban y lo siguen haciendo, a miles de personas; una simple fiebre se volvía en primera instancia un problema de un individuo, después de su familia, luego de una comunidad, pasando a su sociedad e incluso iba más allá, volviéndose una preocupación estatal y después global.

Las plagas y enfermedades han sido registradas desde el principio de la humanidad, libros considerados sagrados como la Biblia y el Corán refieren esta situación y cómo generaban una preocupación colectiva, pues narran las primeras acciones que se hicieron para erradicarlas, por lo que consideraban la importancia de medidas de prevención como el aislamiento, lavado de cuerpo y la cremación, todas estas acciones generaron la colaboración entre los Estados. Al paso del tiempo se volvió necesario documentar lo que ya había pasado para evitar que en diferentes ciudades pasara lo mismo. “En 1546, Girolamo Fracastoro publicó, en Venecia, el libro *De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione*, en donde por primera vez se describen todas las enfermedades que en ese momento podían calificarse como contagiosas (peste, lepra, tisis, sarna, rabia, erisipela, viruela, ántrax y tracoma) y agrega, como entidades nuevas, el tifus exantemático y la sífilis”⁵.

En el caso de América cuando los europeos colonizaron y trajeron enfermedades inexistentes en ese momento para los americanos, incentivaron la propagación de virus; de esta forma los nativos infectados no habían desarrollado defensas y sucumbieron ante dichos padecimientos.

Así, en todos los continentes las afecciones han estado presentes y se fortalecían al ignorar como atacarlas, por lo que el legado de acciones preventivas

⁵ López Moreno, Sergio. Desarrollo Histórico de la Epidemiología: su formación como disciplina científica, en Salud Pública de México, vol.42, num.2, Marzo-Abril 2000, Instituto Nacional de Salud Pública, México, p.135

como aislamiento y cierre de fronteras fueron las medidas a implementar y conllevaron a que para cumplir con este fin se generara la unidad de los países, los cuales hicieron del mantenimiento de la salud una preocupación constante, lo que motivó la acción conjunta internacional, ya que una enfermedad lograba juntar a países enemigos alrededor de un objetivo común: encontrar la solución para la contención o eliminación del padecimiento que los amenazaba en un mismo lugar y a la población de una misma región.

Lo anterior, fomentó acciones compartidas para resolver problemas comunes, que se estructurarían en espacios colectivos que enmarcaban la voluntad de enfrentar nuevos retos, todo esto generó que “la semilla de lo que sería la Organización Panamericana de la Salud fuera sembrada en el siglo XIX cuando los dirigentes políticos de todo el mundo preocupados por los serios problemas de salud que tenían ante sí se reunieron en cuatro conferencias sanitarias internacionales. La primera y segunda celebrada en Paris en 1851 y 1859, la tercera en Constantinopla en 1866 y la cuarta en Viena en 1874”⁶.

Estos esfuerzos originaron la aparición de organismos que encarnaron el espíritu de la colaboración para un noble propósito: mejorar la salud de la población mundial, pero que también denotaba un nuevo espacio para abordar un tema que contemplaría las prioridades de diversas regiones y englobaría las necesidades de los países, es decir la salud, no obstante al establecer las sedes de dichos organismos sería evidente que los temas serían dirigidos por la mayoría europea y Estados Unidos, puesto que la mayoría de los países, que actualmente conforman estos organismos aún eran colonias y eso dictaría una ventaja entre los hoy denominados países industrializados y en el resto en el ámbito sanitario.

Europa no era la única región con epidemias, ya que en América también se presentaban, tal fue el caso de la fiebre amarilla, la cual mostró un panorama poco alentador, que empezó a promover acciones encaminadas hacia la cooperación

⁶ *Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en Republica Dominicana 1902-2002*, Organización Panamericana de la Salud, Republica Dominicana, 2002. P. 19

sanitaria en la región, puesto que “la quinta de estas conferencias se celebró en Washington en 1881, a raíz de la epidemia de fiebre amarilla iniciada en Brasil en los años 70 y que arribó a los Estados Unidos en 1878”⁷. Todos estos esfuerzos ayudaron para reafirmar la importancia de organizarse en contra de las enfermedades.

Al principio estos esfuerzos estuvieron encaminados a prevenir y buscar la estabilización de las enfermedades, pero el siguiente paso sería avanzar hacia la construcción de medidas higiénicas y de sanidad para mejorar las condiciones sanitarias en el continente en pro del mejoramiento y bienestar de la población.

Así, la creación de una estructura organizacional se planteó como la vía idónea, para mejorar los sistemas de salud de los países de la región, perfilando una directriz continental en materia de salud, la cual años después se encarnaría en la OPS.

1.3. La agenda de salud internacional.

Las conferencias antes mencionadas de una u otra forma plantearon la importancia de la salud en la política internacional, fomentando relaciones de “cooperación” para hacer un frente común a las enfermedades, lo que resultó en la creación de una organización a nivel internacional y otra en un plano regional, las cuales constituyeron un artifice para la atención de temas urgentes como las epidemias, que requerían de una mayor planeación para contener las enfermedades y para trabajar hacia el mejoramiento de la salud y las prioridades sanitarias; sin embargo ahí comenzaría un nuevo reto para todo el planeta.

La realidad sanitaria demandaba acciones claras por parte de los países de manera urgente, por lo que la construcción de una agenda tenía la consigna de

⁷ Centenario de la OPS, *La OPS y el Estado colombiano. Cien años de historia 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2002. P.16

reflejar las prioridades en materia de salud de todo el mundo, lo que implicaría que se considerarían las necesidades de la mayoría de los países.

Lo anterior sería posible sólo al inicio de la conformación de dichas organizaciones, ya que surgirían diferencias y prioridades, puesto que lo que era importante para una región no lo era para otra, así se fueron planteando en la agenda internacional de salud, temas que no representaban las prioridades de todos los países; por lo que en el caso de América la conformación de la Oficina Sanitaria Internacional, jugaría un papel relevante para el control y tratamiento de las enfermedades a nivel regional.

Un aspecto importante es que la naciente organización detectó que la aparición de nuevas enfermedades representaban un riesgo para el desarrollo, crecimiento y bienestar de los países, por lo que ésta estuvo consciente de que se deberían estudiar, analizar y encontrar la cura de forma rápida y en el caso de las afecciones ya conocidas se debían controlar con medidas que anteriormente habían sido efectivas, aplicando la experiencia adquirida para el tratamiento de las enfermedades.

Lo antes mencionado fue la labor que hizo posible la creación de la nueva organización americana y también se estableció como su objetivo, el cual consideraba las prioridades y necesidades de la región, lo que se vio reflejado en la contención de la fiebre amarilla y el inicio de la vacunación en todo el continente; lo cual años más tarde constituiría una de las medidas más exitosas, generando la prevención de diversas afecciones, situación que marcó un cambio sustancial, ya que más que centrarse en la curación de las enfermedades se avanzó en la medicina preventiva en los países, puesto que las vacunas constituyeron una herramienta fundamental en pro de la salud continental.

Así, el legado de la Oficina Sanitaria Internacional sería el surgimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual marcó una diferencia porque constituyó la primera entidad en materia de salud que planteaba el mejoramiento de las condiciones sanitarias en las Américas, y que se perfilaba hacia el tratamiento y

prevención de diversas enfermedades; no obstante con el tiempo dicho mandato se vería influenciado por una serie de factores y decisiones que modificarían sustancialmente la agenda regional.

Lo anterior muestra cómo los países miembros de la OPS han aceptado cumplir con los principios rectores de la organización en pro de un objetivo común, en torno al cual empezaron a diseñarse los temas fundamentales que requerían los países para mejorar la condición sanitaria de la región evidenciando la necesidad de la cooperación entre los Estados para lograr el objetivo antes mencionado. Para efectuarlo tenían que construir una serie temas y beneficio comunes lo cual constituiría su agenda.

Si bien no podemos hablar de una agenda estructurada como tal al inicio de la labor de la OPS se pueden mencionar los ejes que surgieron al principio como la cooperación técnica y científica así como la administración de salud pública, eje fundamental mediante el cual la colaboración sanitaria se basó en el adiestramiento de personal para hacer posible la prevención y el control de enfermedades.

Un claro ejemplo es como “los ingenieros ambientales de la OPS ayudaron a elaborar e implementar programas de saneamiento urbano y rural para la provisión de agua, la eliminación de aguas residuales, el control de insectos y roedores, la inocuidad de los alimentos, sistemas moderno de evacuación de desechos sólidos y socorro en caso de desastre”⁸.

El segundo eje se destinó al control de enfermedades transmisibles, las cuales eran una prioridad en la región ya que cada país tenía localizada una enfermedad contagiosa, como la viruela en Costa Rica. Así, mediante dicho control se logró la disminución de contagios y decesos en el continente americano.

Los ejes antes mencionados reflejaron las primeras necesidades sanitarias del continente americano las cuales empezaron a tratarse mediante las buenas prácticas generadas durante otras epidemias, que fueron el legado de fenómenos como la expansión de la viruela que azotó Europa durante el siglo XV y la peste

⁸ OPS, *Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en Republica Dominicana 1902-2002*. Op.Cit. p.35.

bubónica en el siglo XVI, sentando un precedente para proponer temas y preocupaciones que reflejaran la unificación de prioridades en materia de salud. Situación que con el pasar de los años generaría la creación de un plan decenal, es decir, un conjunto de acciones y datos destinados a atender las asignaturas pendientes de salud y evaluar los avances que se habían tenido en la región.

Derivado del éxito de la creación de este plan, la organización crearía para cada década el llamado plan decenal.

Si bien es cierto que los planes decenales fueron de gran importancia sin embargo las agendas son las que siguen ocupando hoy en día un papel preponderante, porque engloban las necesidades como los intereses sanitarios de los países miembro. También es importante mencionar que para la construcción de las agendas de los organismos influyen los intereses o decisiones de otros actores de las relaciones internacionales como las Organizaciones No Gubernamentales, empresas trasnacionales e incluso el contexto político internacional.

En la actualidad las agendas son dinámicas debido al mismo trasfondo y desarrollo de los acontecimientos, la agenda de salud internacional se rige por los intereses de los países y por seis puntos que enmarcan los retos de la OMS, necesidades estratégicas y enfoques operacionales que se detallarán más adelante y que refieren especialmente a las regiones con mayores necesidades sanitarias. “Ésta es una organización que vela por la salud del mundo en su conjunto. Nuestro trabajo debe reflejarse en la vida de todas las personas en todas partes, pero hemos de centrar la atención en los más necesitados”⁹.

Lo anterior plantea la necesidad y el deseo de que la OMS realmente refleje las prioridades en materia de salud de todos sus miembros, ya que plantea lo siguiente:

⁹ *Plan estratégico a plazo medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2008-2009*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2007, p. III

- Promover el desarrollo; evidenciando que el progreso social y económico son necesarios en la salud, al mejorar el desarrollo de cada país o región mejoraran medidas sanitarias y de control de enfermedades.
- Fomentar la seguridad sanitaria; al existir brotes de enfermedades y epidemias a nivel mundial constituyen una amenaza a la seguridad sanitaria, por lo que es imperante realizar acciones colectivas que garanticen el bienestar sanitario de la población.
- Fortalecer los sistemas de salud, pues al hacerlo la llegada de servicios de salud a los que no tienen acceso, beneficiará a los países; especialmente se requiere que los servicios sanitarios sean de alta calidad y accesibles para todas las personas.
- Aprovechar las investigaciones, la información y los datos que permitan establecer estrategias. Al contar con estadísticas probatorias fidedignas se conocerá la tendencia de la salud y se podrán aprovechar investigaciones para ayudar a curar enfermedades.
- Potenciar las alianzas, la ayuda entre Naciones, la cooperación técnica y el trabajo conjunto con organismos internacionales, la sociedad y sector privado, todos son necesarios para incentivar la salud en un país o región y proponer que las oficinas regionales como la OPS sea gestor de estas alianzas a nivel regional.
- Que los países mejoren el desempeño y que cada vez más personas tengan mejores trabajos repercutirán en la salud de la población y en su condición sanitaria.
- Mejorar los servicios de salud para las mujeres, puesto que éstas siguen siendo poblaciones vulnerables en algunas regiones pues siguen muriendo a causa de partos o por afecciones no tratadas.
- Controlar y reducir enfermedades en África.
- Atención en las regiones y grupos más vulnerables.

De igual manera, para la ejecución de lo anterior, hay que seguir dos objetivos:

- Enfoque de la salud pública internacional

- Enfoque perfilado hacia la promoción seguridad sanitaria.

Todo lo anterior tiene una estrecha relación con el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, lo que tiene una implicación directa en el desarrollo de las personas y de los países, por lo que también se perfila hacia el crecimiento económico, es decir la inversión en salud por parte de los Estados constituye un elemento esencial para el bienestar en todos los sectores, lo cual a largo plazo impactará en la sociedad internacional.

Cabe señalar que lo anterior es un gran reto, que requiere diversos esfuerzos a todos los niveles, ya que en cada país tiene una forma diferente de trabajar el tema de salud y prioridades sanitarias distintas, lo que dificulta que se universalice el acceso a los servicios, motivo por el que la cooperación internacional juega un papel muy importante para impulsar e intercambiar experiencias exitosas entre los países que les ayude a mejorar la salud de su población, considerando sus características y sobre todo sus necesidades, ya que lo que funciona para uno no es del todo adaptable en otro.

Lo anterior se debe basar en la cultura, el gasto en salud, el producto interno bruto, el crecimiento económico, el perfil epidemiológico de los Estados, la infraestructura en salud y la calidad en los servicios sanitarios, ya que cada país destinará de acuerdo a sus circunstancias los recursos para mayores y mejores servicios, pero “No se pueden eludir las decisiones difíciles en el camino hacia la cobertura universal. Ningún país puede garantizar el acceso a todos los servicios sanitarios que puedan promover, proteger o mejorar la salud”¹⁰.

Con estos retos a cumplir se fortalece el compromiso de que los países sigan trabajando para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio en materia de salud, los cuales pusieron de manifiesto que la salud era un componente esencial para la paz, la seguridad y el desarrollo, por lo que en el año 2000 en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, “189 dirigentes del mundo acordaron una serie de

¹⁰ La Financiación de los sistemas de Salud, el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2010, p.98

metas y objetivos medibles y con plazos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer y crear una asociación mundial para el desarrollo”¹¹. Estos objetivos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Así el mundo se encuentra ante un panorama sanitario complejo, donde prevalecen las enfermedades infectocontagiosas prevenibles y las crónicas degenerativas que implican la muerte de millones de personas, lo cual refiere que existen grandes asignaturas pendientes para que los países logren una salud para todos.

1.4. La aparición de las agencias de salud regionales.

Para lograr el objetivo de mejorar la salud a nivel internacional surgió la Organización Mundial de la Salud, la cual en su estructura contemplaba oficinas o agencias regionales que atendían las necesidades sanitarias de cada zona y que respondían a las prioridades en salud de cada región, por lo que se aunaron esfuerzos para cooperar y ayudarse entre naciones que compartían una proximidad geográfica.

Por lo anterior comenzaron a existir temas regionales en salud, los cuales respondían a la preocupación de los integrantes, así como a las necesidades

¹¹ CINU, [En línea]: <http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/> consultado el 18 de septiembre de 2015.

regionales. Situación que logró avances específicos, un claro ejemplo es la contención de las epidemias en América y la constitución de sistemas sanitarios que mediante diversas medidas como la vacunación y el control sanitario han mejorado las condiciones de la salud de la población de las Américas.

Así, la labor de la Oficina Regional de las Américas tendría un gran reto al confluir con la Organización Panamericana de la Salud, circunstancia que demostraría que más allá de incrementar las acciones para el mejoramiento de la salud de la población americana, se tendrían que definir bien los objetivos tanto de la organización como de la oficina para no duplicar esfuerzos; por lo que al considerar que la OPS ya había desempeñado un trabajo de 4 décadas anterior a la creación de la OMS, y al tener un objetivo muy específico para el mejoramiento de la salud en las Américas, se acordó que se convirtiera en la oficina regional de la OMS asumiendo el mandato y la finalidad que la OMS había diseñado para cada una de sus agencias regionales.

Bajo esa dinámica la OPS trabajaría de manera conjunta con la OMS con el objetivo de resolver las problemáticas sanitarias, coadyuvando a mejorar la salud en el mundo y en el continente americano. Veamos el origen de dicho contexto, que ha labrado la situación actual de la OPS.

2. La Organización Panamericana de la Salud.

En el capítulo anterior se mencionaron algunas generalidades en los comienzos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero en éste se darán a conocer los antecedentes, el surgimiento de la institución, su estructura, la labor que ha llevado a cabo y también su efectividad, así como la importancia que ha tenido a lo largo de su historia y el impacto que sus acciones han generado, puesto que su antecesora “la OSI surgió de la Segunda Conferencia Internacional

de los Estados Americanos que se celebró en México del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, mediante resolución específica”¹².

En ese sentido, la aparición de una organización regional estructurada determinó las diversas pautas en materia sanitaria que se implementarían en el continente, modificando las circunstancias existentes.

2.1. El surgimiento de la Organización Panamericana de la Salud.

Para abordar el surgimiento de la OPS, es necesario mencionar que surgió “el 2 de diciembre de 1902, [cuando] los representantes de los países de las Américas se reunieron en Washington, D.C., para organizar un frente unido contra la propagación de las epidemias y las enfermedades infectocontagiosas que asolaban la región a finales del siglo pasado.”¹³ Sin embargo, para entender cómo se establecería la estructura se debe de mencionar que su antecesora, la Oficina Sanitaria Panamericana, dejaría como legado la misma institución ya que “se determinó que la organización tendría como sede Washington D.C.,... [y de] la Oficina Sanitaria Panamericana surgió una preocupación en torno a la salud en América, incluso allí se dio a conocer el término de panamericana.

Así “en 1902, en el continente americano se creó la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), llamada a partir de 1923 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP),”¹⁴.

Ya creada la OSI había poca organización, grandes dudas de cómo se generaría el financiamiento y las medidas a seguir tanto para su implementación como su obtención. Cabe mencionar que sus principales acciones se destinaron a

¹² Citado en: “La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902-2002, *Op.Cit.*P.17.

¹³PAHO,[Enlínea]:http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=359 consultado el 18 de septiembre de 2015.

¹⁴ La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902- 2002, *Op.Cit.*P.16

la prevención de epidemias e infecciones contagiosas, ya que debido a las constantes interacciones en la zona por el comercio y flujo de personas, el riesgo de la propagación era mayor, motivo por el que se exhortaba a tener más convenciones en donde se lograra redefinir los temas y las prioridades sanitarios.

Otra de las grandes preocupaciones fue la contratación de personal adecuado para el tratamiento y manejo de las epidemias; por otra parte también prevalecía la preocupación de incluir a funcionarios de diversos países que contaran con experiencia en el manejo de las enfermedades infectocontagiosas. Asimismo, otro tema importante era la posibilidad de la reelección de los diversos funcionarios que participaban en las sesiones de la organización.

El tema de la estructura y el funcionamiento de la OSI constituían un ámbito prioritario para determinar las modalidades y ejes de acción, por lo que bajo esta necesidad empezaron a interactuar los países, pero aún quedaba mucho por hacer; sin embargo como se requerían acciones conjuntas para control de las epidemias, la OSI empezó a funcionar con los elementos estructurales que tenía la organización.

Bajo este panorama, la OSI empezó a tener una importancia considerable y cuando se celebró la Convención Sanitaria de 1905 en Washington, conjuntamente con *L'Office International d'Hygiene Publique* se acordó que las resoluciones que existían en América para la detención de la fiebre amarilla deberían de seguirse en los Estados miembro.

Precisamente para poder atender la propagación de la fiebre amarilla y otras prioridades sanitarias, se generó mayor estructuración y expansión de las oficinas, puesto que se estableció que la sede además de fungir como oficina central coadyuvaría con entidades alternas. “Se acordó instalar una Oficina Sanitaria Internacional con sede en Montevideo para servir de centro regional a las

comisiones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay; las demás repúblicas tratarían directamente con la oficina de Washington”¹⁵.

El establecimiento de la oficina antes mencionada sentó un precedente sobre la necesidad de que existieran representaciones aparte de la sede, para establecer una constante comunicación entre ellas, ya que se estaban generando nuevos conocimientos sobre diversas enfermedades en toda América, por lo que era importante que estuvieran en contacto para conocerlos y estar alerta sobre el surgimiento de nuevos peligros sanitarios a combatir, como era el caso del cólera o la peste, los cuales mostraban la necesidad de colaboración sanitaria entre los países, destacando que debido a las diversas circunstancias epidemiológicas por las que pasaba la región evidenciaban que la atención de enfermedades y la provisión de los servicios eran fundamentales. Así la labor y la importancia de la organización fueron claras.

Por lo anterior, las cuarentenas se convirtieron en un ámbito muy efectivo para el control de epidemias, por lo que con el tiempo, la organización transitó de las cuarentenas a la prevención de las enfermedades, basándose, en ese entonces en un novedoso concepto que nunca se había utilizado en la región, y se denominó: educación sanitaria y la promoción de la implementación de servicios básicos de salud en los países miembro.

Con lo anterior se buscaba que las enfermedades, sobre todo las transmisibles, se previnieran y que con esta acción se generara la disminución de diversas enfermedades mediante la educación de la población sobre medidas mínimas de higiene que ayudaran a mejorar las condiciones sanitarias de la región.

Con medidas como la anterior, que incentivaban el mejoramiento de la salud en las Américas, la OSI inició sus primeros 10 años de labor, y aunque las actividades fueron cambiando, como el hecho de que las cuarentenas pasaron a segundo término debido a que ya se había logrado la contención de las enfermedades y empezaron las campañas de vacunación contra la viruela así como

¹⁵ *Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana 1902-2002, Op.Cit.P.23*

las de información para la población, las cuales tenían como objetivo fomentar que la gente tuviera los cuidados sanitarios mínimos necesarios. Así los mismos Estados se dieron cuenta de la importancia que tenían las investigaciones en materia de salud, como una herramienta para la prevención de las enfermedades.

Por lo anterior, “en la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en San José de Costa Rica, de diciembre de 1909 a enero de 1910, se reflejó una mejoría en la salubridad internacional y un mayor interés por la salud general”¹⁶ a nivel mundial y sobre todo en la región.

Ante ese panorama “también debe tenerse en cuenta la relación de la OSI/OSP con entidades estadounidenses de carácter privado, interesadas, por diversas razones, en el tema de la salud y la sanidad, especialmente hay que hacer mención al papel que tuvo (y tiene) en la Organización la Fundación Rockefeller (FR), ya que en el plano continental, por lo menos hasta mediados del siglo XX, se dieron formas de interacción, ayuda técnica y financiera entre diversas instancias: [como el] Servicio de Salud Pública de los EE.UU”¹⁷. Esta situación fue muy importante, ya que la participación de la Fundación Rockefeller muestra que la salud, la economía y el desarrollo están estrechamente relacionados,

Resulta significativo que esta Fundación tuviera una presencia constante en la Organización, ya que en esa época la salud era concebida como un asunto que manejaban los Estados a través de los servicios públicos. Sin embargo, para ésta representaba un medio para mantener la salud de los trabajadores en las diversas empresas de los países donde se encontraban. Esta situación le otorgó un coto de poder en el cual se vería beneficiada al apoyar diversas políticas y acciones de salud, como veremos más adelante.

A través de la Fundación Rockefeller se buscaba una mayor participación en los asuntos sanitarios continentales, esto debido a que necesitaba el control de las

¹⁶ *Ibidem* P. 24

¹⁷ La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902- 2002, *Op:Cit.*P.18

enfermedades para la realización del comercio, por lo que en zonas pobres y en algunas todavía desconocidas la Fundación llevó medidas de prevención sanitaria y con esto encontraron una manera de estabilizar y promover el comercio generando un coto de poder que les beneficiaría en términos de productividad indudablemente, ya que al haber mayor población sana o mantener a sus trabajadores sanos, libres de afecciones, se generaría mayor productividad, lo cual provocaría que apoyara económicamente los temas de salud mediante la creación de instituciones filantrópicas y de investigación, en aras de que esto ayudara a mantener condiciones salubres en los países donde tenía sus principales industrias.

Por lo anterior, “en 1901 se fundó el Instituto Rockefeller de Investigaciones, el cual se encargaría de realizar investigaciones en el campo de las enfermedades “tropicales”, con el fin de sanear las tierras de explotación petrolera, tanto en Estados Unidos como en otros países americanos. La Fundación Rockefeller (FR) se creó en 1909 con una Comisión Sanitaria que en 1913 pasó a llamarse Junta Internacional de Sanidad”¹⁸. Si bien la Fundación argumentaba que realizaba estudios e incentivaba la prevención de varias enfermedades, la malaria fue la de mayor prioridad para la Fundación, por lo que destinó grande esfuerzos para contenerla, y realizó varios análisis de la misma, lo que ayudó a que esta afección se controlara y que se tuviera mayor información al respecto, así fue notable el papel de la FR en este tema.

Debido justamente a la malaria y a su participación en otros temas en ese momento, la FR comenzó a ganar prestigio internacional, lo que se vio reflejado en una gran credibilidad en sus actividades, respeto y también generó cierta confianza entre los Estados a los pocos años de su creación.

Por otra parte, es importante señalar que la OSI necesitaba del apoyo económico de la FR, el cual otorgaba a través de sus aportaciones filantrópicas, permitiendo el funcionamiento administrativo de la Organización, que en ese momento y bajo esas circunstancias sólo se podía lograr con financiamiento

¹⁸ *Ibidem*, P.31

externo. Todo esto aunado a los estándares internacionales de higiene mostraban a Estados Unidos y sobre todo a la FR como la entidad que marcaría los ejes para generar una directriz sanitaria en el continente, mediante la iniciativa de crear insumos básicos como: sueros, vacunas y antibióticos de calidad óptima.

Además hay que mencionar que con el pretexto de las comisiones investigadoras se realizaba la intervención por parte de la FR en varios países latinoamericanos, excusando la contención de brotes sanitarios, los cuales se conocían por medio de las investigaciones que se realizaban, por lo que argumentaban en ocasiones la utilización de bloqueos comerciales o mercantiles para evitar la proliferación de enfermedades, con lo que favorecían el comercio con otros países más cercanos o lograban mejores precios de mercancías.

Lo anterior era posible mediante el apoyo de la OSI de manera conjunta con la FR, puesto que la visión de la Fundación era que “una población en crecimiento, vinculada a procesos de ampliación de la frontera agrícola, al desarrollo de las obras públicas y de la implantación de economías de enclave en petróleo y banano, todo ello acompañado por un crecimiento lento pero sostenido de la urbanización, generaba nuevas e ineludibles necesidades en materia de salud”¹⁹. Por esto cada país de la zona estaba incluido en la idea de seguir este camino de desarrollo propuesto por la FR, por lo que la salud se convirtió en un medio para generar e incentivar el interés económico en las zonas, así como una herramienta para el crecimiento económico; es por ello que en los diferentes Estados iba creciendo poco a poco la importancia de la salud, así como la información a la población, a fin de prevenir y mejorar su salud.

La naciente organización tenía una encomienda específica, ya que su objetivo era: *“lograr una inteligencia que acabará por producir la uniformidad en cuanto a procedimientos, sobre todo en lo que atañe al manejo del comercio*

¹⁹ *Ibidem*, P. 33

*marítimo y la uniformidad en la aplicación de los métodos para dominar las enfermedades contagiosas*²⁰.

Así se empezó a crear una conciencia colectiva sobre la relevancia que tenía conocer las estadísticas desarrolladas, para crear y analizar un posible escenario futuro de la zona en materia de Salud. Aunque hay que señalar que toda la información en estos años estaba concentrada en Estados Unidos, que era el que lo utilizaba junto con sus fundaciones, especialmente la FR para la obtención de diversos beneficios, motivo por el que “la salud se convirtió en una prioridad de la fundación, en una primera reunión de la junta cuando Frederick Gates, consejero de Rockefeller argumentó que la enfermedad es el supremo mal en la vida humana”²¹.

Ante tales circunstancias la estrecha relación de la OSI/OSP con la Fundación quedaría manifiesta, por lo que su actuación se basó en las leyes aprobadas de la Organización y la ventaja que tenía al ayudarla mediante sus contribuciones financieras, le permitía hacer cualquier tipo de intervención en el país que decidiera de forma legítima, argumentando el riesgo y el peligro de posibles epidemias, y al resultar estas comprobadas, el país era intervenido en pro de la salud regional y de esa manera generaría mayores beneficios económicos y comerciales.

Posteriormente para la década de 1920 se crearon misiones en varios países con el propósito de saber qué situación existía en la región, estos viajes y la búsqueda de más ingresos para la organización eran básicos. En esos años la OSI/OPS había realizado un arduo trabajo que le permitió fortalecer su papel en la región, ocasionando que invitaran a más países a que fueran parte de ella. “Cuando se reunió la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana en La Habana, Cuba, en

²⁰Delgado García Gregorio, El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.6 n.5, Washington Nov. 1999. P.356.

²¹ FUNDACION ROCKEFELLER, [En línea]: <http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/our-history/1913-1919> Traducción libre, consultado el 18 de septiembre de 2015.

1924, 21 Repúblicas Americanas se habían afiliado a la Oficina, y 18 de ellas enviaron delegados a la misma”²²

A raíz de lo anterior se creó un precedente, cada Estado miembro tenía que informar la condición de salud que imperaba al interior de su territorio, también la necesidad de establecer estadísticas y contar con colaboradores oficiales que coadyuvarán a luchar contra las enfermedades en cada país de la región; además empezaron a realizarse varias reuniones para discutir ideas y experiencias lo que fomentó el crecimiento de la institución y la organización europea también aprobaba el fortalecimiento de la organización en favor de la salud regional.

Todo lo anterior evidenció la necesidad de una estructura que le permitiera a la OSI/OPS plena ejecución de sus directrices y el cumplimiento de su objetivo central que era el mejoramiento de la salud en América, por lo que “El primer Consejo Directivo de la Oficina tuvo lugar del 27 de mayo al 8 de junio de 1929 y preparó la Constitución y los Estatutos de la Oficina, que fueron aprobados en 1934, en la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana”²³.

Así, la Organización ya tenía bases fuertes, una legislación acorde a las actividades y los problemas económicos empezaban a mejorar debido al reglamento de cuotas para los Estados miembros, puesto que en seguimiento a los orígenes de la organización, la mayoría del personal era de Estados Unidos, aunque se buscaba la representación de todos los países en aras de la salud de la región, puesto que se estaban dando resultados decisivos a nivel continental lo que era producto de la cooperación e intercambio de información entre todos los países miembros. Sin embargo, posteriormente con la crisis del 29, los temas de salud dejaron de ser prioridad, situación que descuidó la prevención de enfermedades, lo que aumentó el brote de afecciones y pestes en toda la región resultando en un incremento en la tasa de mortalidad, especialmente por enfermedades prevenibles.

²² Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana, 1902-2002, *Op.Cit.*P.25

²³ *Ibidem.*P.27

Para finales de la década de los 30 los recursos financieros volvían a ser un problema, sin embargo, la Segunda Guerra Mundial ayudó de alguna manera en el tema de sanidad, puesto que la cooperación entre militares y sector salud generó el interés de más países para ingresar a la Organización, especialmente porque Europa debido a la Guerra se encontraba devastada y requería apoyo de diversos lados; dicha circunstancia incentivó que en el año de 1942 se creara la primera oficina regional en la frontera de Estados Unidos y México, con un programa de cooperación para suministros y salud pública, que tenía una agenda binacional que buscaba la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles. Lo anterior era de suma importancia debido a que en la zona existía un constante flujo de mercancías y personas diariamente, las cuales tenían una gran necesidad de trabajar al otro lado de la frontera, como sucede actualmente.

Durante todo el contexto bélico y sus secuelas se benefició la cooperación en materia de salud en el continente, se reacomodaron los servicios de salud y se reestructuró la organización. Lo que fomentó que la Oficina tuviera una aceptación y beneplácito en toda la región americana, asegurando una acción colectiva en materia de salud.

En este tenor, uno de los legados de la Segunda Guerra Mundial fue evidenciar la necesidad de cooperación internacional para la resolución de problemas comunes, uno de ellos era el combate a las enfermedades que comenzaban a asolar a los países afectados por la guerra, así como la urgente demanda para atender a los millones de heridos y enfermos en Europa, circunstancia que posteriormente engendraría a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por lo que en 1946 Brasil y China en una conferencia de Naciones Unidas enunciaron la necesidad de una organización internacional de salud. “En febrero de 1946, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas convocó una Comisión Técnica Preparatoria de la Conferencia Sanitaria Internacional, cuyo fin era el de crear una organización internacional de la salud”²⁴. También se acordó

²⁴ *Ibidem*. P. 31

que el nombre tendría que ser la Organización Mundial de la Salud y en la región debería de haber una Oficina Sanitaria Panamericana.

De lo anterior se derivó la creación de la OMS de manera oficial con el establecimiento de su constitución el 7 de abril de 1948, fecha desde la cual se considera el día mundial de la salud.

Con la creación de la OMS se formalizó la actividad en diferentes regiones, en el caso de América, la estructuración de una salud colectiva se consolidó en 1947, año en el que se reunieron 21 países en Venezuela en la XII conferencia Panamericana para cambiar el nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual sería considerada con la creación de la OMS como su oficina regional.

Ya establecida de manera oficial, la OPS determinó cambiar su estructura apegándose a directrices similares a las de la OMS, motivo por el que se estructuró la naciente organización de la siguiente manera:

- Conferencia Sanitaria Panamericana.
- Consejo Directivo.
- Comité Ejecutivo.
- Oficina Sanitaria Panamericana.

Dicha estructura será explicada más adelante, pero es importante señalar que su objetivo era muy claro puesto que buscaba un nuevo programa basado en el mejoramiento de los aspectos médicos y sanitarios, la medicina preventiva, atención médica y la asistencia social, los cuales se tendrían que cumplir bajo las nuevas reglas de la aprobación de los miembros, y los lineamientos que estableció la OPS, así como la emisión de un voto por parte de cada país. Políticas que también se llevaba a cabo en la naciente OMS; lo anterior buscaba la formalización de los esfuerzos para el bienestar sanitario de la región.

Cabe señalar que la OPS tiene su directriz en los documentos básicos: “el Código Sanitario Panamericano; la Constitución de la Organización Panamericana

de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud; el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, y el Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud”²⁵. Estos documentos constituyen la legitimidad de la organización, es decir cómo conducirse ante un problema de salud; por lo que la estructura y financiamiento de la misma generaron el marco de acción de los Estados, así como las determinaciones a seguir por medio de resoluciones, y las actividades a implementarse, en sí; la organización encontró en dichos instrumentos su eje de acción, los cuales siguen prevaleciendo hasta la actualidad, por lo que ni la organización ni los países miembros pueden hacer movimientos que estén fuera de su reglamento.

2.2. La Organización Panamericana de la Salud.

El origen de la OPS se encuentra en la Oficina Sanitaria Panamericana (la cual es considerada como la agencia de salud internacional más antigua del mundo) y en las diversas circunstancias continentales e internacionales que la engendraron, así como con los grandes retos en materia de salud, incentivando que la oficina se fuera readaptando a las necesidades panamericanas; cabe señalar que si bien tuvo un comienzo lento, con ayuda de la fundación Rockefeller logró ser una institución sólida que con base al surgimiento de la Organización de Naciones Unidas y todo su sistema, se reestructuró para atacar los problemas de salud en América.

Las Conferencias Panamericanas Sanitarias fueron la base para un marco legal que permitió el accionar en la zona, todos los países integrados tenían la necesidad de ayudarse los unos a los otros para beneficiarse de mejores condiciones sanitarias para la región.

²⁵ PAHO, [En línea]:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=172&lang=es
consultado el 18 de septiembre de 2015.

La dinámica internacional de la segunda posguerra había quedado plasmada en la ONU, la cual impregnaría su legado hacia el interior de todos los componentes de su sistema, lo cual se vio reflejado al interior de la OMS y por la tanto de la OPS, generando en su funcionamiento órganos que permitieran tomar las decisiones mediante foros que generaban la igualdad entre los miembros, sin embargo esto se haría de manera vertical en los diferentes entes como el Consejo Directivo; es decir la nueva composición ayudaría a generar una administración más eficiente pero que limitaba la igualdad de toma de decisiones entre los Estados. Veamos porqué de lo anterior:

La OPS está organizada por cuerpos directivos: la Conferencia Sanitaria Panamericana, El Consejo Directivo. El Comité Ejecutivo y El Subcomité de Programa Presupuesto y Administración.

Se entiende que la Conferencia Sanitaria Panamericana es la autoridad máxima, pues cada 5 años se reúne para dictaminar las políticas generales a seguir y servir como foro sobre la salud en el continente.

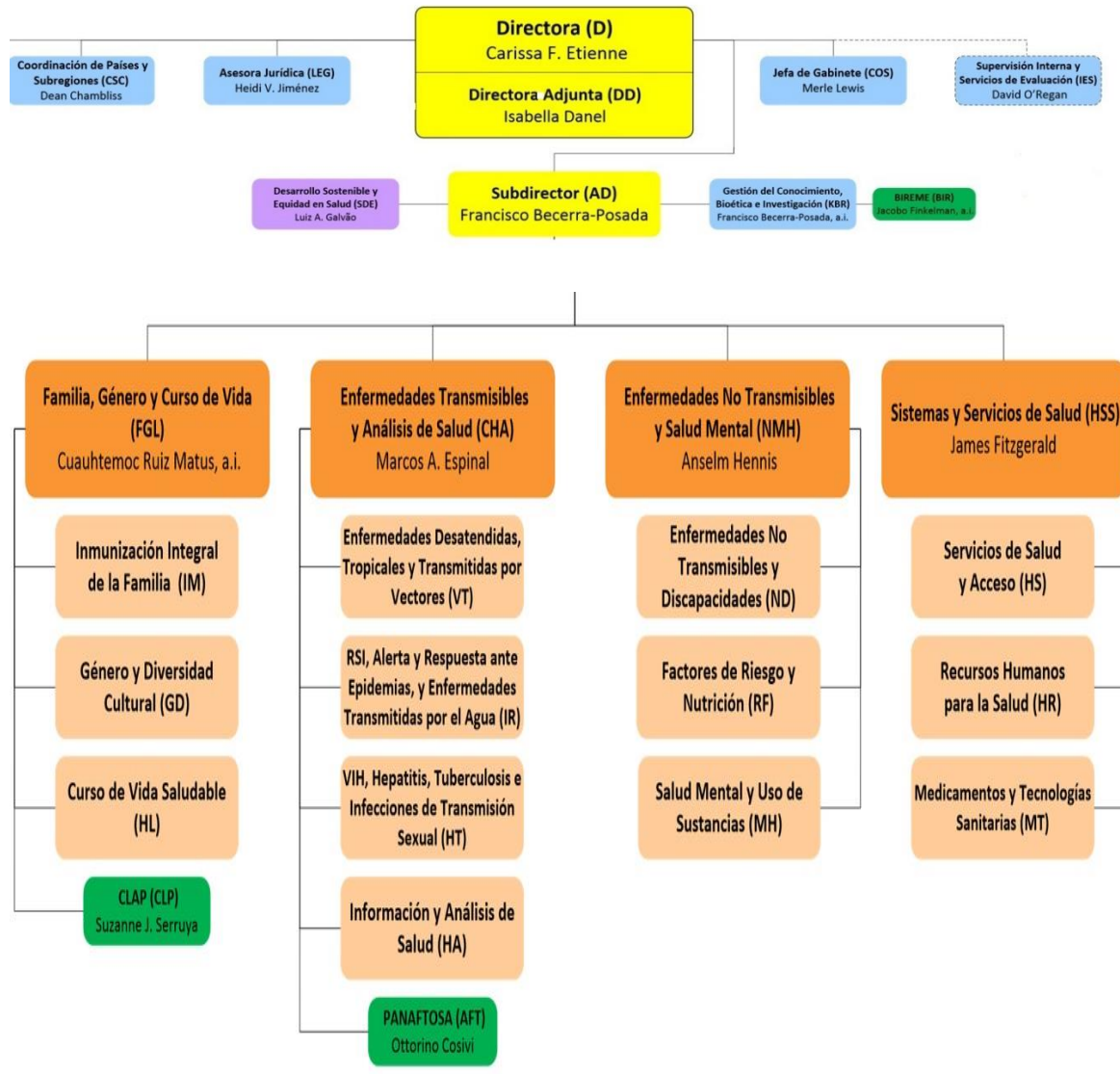
El Consejo Directivo se reúne una vez al año siempre y cuando no sea año de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Comité Ejecutivo está integrado por nueve Estados Miembros que son elegidos por la Conferencia o el Comité, como su nombre lo indica es el que ejecuta las decisiones a seguir en los grupos de trabajo y se reúne dos veces por año.

Por último el subcomité es parte del Comité Ejecutivo pero de consulta auxiliar con base al presupuesto y la administración. Está integrado por siete miembros que sesionan por lo menos una vez al año.

La OPS está organizada de la siguiente manera:

Organigrama de la Oficina Sanitaria Panamericana



Actualmente los países miembro son:

Estados Miembros	Fecha de admisión
Antigua y Barbuda	20 de septiembre de 1982
Argentina	27 de septiembre de 1937
Bahamas	08 de octubre de 1974
Barbados	02 de octubre de 1967
Belice	20 de septiembre de 1982
Bolivia	22 de marzo de 1929
Brasil	29 de octubre de 1929
Canadá	27 de septiembre de 1971
Chile	03 de octubre de 1929
Colombia	21 de junio de 1933
Costa Rica	13 de diciembre de 1926
Cuba	26 de junio de 1925
Dominica	21 de septiembre de 1981
Ecuador	27 de septiembre de 1930
Estados Unidos de América	28 de marzo de 1925
El Salvador	28 de mayo de 1926
Granada	29 de septiembre de 1977
Guatemala	10 de mayo de 1933
Guyana	02 de octubre de 1967
Haití	25 de junio de 1926
Honduras	15 de enero de 1957
Jamaica	23 de agosto de 1962
México	01 de marzo de 1929
Nicaragua	17 de diciembre de 1925
Panamá	09 de marzo de 1929
Paraguay	14 de junio de 1939

Perú	20 de noviembre de 1926
República Dominicana	18 de noviembre de 1929
Santa Lucía	22 de septiembre de 1980
San Vicente y las Granadinas	21 de septiembre de 1981
Saint Kitts y Nevis	24 de septiembre de 1984
Suriname	29 de septiembre de 1976
Trinidad y Tobago	20 de septiembre de 1963
Uruguay	14 de diciembre de 1928
Venezuela	13 de marzo de 1933

Fuente: OPS, [En línea]: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=40697&lang=es
Consultado el 18 de septiembre de 2015.

Es muy importante mencionar que la cooperación regional en materia de salud ha sido de gran relevancia y que todos los logros alcanzados se han dado mediante el trabajo colectivo de los Estados miembros, ya que desde su creación la OPS busca cumplir el objetivo de la salud para todos, motivo por lo que con la llegada del nuevo milenio se incentivó dicho objetivo, identificando valores que constituyen sus principios:

- Equidad
- Excelencia
- Solidaridad
- Respeto
- Integridad

Así en la actualidad la OPS tiene como visión ser la entidad que logre que toda la población de América goce de una óptima salud que contribuya al bienestar de familias y comunidades, generando bienestar económico y desarrollo. Su misión es ser líder para la colaboración de los miembros en busca de una equidad en la

salud, luchar contra las enfermedades, mejorar la calidad y prolongar la vida en América²⁶.

Para el cumplimiento de dicha misión y para conocer la efectividad de la organización se requiere saber la labor que desempeñan y la articulación que los órganos por lo que se enuncia a continuación la importancia de cada uno de ellos:

- **La Conferencia**
Es la máxima autoridad en la OPS, puesto que funge como un foro en donde se intercambia información y puntos de vista sobre la prevención, promoción de enfermedades y temas de salud en la región. Es decir ahí se plantean las principales preocupaciones y necesidades en materia sanitaria de los países miembro.
- **El Consejo**
Es el órgano donde se desempeñan las funciones otorgadas por la Conferencia para el cumplimiento de las normas en temas de salud.
- **El Comité Ejecutivo**
Se encarga de aprobar las conferencias y programas en temas de salud que no hayan sido considerados, es decir se consideran ámbitos que durante la Conferencia no se habían abordado y además se implementan muchas de las disposiciones que acuerdan los miembros.
- **La Oficina**
Realiza las actividades específicas de la organización en materia de salud.

Cada uno de los órganos depende del inmediato anterior para la articulación de la OPS y para la toma de decisiones; por lo que debe de existir una gran comunicación y un trabajo conjunto entre ellos, para que se puedan desempeñar las diversas labores que permiten el funcionamiento de la organización. Por otra

²⁶ PAHO, [En línea]: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=40697&lang=es
Consultado el 18 de septiembre de 2015.

parte, también es importante mencionar que en lo que respecta a la elección de miembros, tanto para la oficina regional por parte de Naciones Unidas como para la OPS como organismo internacional, se siguen los mismos lineamientos o protocolos, por lo que se respeta la libre elegibilidad de los Estados Miembro. Es decir se siguen los mismos lineamientos que en la OMS.

Cabe señalar un aspecto muy importante en lo que respecta a los miembros, que es que a lo largo de su existencia de la OPS han existido diversas categorías de participantes, ya que además de los países miembro, se incluyeron Estados participantes (Francia, Países Bajos y Reino Unido desde octubre de 1951), los cuales estaban incluidos porque, en su momento, representaban a sus colonias; un Estado asociado que es Puerto Rico (septiembre de 1992) y Estados Observadores que son España (septiembre de 1980) y Portugal (septiembre 1986).

Bajo ese contexto se llevan a cabo las reuniones de la OPS y la deliberación de los diversos temas de salud, a fin de avanzar en su objetivo y de generar sinergias que permitieran la efectividad de la organización y del mejoramiento de la salud en las Américas.

2.3. La labor de la Organización Panamericana de la Salud.

Desde su origen, la OPS surgió con funciones muy específicas, en las cuales continuó avanzando, por lo que trató de mejorar sus actividades, sin embargo éstas sufrieron un cambio debido al contexto internacional, puesto que durante la Segunda Guerra, como se ha mencionado antes, los temas de salud fueron relegados, pero al finalizar la contienda bélica se reactivaron la economía y la productividad en todo el mundo y en la región, logrando afianzar el comercio y la estabilidad en América.

Dicha situación permitió abrir un espacio para la salud regional, identificando necesidades específicas para la labor y el mejoramiento de la OPS; uno de los principales elementos para su funcionamiento fue el tema del financiamiento, ya

que, era necesario aumentar los recursos y definir de dónde provendrían éstos, de igual manera se requería encontrar una sede, la cual se había planteado se mantendría en Washington, ya que la Fundación Rockefeller había ofrecido el terreno para la construcción de ésta; además la creación de la OMS plantearía otra dinámica para la salud internacional y regional, por lo que la OPS tendría que empezar a relacionarse con la naciente agencia de la ONU especializada en salud y encargada del bienestar sanitario mundial, así mediante un acuerdo la OPS se convertiría en su oficina regional.

Bajo este panorama se debían replantear diversos asuntos administrativos como la capacitación y los salarios de quienes trabajarían en la nueva organización, además de ello se requerían lineamientos claros, así como una misión específica y el rol que asumiría como parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ante tal escenario “el 24 de mayo de 1949, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Brock Chisholm, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Soper, firmaron el acuerdo por medio del cual se reconoció a la OPS como entidad independiente y como Oficina Regional de la OMS en las Américas”²⁷. Con este antecedente se había establecido el objetivo más importante que era el mejoramiento de la Salud en la región de manera independiente, confiándole la misión de la erradicación de enfermedades transmitidas por los mosquitos como la malaria, a través de programas específicos y actividades para educar a la población sobre la prevención de las afecciones.

Cabe señalar que bajo ese esquema se llevaron a cabo avances sustanciales, por lo que a principios de 1950, cuando se consolidó la alineación OMS/OPS se estableció una administración profesional, un desempeño eficaz y sobre todo la alineación de las mismas metas sanitarias para ambas organizaciones.

²⁷ Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana, 1902-2002, República Dominicana 2002. *Op.Cit.* P.33

Así para cumplir con su labor la OPS creó seis oficinas en diferentes zonas para actuar estratégicamente en América:

1. La oficina en Washington además de fungir como sede atendería a Estados Unidos y Canadá.
2. La oficina en México atendería además de nuestro país a Cuba, Haití y República Dominicana.
3. Su representación en Guatemala asistiría además de este país a Honduras, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá.
4. Su representación en Lima asistiría a Perú, Bolivia, Colombia, Ecuador, y Venezuela.
5. Su oficina en Río de Janeiro solamente era para Brasil.
6. Su representación en Buenos Aires serviría a Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Cabe señalar que las representaciones se administraban estructuralmente de manera similar a la sede, pero cada zona tenía necesidades distintas y diferencias sanitarias, por lo que la estrategia sería distinta en cada subregión, un ejemplo de esto es la creación de instituciones destinadas a zonas específicas, puesto que en algunas se demandaría un hospital, en tanto que otras se necesitaba el desarrollo de investigación y todo esto se haría en función de las prioridades de salud de cada oficina, situación que fomentaba que se atendieran las especificaciones sanitarias de poblaciones en áreas determinadas y que así se generara una estabilidad funcional y económica durante la década de los cincuenta.

Con esta claridad la OPS incentivó esfuerzos para cumplir junto con la OMS con la definición de salud que ésta última había creado; a fin de garantizar a la población de las Américas “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La definición anterior se incluyó en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la

Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948 y desde ese año no ha sido modificada²⁸.

Así, mediante la aplicación de dicha definición, la OPS para la década de los sesenta ya había generado una cultura de salud institucional, incluso empezaba a aprovechar las innovaciones en pro de la salud, no obstante algunos aparatos y equipo eran muy costosos, situación que se logró modificar gracias a la cooperación de los países y creación de fondos específicos. Por lo que las políticas y programas establecidos para el mejoramiento de la salud se perfeccionaron gracias al compromiso de todos los países miembros y esto empezó a reflejarse en la condición sanitaria de la gente.

Además de lo anterior, la OPS en los sesenta buscó combatir y erradicar las enfermedades transmisibles, empezando por mejorar los servicios públicos locales de salud a través de la asignación de recursos tanto materiales como económicos, logrando modificar la propagación de algunas enfermedades, tal es el caso de la tuberculosis, la lepra y viruela. En el caso de esta última se hizo frente a un problema antiguo, por lo que se buscaba que la vacuna de viruela creada desde el siglo XVIII ayudara a reducir la enfermedad en el continente americano, situación que se concretó, permitiendo que la OPS fuera reconocida como iniciadora del programa.

Para la tuberculosis se estableció actuar de forma más cauta con programas que informaran a la población, así como estudios e investigación de la afección, debido al incremento de mortalidad en los países de la región. Acciones que lograron la disminución de ésta. Finalmente en lo que concierne a la lepra se planteó que se debía contar con una mejor estrategia debido a que no se sabía del todo cómo las personas se infectaban, contexto que generó un ámbito muy importante,

²⁸ WHO [En línea]: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Consultado 18 de septiembre de 2015.

que fue la investigación de las enfermedades, lo que sentaría un precedente y un legado importante que se aplicaría a otras afecciones y permitiría avanzar en la prevención.

Por otra parte, para el combate de la fiebre amarilla y la malaria se optó por la recomendación de erradicarlas mediante el famoso insecticida Dicloro-Dofenil-Tricloroetano (DDT), por lo que la OPS orientó y coordinó a los países miembros para que tuvieran una aplicación exitosa, ya que si bien se pudo contener el problema, hubo brotes debido a que no todos cumplían de manera adecuada con la aplicación del insecticida, e incluso la migración de los mosquitos fronterizos a zonas ya controladas agravó el problema. Debido a lo anterior, la OPS consideró replantear las medidas de respuesta para la erradicación no sólo de la malaria, sino de otras afecciones, contexto que permitió vislumbrar la complejidad de eliminar las enfermedades, por lo que resolvió que sus esfuerzos se enfocarían en el control de las mismas y ya no en la erradicación; evidenciando que para lograr esto último hacía falta más que optimismo y buena voluntad, lo que se traducía en la necesidad de recursos humanos altamente especializados.

Lo anterior se relacionó con el hecho de que a partir de 1961 se consideró que la OPS se centraría en el derecho y la preservación de la salud para todos los países miembros; por lo que mediante una iniciativa por parte de la Organización de Estados Americanos (OEA) se generaron “compromisos [que] constituyeron la base de la Carta de Punta del Este, fruto de una Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, celebrado en Punta del Este, Uruguay, en 1961”²⁹.

Lo relevante de la Carta de la Punta del Este es que tenía dos objetivos principales: 1) el mejoramiento de la salud individual y colectiva, y 2) incrementar la esperanza de vida al nacer, con un mínimo de cinco años. Además en el contexto

²⁹ Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana, 1902-2002.*Op.Cit.* P.38

de la Guerra Fría era importante aminorar la brecha entre países miembros desarrollados y subdesarrollados, especialmente en materia sanitaria.

Además de lo anterior se establecía que los gobiernos reconocieran a la salud como un factor primordial de su desarrollo y que ésta se incluyera en los Planes Nacionales de cada Estado, para generar el beneficio de la población a través de mejores condiciones sanitarias para sus habitantes; esta situación era completamente novedosa en la región y planteaba una serie de desafíos tanto para los Estados como para la propia organización.

Este panorama generó que los países subdesarrollados, los cuales no sabían cómo elaborar los planes, buscaran el apoyo de la OPS, la cual para atender dicha petición diseñó cursos de capacitación a los funcionarios, a fin de generar expertos en cada país, los cuales empezarían a generar acciones para una política sanitaria, así como la atención y prevención de enfermedades. Lo anterior produjo cambios en las acciones y en el rol de la OPS, actuando como facilitador para brindar enseñanzas a los países, a fin de invertir en salud para disminuir la pobreza e incentivar el desarrollo.

Por lo antes enunciado la OPS junto con los países planteó medidas que pudieran beneficiar a la gente para tener mayor salubridad, con acciones como:

- Suministrar agua potable y desagüe a la población.
- Reducir la Tasa de mortalidad en menores de 5 años
- Controlar enfermedades.
- Mejorar la nutrición
- Generar profesionales en todos los aspectos de la salud y de la investigación.

Las medidas propuestas por la OPS buscarían que mediante el trabajo conjunto con los gobiernos se planteara a la salud como un eje del desarrollo que daría como resultado prevenir las enfermedades más que curarlas; es decir se empezaba a perfilar la idea que prevalece en la actualidad, invertir en salud mediante la prevención de enfermedades, en vez de curarlas, por lo que se planteaba que la prevención, promoción y educación sobre las afecciones se

reflejaría en la disminución de futuros gastos para los sistemas de salud, así como el mejoramiento de la salud.

Esta situación le permitió a la OPS crear una planeación para la toma de decisiones e integración de actividades en materia de salud que se utilizó a lo largo de 15 años, sentando precedentes para que el establecimiento de futuras estrategias sanitarias regionales funcionaran.

Ante tal contexto, la OPS buscó consolidarse mediante la creación de planes a mediano plazo, para esto se determinó que era importante la vinculación regional con niveles de dirección, coordinación y supervisión, la participación local con acciones operativas en cada país y un proceso global de integración. De esta forma se buscaría mejorar la salud colectiva y el bienestar social de la comunidad regional, a fin de evitar enfermedades y disminuir la mortalidad.

Lo anterior, se realizó poco a poco hasta mediados de 1970, año en que se logró mejorar la salud continental. Para 1975 la OPS catalizó la institucionalización de la salud en toda la región; si bien existieron inestabilidades como golpes de Estado (por ejemplo Argentina) en América, también se dieron movimientos de independencia en varios países, que provocaron la incorporación de nuevos miembros de la OPS, fortaleciendo la importancia de la institución. Sin embargo, hay que mencionar que durante la década de los setenta tuvo lugar la crisis petrolera en la zona, por lo que se redujeron los gastos en salud desatendiendo el tema y generando un vacío que impactó en el avance sanitario de la zona.

Debido a ese contexto, en 1977 se difundió la nueva meta para la OMS y por ende también para la OPS: lograr un grado de salud que permitiera a las personas tener una vida más sana, y económicamente productiva, buscando redoblar esfuerzos y ampliar la cobertura de salud. “La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos

los pueblos del mundo”³⁰. Motivo por el cual se sumaron esfuerzos para la erradicación mundial de la viruela; sin embargo nuevos retos aparecerían en la escena internacional bajo la figura de nuevas enfermedades, como fue el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Así, el surgimiento de varias afecciones incentivó que desde 1980 la OMS y la OPS establecieran metas basadas en planes decenales que buscaban principalmente fomentar la atención primaria y fortalecer los servicios de salud en aras de que la población mundial alcanzara un mayor acceso a éstos, logrando el mejoramiento de la atención primaria en el año 2000.

Así a comienzos de la década de los ochenta, los gobiernos de las Américas, definieron acciones colectivas en el campo de la salud, estableciendo la meta de: Salud Para Todos en el Año 2000, lo que sirvió de marco para la creación de los programas de salud de la Organización a mediano plazo, puesto que definía las acciones a seguir para los próximos veinte años; situación que evidenciaba la necesidad de mejorar los servicios de salud, la salud familiar, control de enfermedades transmisibles, vigilancia epidemiológica y la cooperación técnica, de investigación y el aumento de recursos humanos en salud.

En el plano regional, las catástrofes como el terremoto de 1985 aunadas a los diversos movimientos sociales representaron una traba a la salud regional, que vinculada a las altas tasas de natalidad y a los nuevos retos, como las afecciones derivadas “del estilo moderno de vida” como el tabaquismo, la diabetes o el SIDA, planteaban la necesidad de buscar nuevas soluciones y estrategias para atenderlas.

Todo lo anterior representó una tarea compleja, que si bien iba a representar grandes avances para la organización regional también aludía a enormes dificultades y problemáticas a resolver, ya que los eventos internacionales venideros de finales de los ochenta y principio de los noventa como la caída del muro de Berlín y la *Perestroika*, además de las constantes crisis e inestabilidad económica en

³⁰PAHO [En Línea]: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Consultado 18 de septiembre de 2015.

América afectaron de nueva cuenta el tema de salud; sin embargo aparecieron nuevas herramientas como la tecnología, la cual coadyuvaría al ámbito sanitario, pero también implicaría mayores recursos.

Como se puede ver, la OPS se ha ido adaptando a las prioridades regionales e internacionales, como la institucionalización y la creación de las bases estructurales con las cuales se desarrollaría; motivo por el que se le da la importancia a los documentos básicos que rigen el funcionamiento de la OPS, lo que también incrementó la legitimidad que existe en la carta de la organización, presentando una sólida institución internacional, que tenía el firme propósito de combatir las enfermedades que afectaban a toda América.

Lo anterior se efectuaba mediante acciones claras en pro de la salud, recomendaciones a los Estados para el fortalecimiento de los servicios sanitarios, el incremento de labores y coordinación en sus oficinas regionales y la capacitación de su personal, a fin de coadyuvar al diagnóstico y detección de las necesidades sanitarias regionales; todos estos componentes constituían el eje principal de la labor de la OPS, la cual se fortaleció a través del trabajo conjunto con los países miembro.

Así, al pasar de los años la organización ha mostrado que para poder mejorar en el tema de salud, hay que basarse en la atención de determinantes sociales que permitan el desarrollo de la zona como higiene, buena alimentación, acceso a agua potable, entornos limpios, etc. Con lo que se aseguraría el derecho a la salud de cada habitante.

Es importante señalar que aunque la OPS tiene un papel rector para la promoción y procuración de salud en la zona, los países siguen siendo, a pesar de las políticas de libre mercado, las entidades responsables de proveer mediante sus sistemas de salud los servicios y condiciones sanitarias para el control de las enfermedades y el bienestar sanitario de su población.

Esta responsabilidad de los Estados ha sido afectada con la llegada de las políticas económicas neoliberales de los noventa, puesto que la desaparición del

socialismo y la victoria capitalista, determinaron la libre competencia comercial y el consumismo exacerbado, en donde el mayor peso lo tenía el dinero y ya no más las políticas estatales de bienestar; en ese contexto se perdieron los logros y la importancia de los satisfactores sociales como la salud, ya que incluso está entró a los anaqueles de las mercancías, a las que solo se pueden acceder quienes tienen el poder adquisitivo para ello.

Esta nueva realidad internacional volvía a plantear retos y enfermedades; ahora no solo los Estados y la OPS lidiaban contra afecciones transmisibles y crónicas, sino también con aquellas que eran para ricos y para pobres, dicho contexto generó un vacío y una transformación de la agenda internacional, ya que por un tiempo la salud fue relegada por los temas económico y debido al desinterés internacional, empezaron a surgir problemáticas relacionadas con la falta de acceso a medicamentos y servicios de salud, propiciando que la población de escasos recursos muriera por afecciones prevenibles o carencia de medicinas.

Lo anterior obedeció a que mediante recomendaciones financieras y estructurales de instituciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) se trató de incentivar la economía internacional, que había sido afectada, en su momento por diversas crisis. Además de ello, planteaban que para generar crecimiento económico los Estados deberían de reducir gastos y fortalecer las inversiones. Entre esta reducción de gastos se encontraban elementos sociales de gran importancia como la educación, la alimentación y la salud.

En el caso de la salud, si bien el FMI recomendaba reducir gastos sanitarios, con lo que los gobiernos frenaban el poco desarrollo presentado en toda la región, promoviendo la privatización de servicios de salud en América.

En el nuevo orden mundial los países pobres habían quedado relegados y al intentar subirse al tren del desarrollo buscarían un financiamiento para evitar la aparición de embates sociales, o brotes como el cólera o el incremento de casos de SIDA. Así cada país tendría que modificar sus políticas de salud, el financiamiento de sus sistemas y asumir la responsabilidad de mejorar los servicios de salud.

Ante tal situación de crisis en la zona durante la década de los noventa, se tendría también que reformular la cooperación regional y sobre todo el papel que desempeñaría la OPS, ya que organizaciones como FMI y el BM estaban empezando a tener incidencia en el tema de salud gracias al financiamiento que comenzaron a dar; por lo que la OPS tendría que retomar su papel buscando equidad social y el aseguramiento de los servicios básicos de salud en la región.

Al paso de los años y con un nuevo empuje económico a nivel regional se volvió a tener avances en materia de salud, pero eran incipientes, en ese sentido la cooperación regional logró atender enfermedades mediante nuevas soluciones, sin embargo aún prevalecían viejos problemas sanitarios que sin duda llegarían al nuevo milenio, por lo que se hacía necesario darle mayor importancia al tema de salud en la región y en el mundo.

Para el año 2000 la nueva visión sobre el desarrollo a nivel mundial, comprometió esfuerzos y voluntades en todo el orbe que se vieron reflejadas en la Declaración del Milenio, en la Asamblea General de las Naciones Unidas en la cual 191 países decidieron fijarse metas en pro del bienestar de sus poblaciones para el año 2015.

“La Declaración del Milenio fue aprobada en la Cumbre del Milenio, celebrada del 6 al 8 de septiembre de 2000 en Nueva York, con la participación de 191 países (de los cuales 189 eran Estados miembro en ese entonces), incluyendo a 147 jefes de Estado y de gobierno. Esta reunión sorprendió por la notable convergencia de opiniones de los líderes mundiales con relación a los retos que el mundo enfrenta, además de que se logró que estos líderes establecieran temas específicos que por primera vez iban mas allá de los asuntos de guerra y se centraban en el desarrollo de las personas y no de los Estados, formalizándose en objetivos concretos tales como:

- Erradicar la pobreza
- Aumentar el desarrollo

- Disminuir enfermedades
- Reducir la injusticia, la desigualdad, el terrorismo y la delincuencia.
- Proteger el medio ambiente”³¹.

Lo anterior se planteó en términos generales y refería diversos elementos que requerían de su integración para impulsar el desarrollo de los Estados. Algo muy significativo fue que el tema de salud también por primera ocasión fue reconocido como un asunto de gran relevancia para el desarrollo y también para la estabilidad y la seguridad de los países.

Esta visión contribuyó a que tanto a nivel mundial la OMS, como regional la OPS en América, empezaran a retomar algunos de estos puntos como sus ejes, ya que el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en salud requieren de acciones puntuales como expandir la cobertura de los servicios básicos, sobre todo para la población pobre, precisando un sistema de salud de buen desempeño, basado en esfuerzos inter-sociales y acciones comunitarias a gran escala, asegurando el acceso efectivo a servicios básicos de calidad para toda la población.

Este nuevo enfoque denominado “cobertura universal” se convirtió en un nuevo compromiso de los países y un nuevo enfoque que empezarían a adoptar tanto la OMS como la OPS.

Vinculado a este tema coincidió la voluntad de los países para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de salud que se tendrían que cumplir en 2015:

- Erradicar la pobreza extrema y hambre
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna

³¹ONU[En línea]: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm> Consultado 18 de septiembre de 2015.

- Combatir el VIH/SIDA, Paludismo y otras enfermedades

Los ODM en el ámbito de la salud tiene una gran importancia a nivel mundial, básicamente porque constituyen una prioridad internacional que fue definida mediante un consenso de los Estados formalizado ante Naciones Unidas en aras de lograr incentivar el desarrollo, para lo cual la salud juega un papel significativo en los ODM resaltando la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, ya que éstos son factores determinantes de la salud, así en la actualidad persisten zonas donde la gente no tiene acceso a agua potable o condiciones salubres, por lo que es más fácil que aparezcan brotes de enfermedades transmisibles que ocasionen los decesos de muchas personas, aún cuando hay tratamientos y herramientas para prevenirlos.

Otro aspecto importante a destacar es que las metas son cuantificables y que servirán para medir los progresos de tales objetivos e instrumentos, lo que de alguna manera ha resultado benéfico para saber en qué nivel se encuentra cada país y si es posible alcanzar las pretendidas metas. Sin embargo, los avances han mostrado que es muy probable que varios países no logren alcanzar los ODM, incluido México.

Además de las asignaturas pendientes que tiene la OPS, los ODM han venido a plantear desafíos y la necesidad de contar con acciones puntuales que resuelvan las viejas problemáticas sanitarias y promuevan una actitud más proactiva de la OPS para coadyuvar al mejoramiento real de la salud de la población, centrándose en las necesidades de la región.

En ese sentido los ODM, se asocian a la resolución de problemáticas básicas en el tema de la salud puesto que muestran que el objetivo de Alma Ata de salud para todos no se ha resuelto, ya que la salud materna y la mortandad materno-infantil están vinculadas a la atención primaria en salud, es decir servicios esenciales que muestran que no existe en la actualidad en el mundo una salud para todas las personas.

Así, consciente de la gran problemática y responsabilidad que tiene la OPS, ha considerado incentivar esfuerzos que se traduzcan en el mejoramiento de la salud regional, como:

- Fortalecer los sistemas de salud de los países miembros, como el núcleo para garantizar el acceso a servicios efectivos de salud, para atender problemas básicos de salud.

- Establecer a la salud como una prioridad en las políticas económicas y sociales, refiriendo que es una importante inversión para promover el crecimiento y posteriormente el desarrollo, ya que las personas si tienen salud y los medios para preservarla, serán más productivos.

- Generar indicadores y datos sanitarios confiables y de calidad, ya que con el paso de los años los datos y estadísticas no se han actualizado y eso ha dificultado el registro de las enfermedades, así como los avances en la prevención y tratamiento de las mismas; ya que las cifras son un indicador que permite medir y conocer la situación sanitaria, lo que a su vez refleja el grado de desarrollo que tienen los Estados.

Así los ODM han impulsado una agenda para la promoción de afecciones específicas como los programas para combatir el VIH-SIDA, la tuberculosis y el paludismo, además de impulsar la nutrición y expandir el espectro de medicamentos básicos a la población.

De esta forma, la OPS ha planteado mecanismos de acción conjunta que han empezado a avanzar en beneficio de la salud de la región, incorporando temáticas innovadoras que han mostrado medios capaces de resolver las afecciones y problemáticas de la región.

2.4. La efectividad de la OPS.

La salud en el continente americano tuvo una transformación a raíz de la creación de la OSI y finalmente de la OPS, ya que gracias a estas organizaciones se estructuró un esquema y un sistema de coordinación para la salud regional, en los cuales los Estados miembro asumieron voluntariamente el compromiso de cooperar para atender las enfermedades y contener las epidemias.

Así a lo largo de la historia de la OPS, se han dado avances significativos en materia de la salud, se han controlado enfermedades, mejorado condiciones sanitarias y disminuido la mortalidad por diversas afecciones, pero también se han originado retos significativos, puesto que ante temas muy específicos no ha habido acciones puntuales, ni tampoco políticas efectivas.

Por lo anterior y considerando el periodo de *impasse* que sufrió la OPS, se debe destacar que la organización dejó de atender las necesidades sanitarias de la región durante un periodo, por lo que en vez de impulsar acciones tangibles en favor de la salud como había sucedido antaño, motivo por el que algunos temas, aunque no eran de interés de la mayoría fueron favorecidos, precisamente por ello los países miembros dejaron de creer en la coordinación y efectividad de la organización.

Es esencial destacar que a lo largo del funcionamiento de la OPS se logró mejorar la salud continental sobretodo en aras de mantener la productividad y el comercio se incentivó la cooperación para la contención de las epidemias, se generaron mecanismos de prevención, se incentivó la salud pública, las medidas de higiene y se logró la vacunación en toda América, todos ellos avances sustanciales para la salud de los Estados miembros y del continente, es decir se generó una política sanitaria continental.

Si bien es cierto que la OPS ha tenido mucho aciertos, también ha contado con grandes dificultades para tratar enfermedades o disminuirlas, por ese motivo en la actualidad se deben fijar metas claras que vayan más allá de los controles sanitarios y la atención médica. Si bien el objetivo primordial cuando surgió la OPS era erradicar las enfermedades, las acciones se encaminaron hacia el control de las afecciones y la investigación en salud para el tratamiento de nuevas enfermedades. Sin embargo, empezaría a mudar hacia la prevención de las afecciones y hacia la promoción de los servicios básicos de salud para que los países pudieran proveer servicios de salud y así atender ciertas afecciones.

Con la llegada del nuevo milenio y de la ODM, la OPS vislumbró que más allá del control de las enfermedades, la institución debía de encaminarse hacia los retos sanitarios y las condiciones que se planteaba en el orden internacional.

Por lo anterior, la OPS además de centrarse en el cumplimiento de los ODM y del control de las enfermedades de la región, empezó a vislumbrar necesidades muy claras en las Américas; planteando un nuevo rol tanto para la institución como para los Estados, ya que con la designación de la salud como factor de desarrollo humano se empezaron a delimitar y a definir las prioridades continentales más allá de la preferencia de algunos Estados.

Así los ODM plantearon términos, plazos e indicadores muy específicos, que replantearían las prioridades sanitarias tanto de la organización como de los Estados miembros:

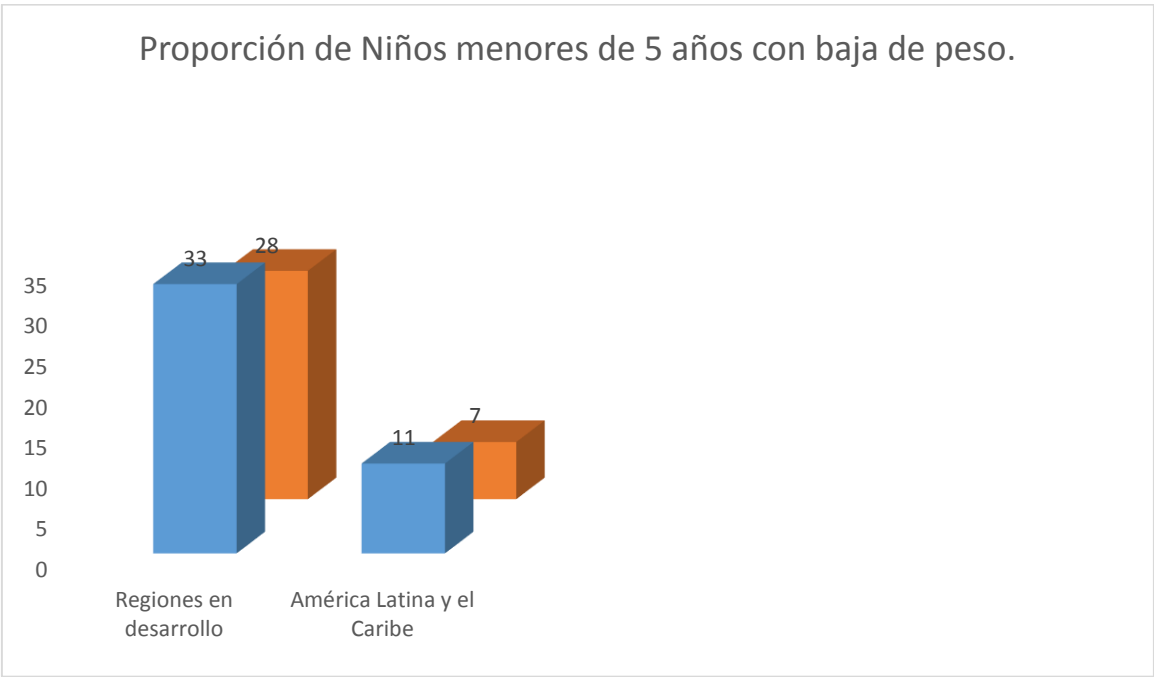
Objetivo	Meta	Indicadores
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) 2. Coeficiente de la brecha de pobreza [la incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de la pobreza] 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población

Fuente OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, p26.

El primer ODM en materia de salud es erradicar la pobreza extrema y el hambre. La relación del tema del hambre con la salud radica en que el factor más importante a considerar es la desnutrición infantil, ya que al tener un niño mal nutrido no se garantiza su crecimiento y esto origina una notable afectación en su salud o incluso la muerte; para combatir la malnutrición, se ha promovido la importancia de la lactancia en la región, además en este caso la pobreza aumenta la malnutrición y las probabilidades de que los niños menores de 5 años mueran o sean más vulnerables a las enfermedades infecciosas. Así, la pobreza contribuye al incremento de las enfermedades provocadas por condiciones insalubres y al aumento de muertes prevenibles, ocasionadas por la carencia de entornos salubres.

Así, la salud ha sido afectada por las condiciones precarias en la región, puesto que “La evolución de la pobreza extrema en América Latina se caracteriza por una disminución relativamente rápida en los primeros años de la década de 1990, seguida de un estancamiento y posterior retroceso. En efecto, la tasa de indigencia pasó del 22.5% en 1990 al 19% en 1997, para luego caer al 18.1% en el

año 2000. El progreso logrado hasta ese año (40%) daba cuenta de un ritmo adecuado para la consecución de esta meta hasta el 2015”³²



Fuente: La Salud y los Objetivos del Milenio, OMS, Argentina, p.15.

La malnutrición no se debe únicamente a la falta de alimentos, sino también a los efectos debilitadores de enfermedades infecciosas, como la diarrea y la neumonía, y a la ausencia de atención adecuada. La malnutrición contribuye a la mitad de las muertes infantiles. Hasta ahora los avances en la reducción de la malnutrición infantil han sido lentos como se puede ver en la gráfica de arriba.

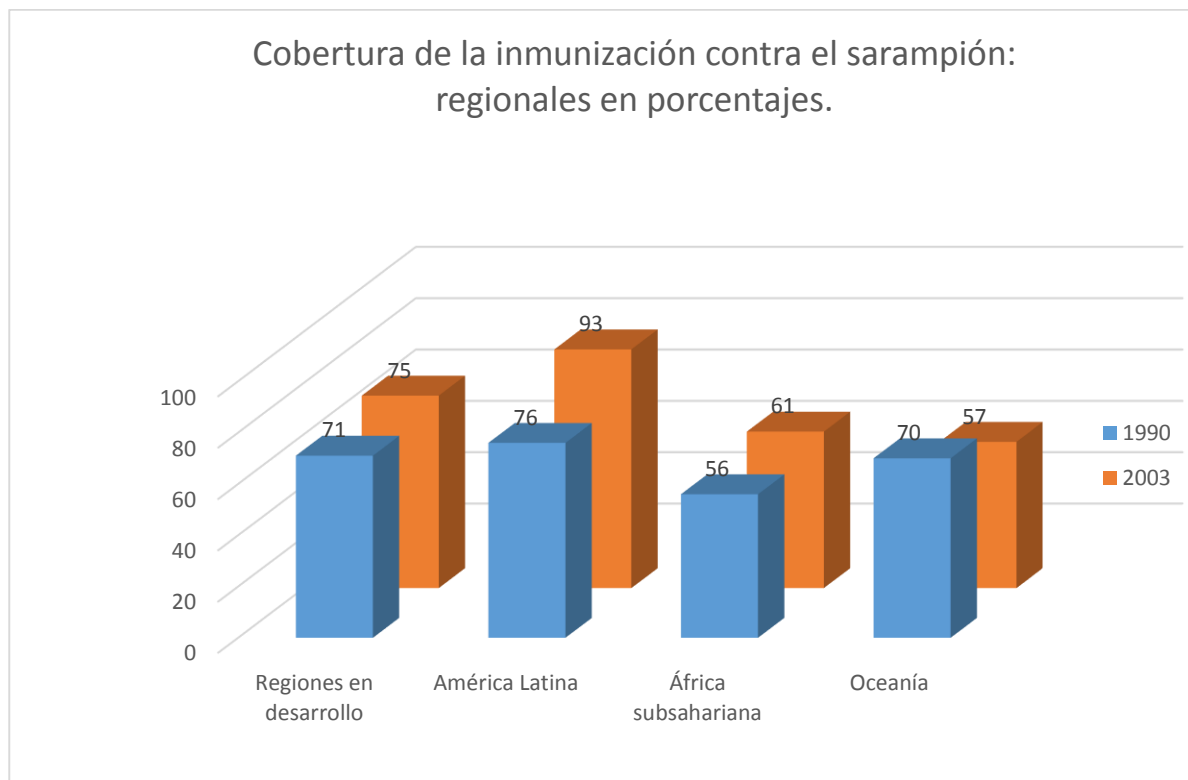
Con las gráficas y estadísticas anteriores queda clara la necesidad de erradicar la pobreza extrema y el hambre, aunque es importante señalar que la situación ha mejorado parcialmente sobre todo para los países desarrollados debido a que los países pobres siguen siendo afectados. Por lo que la población más vulnerable sigue sin tener acceso a servicios óptimos de salud. Un claro ejemplo de

³² Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 nueva york, p37.

ello es la atención materna la cual en pleno siglo XXI no es provista para todas las mujeres.

La mortalidad infantil es un caso que no debería de existir, puesto que es un tema prioritario para los países, ya que representan un asunto que los vulnera, porque la población es de gran importancia, y de alguna manera la muerte de niños hará mella en la demografía crecimiento y desarrollo de los Estados. Cabe señalar que la mortalidad infantil es un problema de salud que afecta en mayor medida a los países en desarrollo.

El problema de la mortalidad infantil inicia antes de que un niño nazca, pues una madre desnutrida será incapaz de dar los nutrientes necesarios al feto y la falta de asistencia calificada en el mismo parto, agravará las complicaciones; y cuando han logrado sobrevivir a esta etapa, los cuidados maternos son necesarios y las primeras enfermedades se deben de atender inmediatamente. Por lo anterior es muy importante la vacunación, que es el resultado de millones esfuerzos políticos médicos y sociales en América, buscando su ampliación; no obstante en la actualidad, a pesar de esta medida de salud pública, no todos los niños del continente son vacunados contra todas las enfermedades prevenibles, por lo que se siguen generando muertes debido a éstas, a pesar de que existen las vacunas para ello. El caso del sarampión es un ejemplo claro de cómo una vacuna ayuda a reducir la tasa de mortalidad infantil, como muestra la siguiente gráfica:



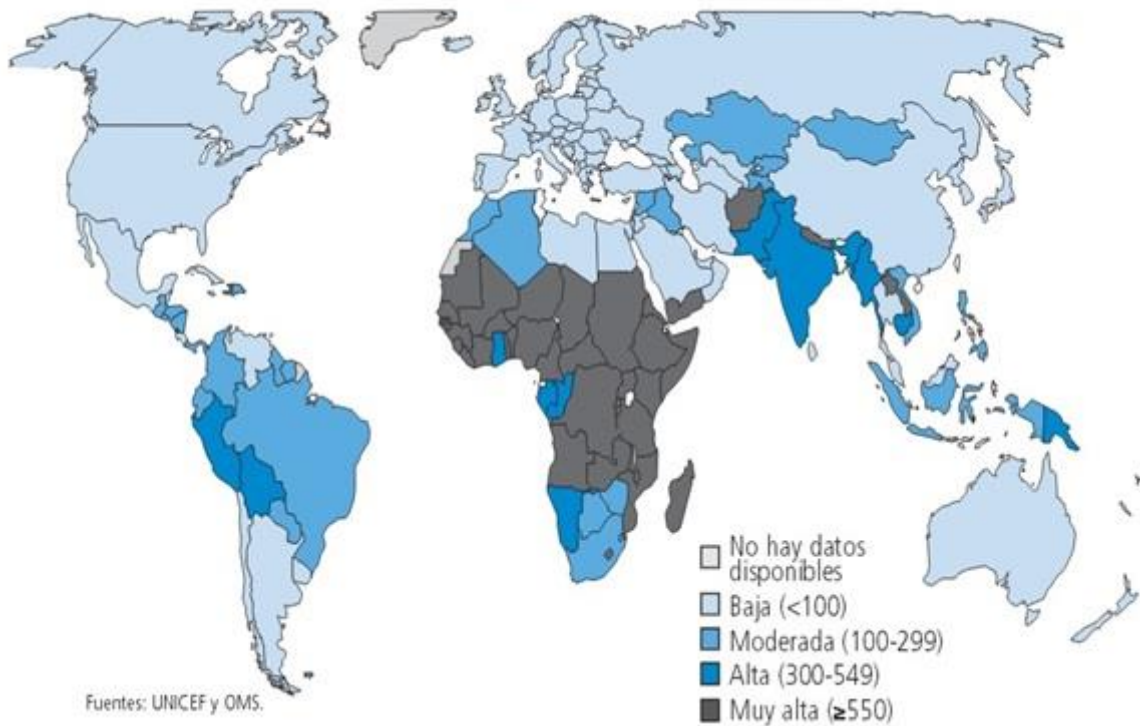
Fuente: La Salud y los Objetivos del Milenio, OMS, Argentina, P.17

Estas graficas muestran el avance en la reducción de la mortalidad infantil lo que refleja un panorama esperanzador para alcanzar la meta establecida, mayoritariamente para los países subdesarrollados, los cuales han tenido progresos, aunque no son los esperados, demuestran que las acciones de los Estados han empezado a mostrar ciertos avances, aunque no para alcanzar la meta en 2015, especialmente para el caso de los países más pobres.

Mejorar la Salud Materna es el segundo ODM en materia de salud.

En el caso de la Salud materna es un prioridad, ya que durante el embarazo o en el mismo parto, las mujeres siguen muriendo por las malas condiciones de salud o de los servicios, lo anterior tiene un impacto en la reproducción y las tasas de natalidad, por lo cual hace se debe de invertir en el acceso y la calidad de los servicios de salud durante el pre y post parto.

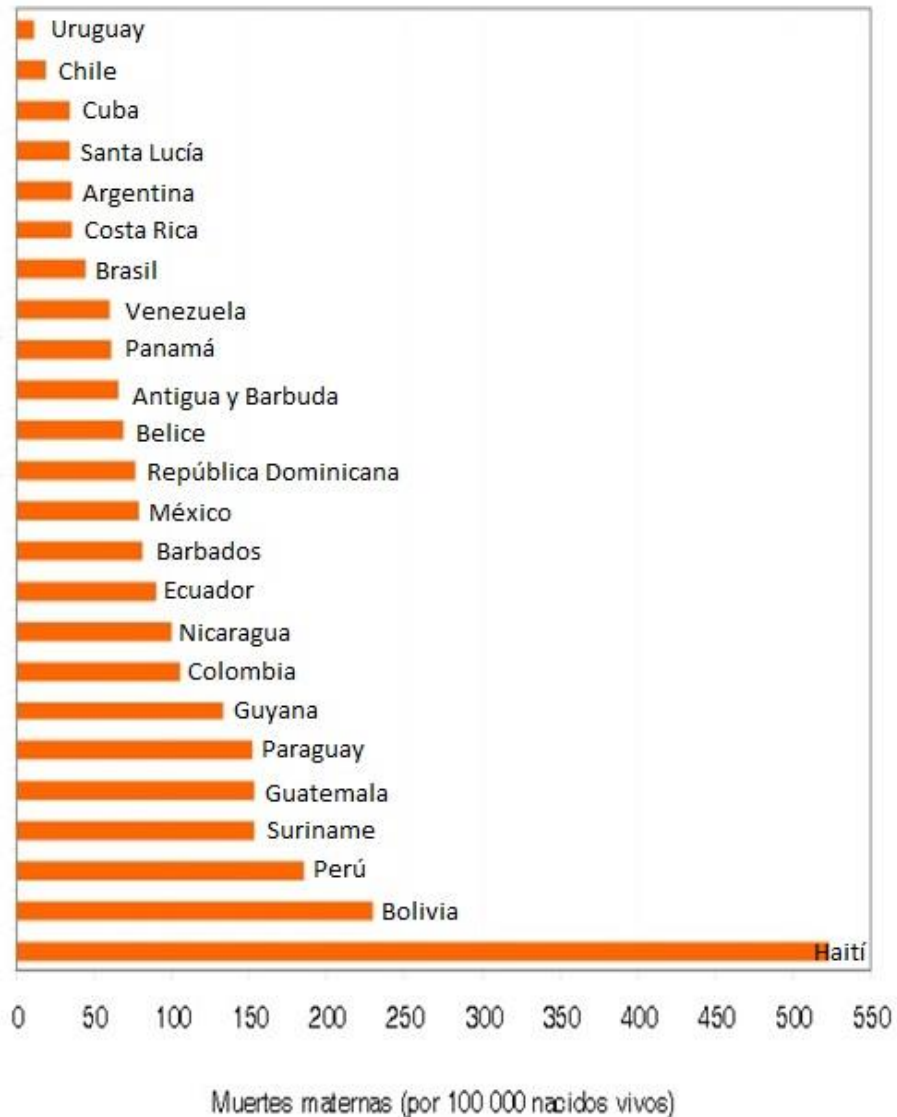
Tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos, 2000



Fuente: La Salud y los Objetivos del Milenio, OMS, Argentina, p 19

En el mapa no sólo se da a conocer la situación de la región de la OPS, sino también queda de manifiesto que la zona con mayores problemas en materia de salud materna en todo el continente africano, pero en América también hay puntos de peligro que no deberían de tener esa incidencia.

América Latina y el Caribe: Razón de mortalidad Materna (año 2000).



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, P.156.

Existe la mortalidad materna, que está relacionada con los derechos de las mujeres en donde no se distingue de estrato social, evidentemente al existir mayor grado de pobreza el problema aumenta, aunado a la falta de adecuados servicios hospitalarios, a partir de esto el mayor problema con respecto a la mortalidad materna es mejorar el acceso y la calidad de los servicios y que las estadísticas e indicadores reflejen la realidad de los países y que sean confiables.

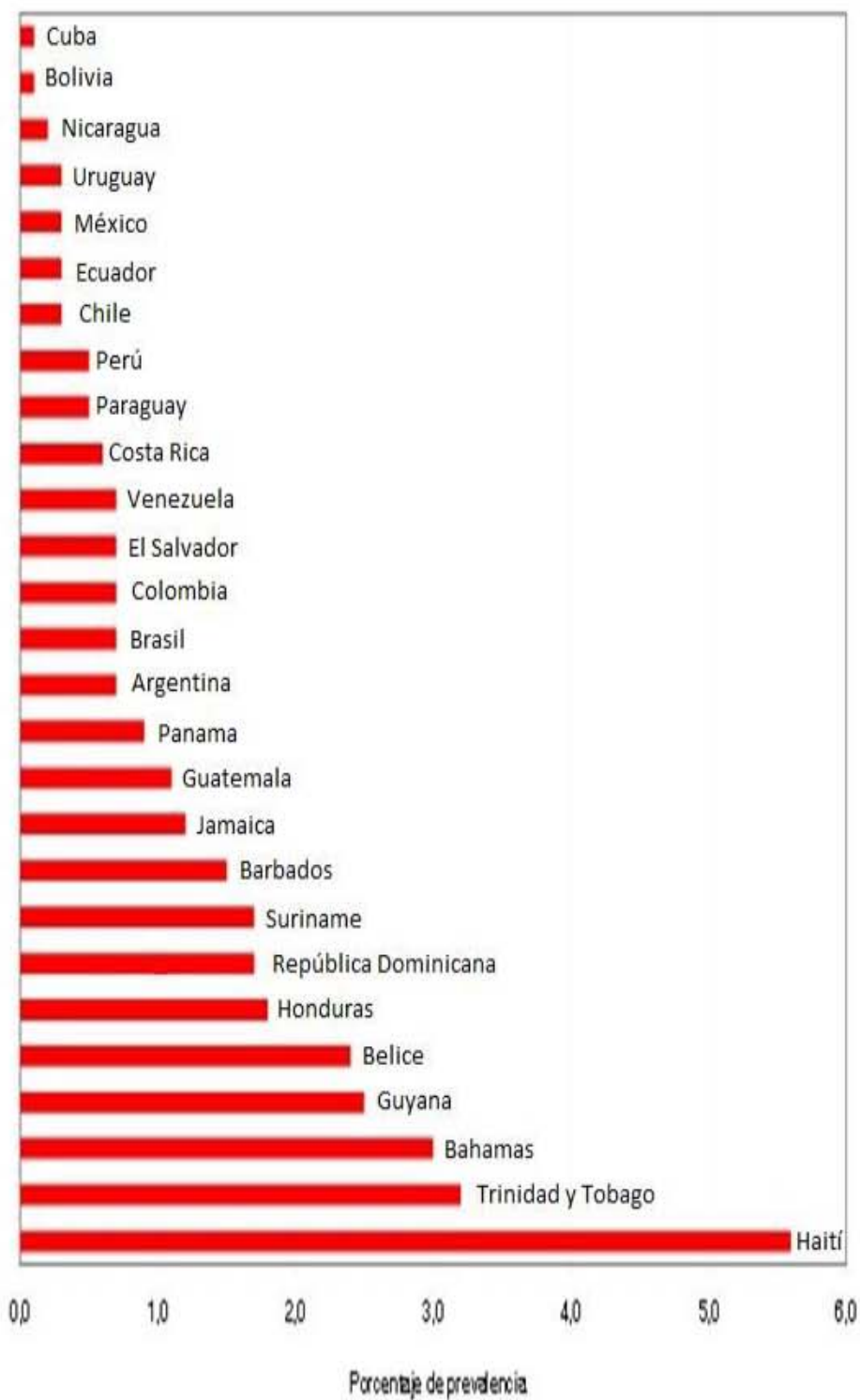
Por otra parte, es claro que la situación en la región es desfavorable y no se cumplirá la meta en materia de mortalidad materna, como señala la directora de la OPS “Entre 1990 y 2010, la mortalidad materna en América Latina se redujo 43% y 30% en el Caribe. Sin embargo, ese progreso no alcanzaría para lograr el 75% de reducción acordado para 2015 por los países del mundo en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas”³³.

Combatir VIH/SIDA, Paludismo y otras enfermedades es el tercer ODM en materia de salud y es de importancia porque estas enfermedades transmisibles vulneran la capacidad productiva de la gente y de los Estados.

Este ODM además de ser un reto internacional es regional, ya que en América Latina y el Caribe persisten severas condiciones de pobreza y aun cuando no hay una cura para éste enfermedad, existen tratamientos que mejoran y alargan la calidad de vida de la gente que la padece. La forma de evitar el crecimiento de infecciones en este tema sólo puede ser por medio de la prevención, la educación sexual y el uso de preservativos en todo el mundo, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. El reto es incentivar la prevención a fin de controlar la propagación entre la población.

³³ Carissa Etienne, Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. [En Línea]: http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es consultado en 18 de febrero de 2015

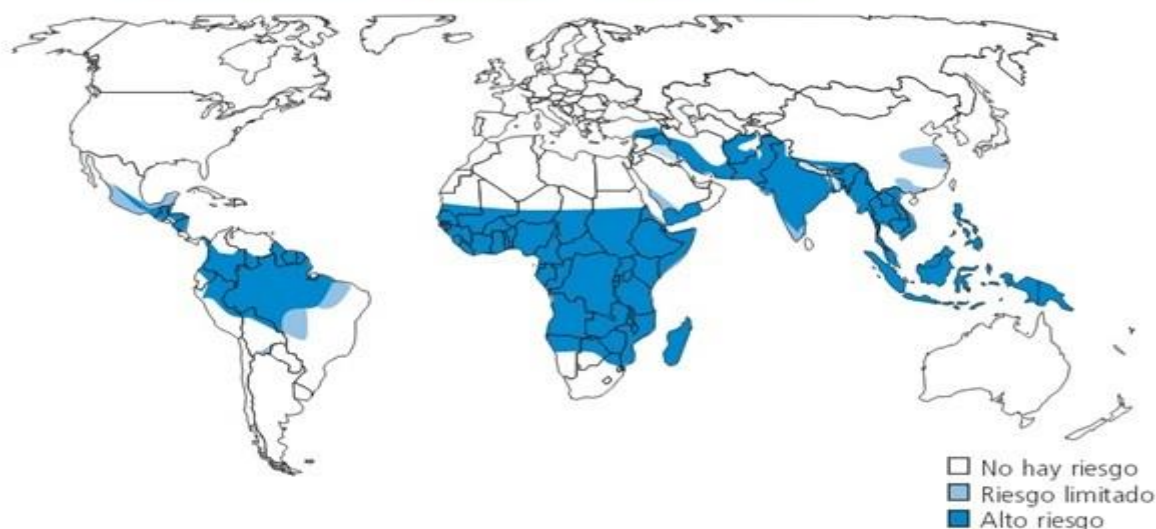
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DEL VIH/SIDA, 2003



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, P.160.

En el caso del Paludismo, se debe mencionar que afecta de forma importante a niños, en su mayoría el problema está en África y América Latina, donde también prevalece un riesgo que necesita ser atendido, debido al aumento de los casos de transmisión que pueden provocar una epidemia en la zona.

Mapa mundial del riesgo de transmisión del paludismo

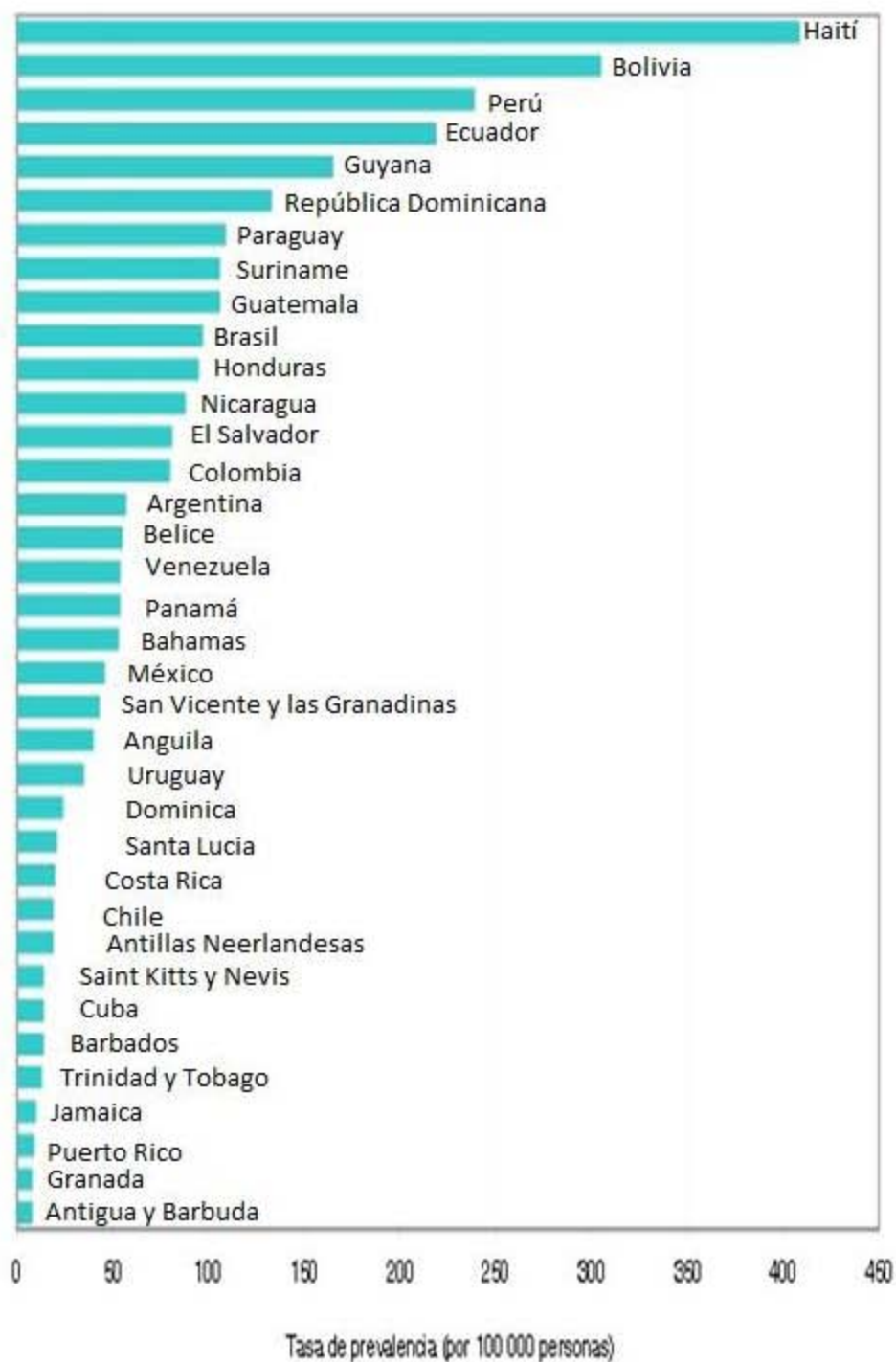


Fuente: La Salud y los Objetivos del Milenio, OMS, Argentina, p 22.

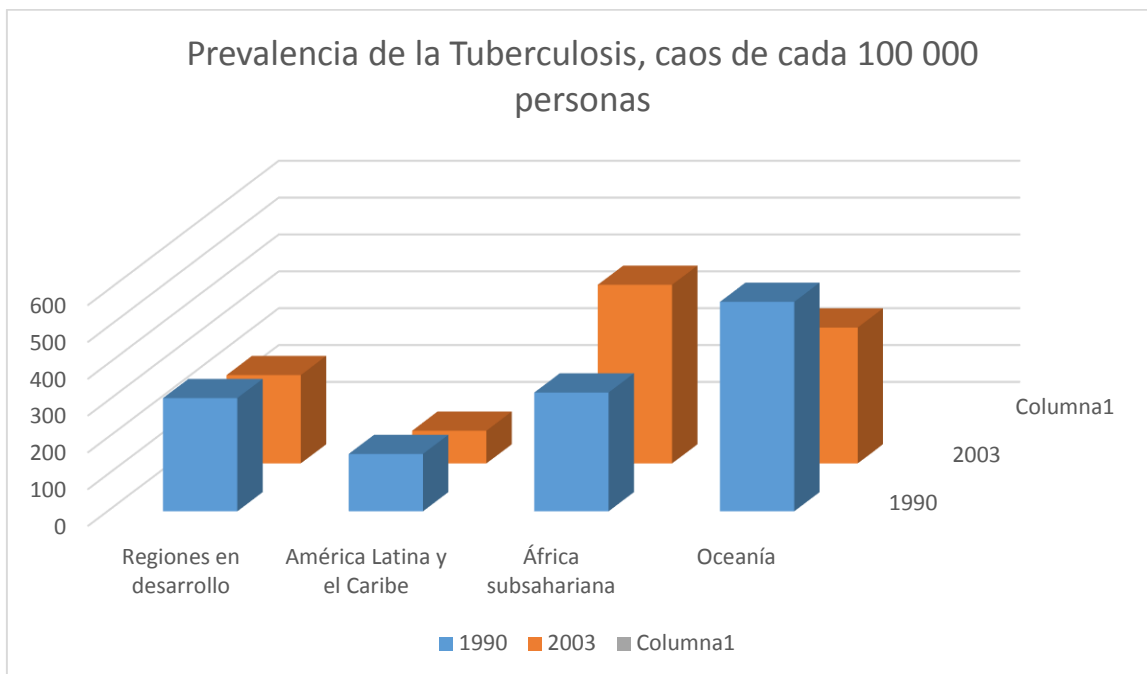
Por otra parte, entre las enfermedades más importantes en la Américas, se encuentran las infecciosas, entre las cuales destaca la tuberculosis, que está presente en toda la región, puesto que aún con los tratamientos, la gente sigue muriendo a causa de esta afección, debido a la falta de información y las condiciones de pobreza que imperan en varias zonas de América Latina; cabe señalar que la OPS buscaba alcanzar la meta de disminuir la tuberculosis, por lo que “entre 1990 y 2011, en las Américas hubo una reducción del 61% en la mortalidad por tuberculosis, y un 62% de baja en la prevalencia de esta enfermedad. El progreso logrado en la región se debe, en gran parte, a la ejecución de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” de la OMS y OPS, que se basa en el diagnóstico oportuno, el tratamiento universal y las combinaciones adecuadas de medicamentos antituberculosos”³⁴

³⁴ OPS. [En línea]: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=562:dia-mundial-tuberculosis-2013&Itemid=499 consultado el 18 de septiembre de 2015.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS, 2002



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, P.165.



Fuente: La Salud y los Objetivos del Milenio, OMS, Argentina, p 23

Cabe señalar que los 4 Objetivos del Milenio se encuentran en un avance positivo, en donde se puede ver que cada uno de los puntos afecta a los otros tres, haciendo una cadena, si se logra erradicar la pobreza extrema y el hambre, existirán mejores condiciones de salud y alimentación para incentivar la salud materna, esto como consecuencia hará que los niños tengan un mejor cuadro de salud y alimentación, lo que logrará reducir la mortalidad infantil y de esta forma Madres, hijos y sociedad en general, tendrán oportunidad de tener mejor educación y servicios sanitarios para evitar y reducir enfermedades como el VIH-SIDA, tuberculosis u otras enfermedades existentes.

En la actualidad la interdependencia de problemas comunes, hacen que cualquier región requiera de condiciones de vida favorables en todos los sentidos, una de las más importantes a considerar es el medio ambiente, la calidad de aire es un tema que afecta cada vez más en las urbes, en zonas de provincias el mantenimiento del medio ambiente va de la mano con tener agua potable y medidas de sanidad, sin embargo las personas al vivir en zonas rurales que carecen de estos satisfactores mínimos siguen muriendo por condiciones insalubres o por afecciones prevenibles.

En resumen el avance de los ODM también depende de bienes y servicios en materia de salud, pero también en educación y del compromiso y recursos que tengan los países; en este mundo globalizado todas las acciones afectan de manera positiva y negativa en el bienestar social, en el aspecto de salud se evidencia que los servicios de salud no son iguales en países desarrollados y subdesarrollados.

Más allá de los ODM la OPS a lo largo de su existencia ha logrado estructurar un sistema regional de salud en beneficio de los países miembros y por ende de la región, su institucionalización encabeza las medidas que tratan de resolver de la mejor manera posible los problemas sanitarios y de salud que existen en la región, con la importancia de preponderar asuntos continentales como prioridad en beneficio de la población de las Américas.

3.-México en la Organización Panamericana de la Salud.

La Participación de México en los foros internacionales siempre ha sido muy activa y destacada, como lo refieren su actuar en la Sociedad de Naciones y las conferencias sanitarias Panamericanas. La condición de México en términos geográficos y territoriales le permitió desde su surgimiento a la vida independiente ocupar un lugar como un país de liderazgo en su región.

En el ámbito de política internacional, México estableció acciones concretas en pro del beneficio y la igualdad de los Estados, esa misma idea la hizo extensiva al área de la salud, en la cual expresó un interés específico en pro del bienestar sanitario de su población y de la región.

Los orígenes y los eventos que marcaron su actuar se tejieron de la siguiente manera:

Para México la preocupación de la salud siempre fue muy relevante, ya que el combate a las diversas enfermedades constituía una necesidad prioritaria, puesto

Los orígenes de la participación de México en la OPS se remontan a la antigua OSI, donde participó en todas las conferencias que perfilaron el actuar de la organización, excepto durante el periodo de la Revolución Mexicana y la Primera Guerra Mundial, episodios bélicos que irrumpieron el desarrollo de las actividades relacionadas con la salud, Así, decidió convertirse en miembro de este organismo hasta el 1 de marzo de 1929, fecha desde la cual México entendía el papel de la cooperación internacional y el interés en materia de salud.

Al considerar la relevancia de dicho espacio para la discusión de los temas sanitarios buscó ser sede de la tercera conferencia de la OSI, objetivo que logró agrupando a los países latinoamericanos que compartían problemáticas sanitarias, así como su interés para dirigir los esfuerzos latinoamericanos en materia de salud para la creación de una agenda que manifestara las preocupaciones en materia de salud en la región y no sólo las de Estados Unidos.

En este panorama planteaba la posibilidad de construir e impulsar acciones muy específicas para el mejoramiento de la salud en América, circunstancia que también generó condiciones para que pudiera estructurarse la provisión de servicios a nivel nacional.

Todo este tipo de acciones generaron un compromiso para desarrollar las bases de una entidad que realmente ayudara a los países miembros reflejando intereses y actividades colectivas que México incentivo y posteriormente encabezó.

3.2. La participación de México en la OPS.

Desde el inicio de la OPS, sus actividades se encaminaron para el cumplimiento de su objetivo que es preservar la salud en la región, lo que empezó a desarrollarse mediante la participación de médicos y expertos en salud de diferentes países miembros; este fue el caso de México, que comenzó a proponer y generar prácticas que habían sido exitosas a nivel nacional y coadyuvaron a hacerse extensivas en la región.

Un claro ejemplo de lo anterior fue el involucramiento que tuvo México en las actividades de prevención, como fue el caso de las enfermedades infectocontagiosas, las cuales eran características de los países latinoamericanos y del Caribe; dicho contexto generó que México fuera visto como un ejemplo para el combate de las afecciones, así como un actor propositivo que generaba políticas efectivas de atención pero sobre todo de prevención, lo cual era poco usual en la región; provocando ver a México de líder en materia sanitaria y en la propia organización.

Durante las siguientes décadas se continuó con la agenda de la OPS, la cual había mudado la estrategia de erradicar a la de prevenir las enfermedades, puesto que si bien ya no se podían erradicar si se tenían que controlar; motivo por el que se incentivó fomentar la investigación y estudio epidemiológicos que permitieran un mayor conocimiento sobre las afecciones e incentivar la cooperación regional en áreas y necesidades específicas en América. Por ese motivo el liderazgo de México en políticas de prevención en lo concerniente a las enfermedades infectocontagiosas fue de gran relevancia y permitió que México empezara a ganar un lugar destacado y reconocido en la organización.

Ante este contexto, México en materia de salud siempre ha enfatizado la importancia de la cooperación internacional en la prevención y control de enfermedades, particularmente lo hizo en la investigación, labor por la cual se dio a conocer en todo el mundo, puesto que en el caso de la tifoidea colaboró para la difusión de la utilidad de la aplicación del DDT para combatirla.

Específicamente en el caso de México se empezó a aplicar el DDT con el fin de eliminar la Tifoidea. “En México se incrementó la campaña contra la tifo aplicando DDT en la ropa de las personas de las áreas endémicas. Todavía en 1952 se produjeron 752 defunciones, las que disminuyeron progresivamente en el curso de los años, los últimos cinco casos conocidos, sin defunciones, [hasta ahora sic], se presentaron en los Altos de Chiapas en 1986. Por lo que parece, la enfermedad ha

sido erradicada, aun cuando no se declara oficialmente”³⁵. Cabe destacar que en la actualidad existen casos de tifoidea en México.

Por otra parte en la década de 1950 existió la posibilidad de erradicar el paludismo en la región, mediante la utilización del mismo insecticida, es decir DDT, situación por la cual México se convirtió en pionero para su aplicación masiva de manera conjunta con la OPS la cual apoyó con personal, equipo, asesoría, capacitación y aplicación. Esta campaña para erradicar el paludismo se conocía en la región por dar excelente resultados, sin embargo no se logró el objetivo ya que faltaron algunos lugares de la República Mexicana, condición que generó el aprendizaje de terminar una campaña con el mismo ahínco que con el que se comienza, ya que si esto hubiera pasado, la erradicación del paludismo en México hubiera sido una realidad.

Estas acciones impulsaron que México se convirtiera en referente no solo en la prevención o investigación de afecciones, sino también en la aplicación de políticas sanitarias seguidas por los países de la región; promoviendo que México fuera consultado en diversa ocasiones para la aplicación de acciones de prevención.

En los años posteriores a 1950 la labor de la OPS se siguió centrando en la prevención de las enfermedades mediante campañas y el incentivo en investigaciones que permitieran tener mayor conocimiento sobre las diversas afecciones que existían en la región, contexto que favoreció la generación de datos, cifras, estadísticas y proyecciones sobre la condición sanitaria en las Américas. Así los años sesenta y los setenta significaron para la organización un periodo de institucionalización de las recomendaciones y de las actividades que desempeñaba en pro de la salud.

Para la década de los ochenta, la OPS continuó incentivando los esfuerzos en salud sin embargo la aparición de un nuevo virus del VIH-SIDA modificaría todo el panorama sanitario internacional, puesto que era una nueva enfermedad que se convertiría en la pandemia del siglo XX, pues los primeros casos a nivel mundial

³⁵ Cooperación Internacional Sobre Salud en México. Academia Nacional de Medicina, México, 1995. P.11

aparecieron en 1981, en tanto que a nivel nacional “el primer caso se diagnosticó en 1983 pero se cree que gestado también en 1981”³⁶, en tanto que en México los casos a partir de ese momento se incrementaron drásticamente e incrementándose constantemente tanto en hombres como mujeres, lo que provocó el aumento de contagios y el actuar del gobierno para el control de la afección mediante campañas masivas de prevención durante los años noventa y la primera década del siglo XXI.

La lucha contra el VIH-SIDA también significa un episodio de la participación y cooperación regional en materia de salud puesto que México asistió a las diversas reuniones que se dieron en esa materia a nivel regional e internacional, aportando propuestas y experiencias que pudieran ayudar al control e investigación de dicha enfermedad. Lo que siguió confirmando la importancia de la investigación como una iniciativa propia para seguir previniendo y tratando las enfermedades.

Otro de los ámbitos donde destaca la participación de México en la organización es en el estudio y la investigación de las enfermedades, ya que siempre se ha preocupado por conocer más sobre las diversas afecciones, especialmente aquellas que se han considerado como epidemias; la vigilancia epidemiológica ha sido un área prioritaria para México para saber qué daños pueden existir en la población. En México la vigilancia epidemiológica y la cooperación han tenido una importancia primordial para el mejoramiento de la salud puesto que la búsqueda de erradicación de tifo, fiebre amarilla o viruela ha dejado el legado de fortalecer la vigilancia epidemiológica para disminuir los riesgos biológicos, ambientales y sociales, los cuales podrían aparecer en diversas enfermedades.

La labor de México en la OPS desde sus inicios tiene aspectos como ser miembro activo que también tiene una oficina de representación que hasta 1982 servía para Cuba, República Dominicana y Haití.

La parte más importante radica en la cooperación técnica, “La cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de Mayo de 1984 y que está sustentada en los mandatos regionales

³⁶ *Ibidem* P.15.

principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS³⁷.

México ha considerado la cooperación en materia de salud como un ámbito significativo motivo por el que se promovió la cooperación técnica como un ámbito efectivo de acercamiento entre los países de la zona.

A partir del 2000 se dictó el plan estratégico para todos los países por parte de la OPS, México acata este plan basándose en 3 aspectos. Primero es los grupos especiales, que se identifican en México como la población de bajos ingresos y pobres, especialmente con los indígenas, las mujeres y los niños. El segundo es poner énfasis en países como Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua y el último aspecto son las áreas prioritarias que son las medidas epidemiológicas y las recomendaciones que se hacen en los foros de la OPS, entre las cuales se encuentra:

- Prevenir, controlar y reducir enfermedades transmisibles.
- Prevenir y controlar enfermedades no transmisibles
- Promover estilos de vida y ambientes sanos, crecimiento y el desarrollo saludables.
- Promover entornos físicos seguros
- Prepararse, gestionar y responder en casos de desastres.
- Garantizar el acceso universal a sistemas sanitarios integrados, equitativos y sostenibles.

Lo anterior está recomendado para todos los países miembros de la OPS y además en los Objetivos del Milenio y para el caso específico de enfermedades como:

- Paludismo
- Tuberculosis
- VIH/Sida

³⁷ Estrategia de Cooperación con el país México, OPS, noviembre de 2005, P.29.

- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- Diabetes
- Tabaco
- Salud materna
- Inocuidad de alimentos
- Salud mental
- Seguridad de la sangre
- Sistemas de Salud

Como se ve, para México los retos en la actualidad son diversos, se deben de mejorar los servicios en salud, buscar erradicar las enfermedades y atender los nuevos retos que están iniciando con el crecimiento de edad en la población y los retos que esto generará por deterioro. Lo anterior está vinculado a la participación de México en la organización y en la promoción de sus necesidades reales, contexto en el que ha empezado a generar una nueva dinámica de participación y acción.

Lo anterior se vincula de manera clara con el hecho de que la OPS dicta recomendaciones y sobre las políticas que se requieren hacer, sin embargo no ejerce ninguna obligatoriedad o autoridad para el cumplimiento de éstas. Por lo que sin la voluntad real de los países esto no es posible; México en ese sentido ha implementado ciertas recomendaciones de la OPS, como lo han hecho otros miembros sin embargo la principal razón es que ha promovido acciones que beneficiaron las condiciones sanitarias de la región y las propias, lo que ha logrado una mayor cooperación con los países miembros, así como perfilar trabajos conjuntos en toda la región, al atender problemas comunes que se han disminuido no solo mediante las recomendaciones de la OPS, sino el esfuerzo compartido y la cooperación técnica de los miembros para tener beneficios reales.

3.3. El caso específico en salud materno-infantil. OPS-México.

La salud y el bienestar de las mujer, niños y la familia siempre han sido una prioridad en la sociedad, no solo los países sino también para las organizaciones internacionales, es por ello importante mencionar el caso específico de la salud materno infantil, la cual ha sido relevante en la cooperación México-OPS, incluso desde antes del cambio de nombre de la organización hasta la fecha.

Así, la salud materno-infantil registra la cooperación por parte de las instituciones antecedentes de la OPS y los Estados latinoamericanos, evidenciando la importancia histórica del tema, no solo para las organizaciones, sino también para la salud pública de México, resaltando su participación activa y responsable a nivel internacional, que le ha permitido desarrollar los programas de manera más eficiente. El origen de ello, se gestó en 1902, “durante la Conferencia Sanitaria Panamericana en la que México, declaró a la salud materno-infantil y los programas de vacunación, entonces solo contra la viruela, como una de las prioridades de la Organización y de sus países miembros.”³⁸

La importancia de la salud materno-infantil se considera indispensable para el desarrollo de los países, especialmente México, pues a través de ésta se buscaba un óptimo desarrollo humano.

Evidentemente gracias a la cooperación en el tema, las tasas de mortandad infantil han descendido positivamente, ya que en 1930 existían estadísticas acerca del tema, “las tasas de mortalidad infantil en México eran de 180 por mil nacidos, de 155 en los niños de 1-4 años; que la esperanza de vida al nacer era de poco más o menos de 35 años para los hombres y 37 para las mujeres; la fertilidad de 45 por mil habitantes, la mortalidad materna de alrededor de 402 por 100,000 nacidos vivos y registrados”³⁹. Con estos números se crea un precedente en el país con el objetivo de mejorar las cifras con los años.

³⁸ Cooperación Internacional Sobre Salud en México. Academia Nacional de Medicina, México, 1995. P.73

³⁹ *Ibidem* p. 75.

Además de la cooperación del tema por parte de OPS y México, evidentemente existen otros países y organizaciones involucrados, al tener varios actores interactuando también se manifiesta la necesidad de tener organismos nacionales que respondan a la relación de manera efectiva, tal es el caso de la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud. Si bien no fue fácil la relación en pro de la salud, se ha logrado a través del tiempo la conformación y perfeccionamientos en el sistema de salud mexicano.

Encontramos como primeras acciones de la participación de México en las conferencias panamericanas. Para 1920-1930 se empiezan a dar políticas en materia de protección a la maternidad e infancia, en México las actividades en control de embarazos y del parto para población del país y la capacitación de parteras resultaron de gran eficacia.

En el año de 1948, ya fundada la OMS, el tema materno-infantil se reafirmó como prioridad en todo el mundo y para la década de los 50 varias acciones encaminan el tema, como principal es la campaña continental de salud materno-infantil, discusiones técnicas y dos seminarios internacionales sobre el tema con sede Chile y México, estos últimos sirvieron como referente de acervos científicos de la organización.

En la década de los 60 la OPS y México participaron en la Investigación Interamericana de Mortalidad (1962-1964) y en la Mortalidad de la Niñez (1968-1972). Estos estudios realizados en los estados de Nuevo León, Estado de México y Distrito Federal. Lo importante de estos estudios es que fueron los que crearon bases en la salud del continente, dando datos de calidad, perfil de enfermedades y causas de muertes en madres e hijos. La mayor efectividad del estudio de la mortalidad daba a conocer causas básicas de desnutrición de madres y niños, estableció la importancia de factores sociales como la educación de las madres y el abastecimiento de agua, todo esto contribuyó a mejorar los programas.

También la OPS en conjunto con los países miembros hablaron de programas de planificación humana y reproducción humana evidenciando la

necesidad de incluir estos temas en la agenda regional, lo que desembocaría en el Plan Decenal de Salud de 1970, también mencionar que para 1975 el director general fue el mexicano Héctor R. Acuña Monteverde.

Durante la Asamblea mundial de salud número 30 en el año de 1977, se fijó la meta de Salud para Todos en el años 2000, para México fue un momento importante debido a que se reconoce la Atención Primaria en Salud como eje de la mayor salud de los mexicanos, junto con procesos de ajustes y reformas en sector salud como la descentralización y fortalecimiento de sistemas locales de salud.

Para la década de los 80 a la reducción en estadísticas de mortalidad infantil mejoró solo un poco evidenciando la necesidad de reforzar las medidas para el 2000 y también se buscaba la cooperación técnica entre México y países miembros de la OPS.

En 1990 con la iniciativa de México, la ONU convocó a la cumbre de la Infancia, creándose comités para los seguimientos al año 2000 en consenso con organismos como es el Fondo para la Infancia de Naciones Unidas, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial y OPS.

Las siguientes graficas refieren las principales causas de mortandad tanto materna, infantil, como materna-infantil, así como los principales padecimientos que generan dichos decesos.

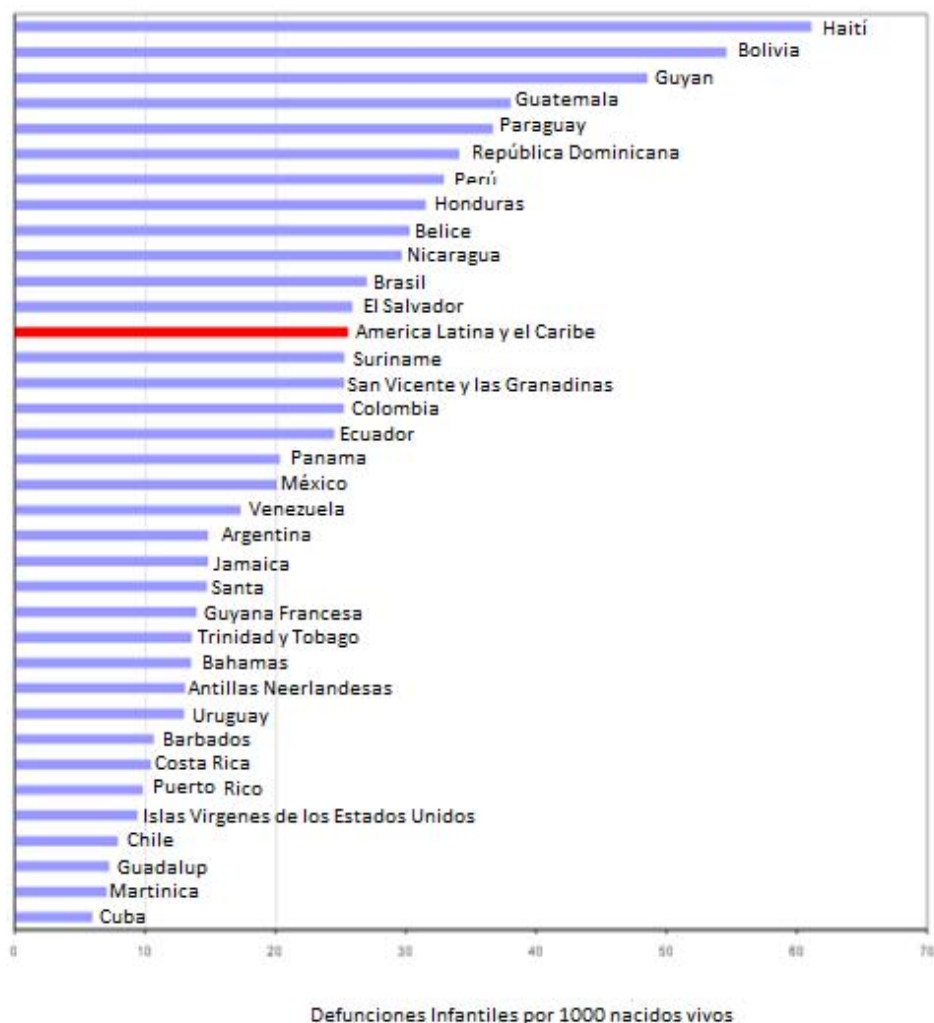
**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)
A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2003**

(En porcentajes)

Región geográfica	1990	2003	Evolución entre 1990 y 2003
Mundo	68,1	56,5	-17,0
África	144,6	93,6	-35,3
Asia	69,2	53,1	-23,3
Europa	14,0	9,2	-34,3
América Latina y el Caribe	42,9	25,6	-40,3
América del Norte	8,2	6,8	-17,1
Oceania	33,5	28,4	-17,0

Fuente: OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, p 147

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS):
SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
, 2003**

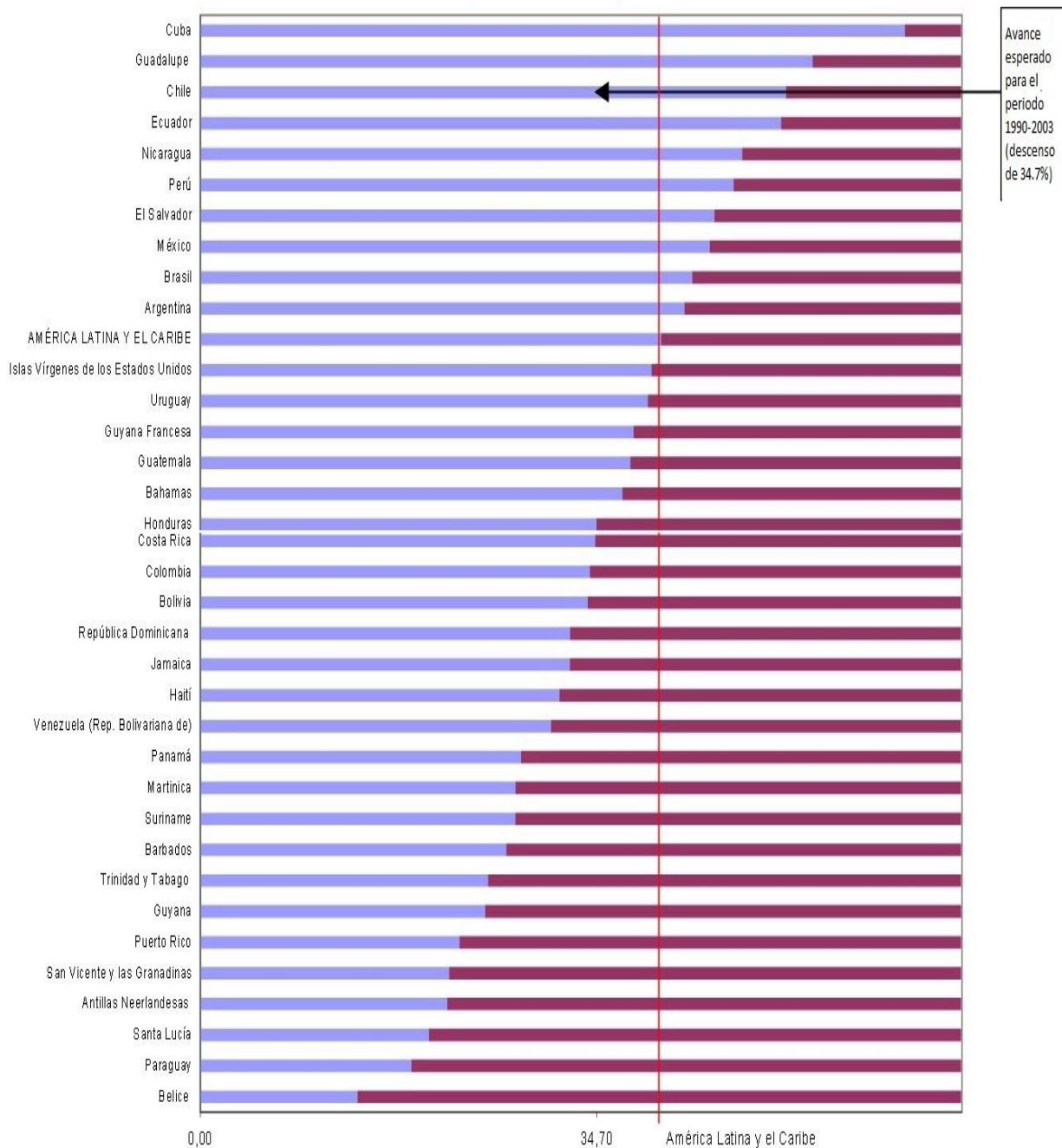


Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Corresponde a una interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad elaboradas por la fuente para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

Fuente: OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, p 148

América Latina y el Caribe (35 países y Territorios): Progreso en la reducción de la mortalidad infantil entre 1990- 2003 y desafío pendiente hasta el 2015.



Reducción relativa 1990-2003

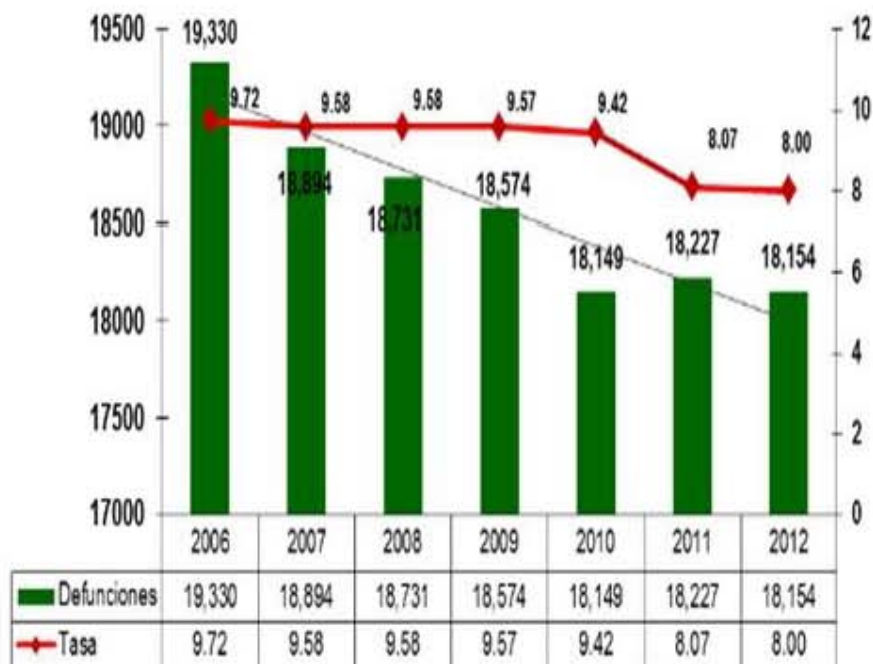
Cuanto Falta para la Meta

Fuente: OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York,p 149

Tasa de mortalidad Neonatal 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Defunciones de recién nacidos	19,330	18,894	18,731	18,574	18,149	18,227	18,154
Tasa de mortalidad en recién nacidos	9.72	9.58	9.58	9.57	9.42	8.07	8.00

Tasa de Mortalidad Neonatal 2006 - 2012



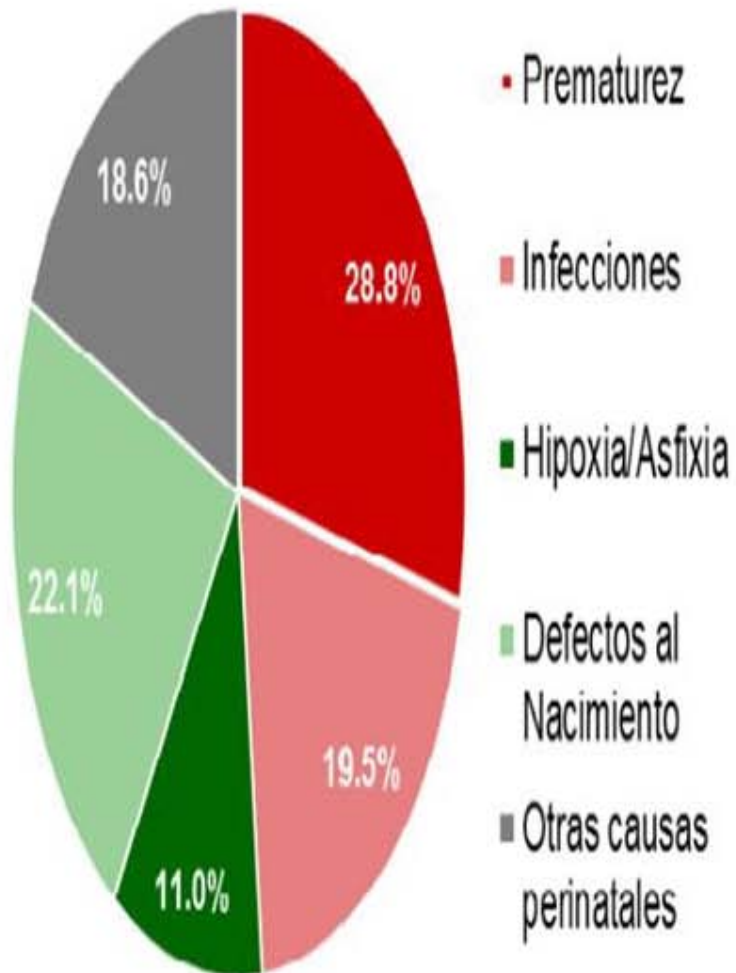
Fuentes: DGS/SSA

Tasa por 1,000 N.V.E. La tasa se calculó con nacimientos estimados por CONAPO 1990-2010

*Tasa por 1,000 NVR SINAC 2011-2012

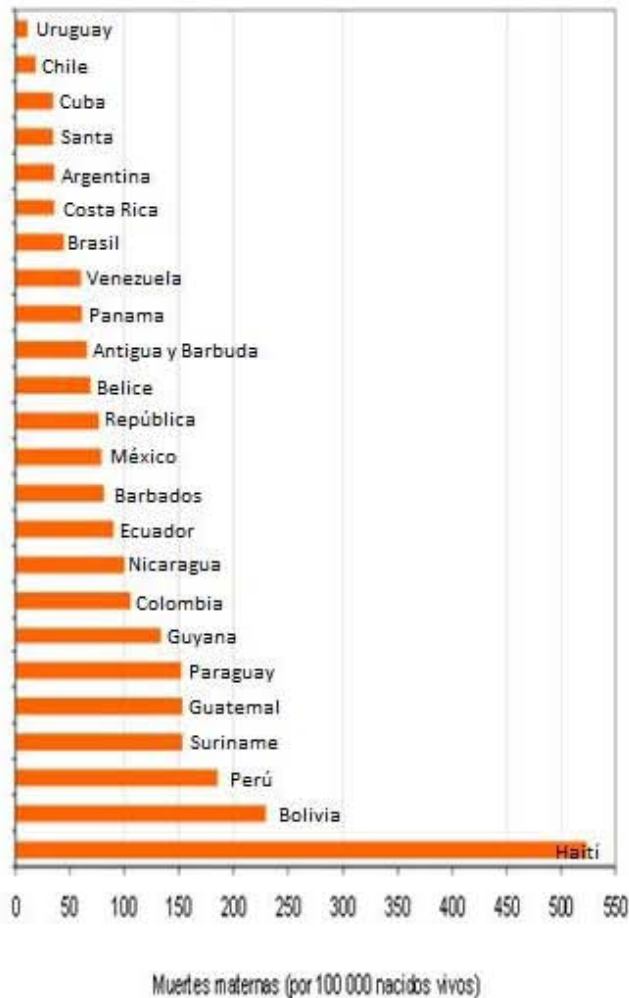
Fuente: Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaría de Salud, México, 2014, p 35

Principales causas de mortalidad Neonatal México 2012



Fuente: Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaría de Salud, México, 2014, p 36.

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
(ALREDEDOR DEL AÑO 2000)**

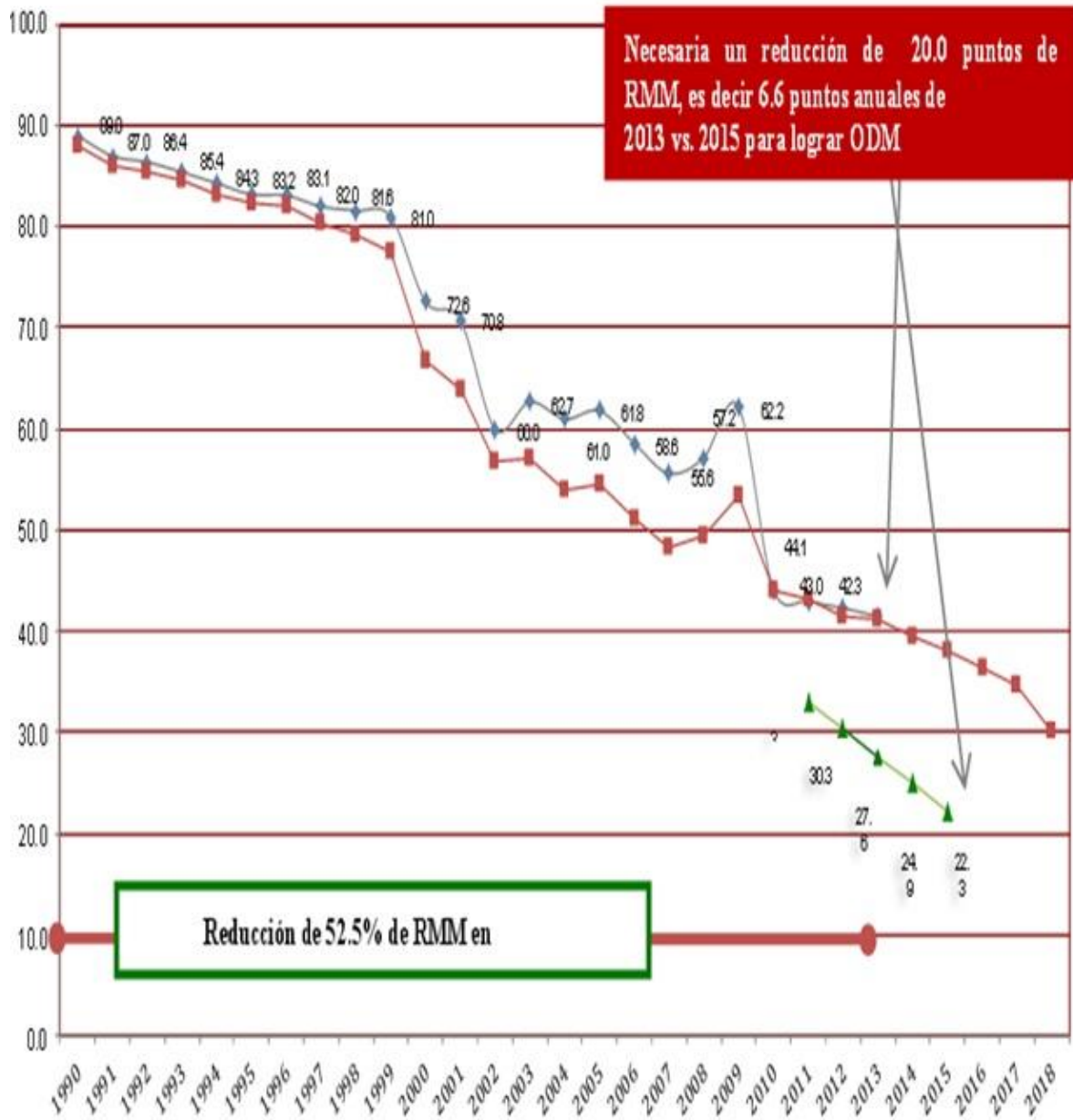


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de los indicadores de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud: 1995-2005, 2004.*

Existen pruebas de que en América Latina y el Caribe la muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia (20%), la toxemia (22%), las complicaciones del puerperio (15%) y otras causas directas (17%).⁸ Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, por su alto subregistro, se estima en mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 15% es el resultado de otras causas.

Fuente: OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 Nueva York, p 156

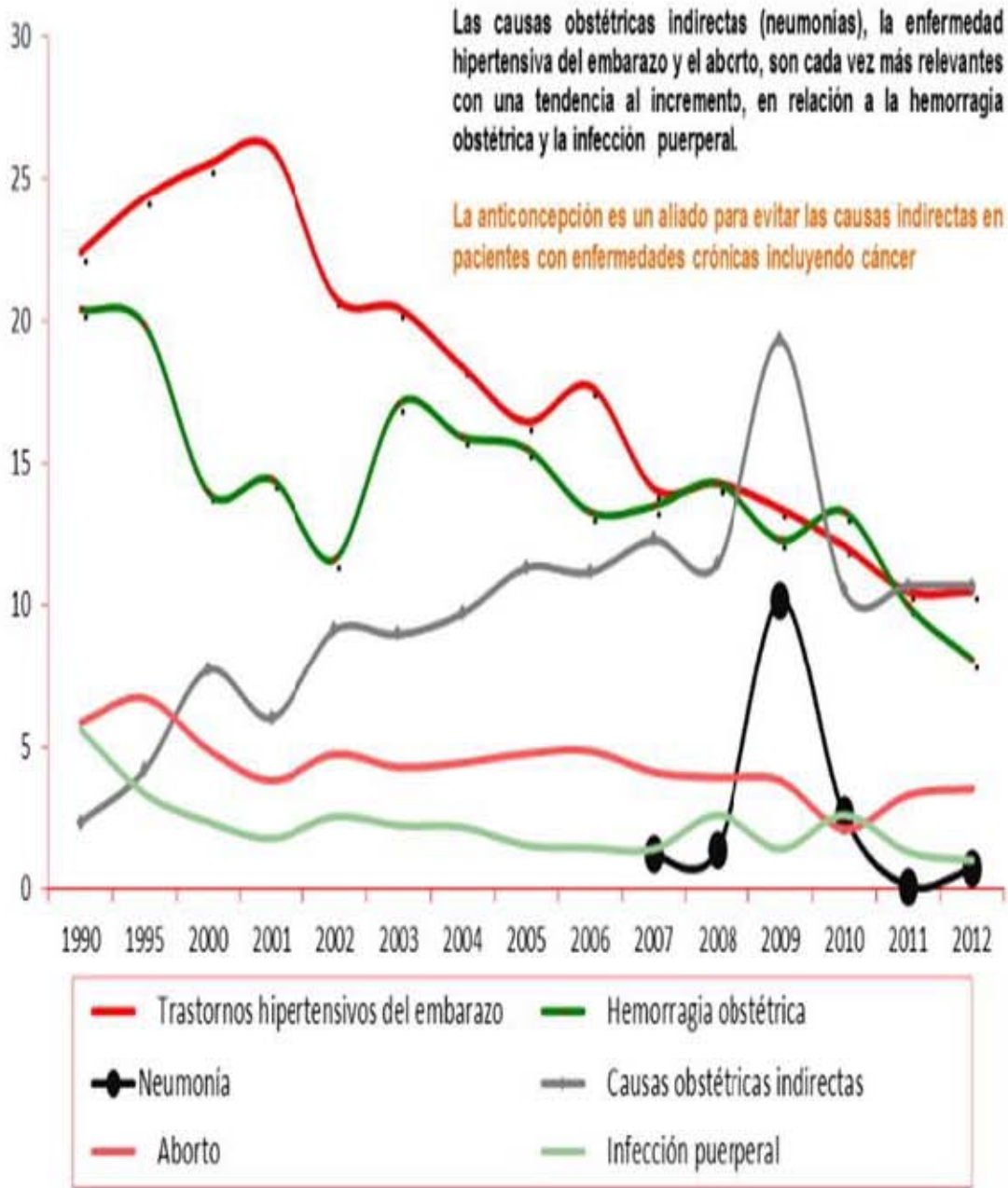
Razón de Muerte Materna, en México 1990-2018*



resultado de otras causas.

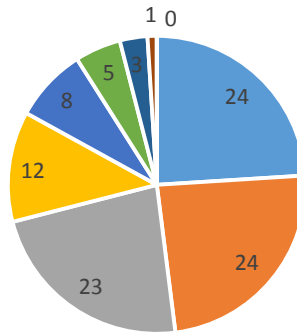
Fuente: Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaría de Salud, México, 2014, p 49.

Razón de Muertes Maternas, según causas.
Estados Unidos Mexicanos 1990 - 2012



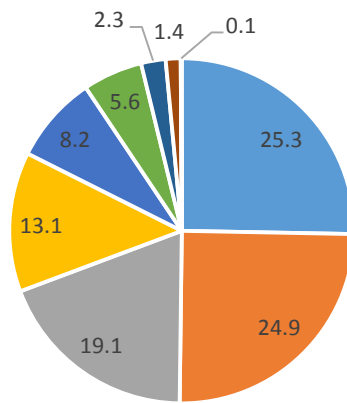
Fuente: Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaria de Salud, México, 2014, p 27

Porcentaje de Causas de Muerte Materna en México 2011.



- Enfermedad Hipertensa 24%
- Causas Obstetricas Indirectas 24%
- Hemorragia de embarazo 23%
- Otras causas obstetricas directa 12%
- Aborto 8%
- Otras complicaciones 5%
- Sepsis y otras infecciones 3%
- VIH-SIDA mas embarazo 1%
- Muerte obstetrica causa no especificada 0%

2012



- Causas Obstetricas Indirectas 25.3%
- Enfermedad hipertensa 24.9%
- Hemorragia de Embarazo 19.1%
- Otras causas obstetricas directas 13.1%
- Aborto 8.2%
- Otras complicaciones 5.6%
- Sepsis y otras infecciones 2.3%
- VIH-SIDA mas embarazo 1.4%
- Causas no obstetricas mas embarazo 0.1%

Fuente: Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaria de Salud, México, 2014, p 28

Otras iniciativas en México- OPS se han realizado en universidades del país, cubriendo aspectos de enseñanza en el ámbito materno-infantil todo esto en base a las enseñanzas en escuelas formadoras en salud, destacando el papel de las nuevas enfermeras para ligarlos con las nuevas normas oficiales mexicanas en el caso de cuidados de embarazo, parto, por citar algunos, ya que se hacia una amalgama entre consultores especializados mandados por OPS, Instituciones de Salud y Universidades. Ligado a las enfermeras, la OPS ha contribuido en la capacitación de las parteras tradicionales.

Uno de los asuntos más importantes a considerar en la relación OPS-México es el de vacunación. México tiene el liderazgo del tema, con una participación comprometida para el fortalecimiento de los programas y es uno de los poco países en América latina que producen vacunas, incluso donándolas a países de la zona.

Entre las acciones más importantes encontramos:

- Jornadas de vacunación.
- Disponibilidad de vacunas.
- Establecimiento regular de la vacunación en los servicios de salud.
- Una Efectiva vigilancia epidemiológica.

Esta última ayudó para determinar al ausencia de poliomielitis desde 1991 y la certificación de su erradicación en México desde 1994.

La relación OPS-México en el campo materno-infantil ha sido benéfica, permitiendo enriquecer las colaboraciones en vista a los futuros retos en el futuro de la zona. México ha tenido avances significativos en el tema y existiendo muchos retos en que mejorar.

3.4. La influencia de México en la agenda regional de salud en la actualidad.

A lo largo de la participación de México en la OPS, se han impulsado diversas acciones y políticas que han contribuido al mejoramiento de la salud de la región

mediante la aplicación de diversas actividades, como fue la propuesta que hizo de impulsar la vacunación como una medida regional para la prevención de enfermedades; México es uno de los países que tiene uno de los esquemas de vacunación gratuita más amplios de la región, lo cual durante muchos años ha sido un referente para muchos países latinoamericanos y centroamericanos. Dicha política permitió a México durante largo tiempo generar un gran prestigio y el reconocimiento de la mayoría de los miembros de la organización.

En los años sesenta, México empezó a promover diversas políticas de acción destinadas al combate de las enfermedades infecto-contagiosas, las cuales surgieron como recomendaciones, debido al impulso y posicionamiento que México realizó junto con el esfuerzo y el apoyo de los países latinoamericanos en el seno de la OPS, y que posteriormente se convirtieron en recomendaciones que fueron implementadas a nivel nacional en algunos Estados.

La situación anterior, generó que nuestro país representara durante varias décadas una voz propositiva que consideraba las necesidades nacionales y regionales ante la organización; Así por un largo periodo México tuvo un rol muy importante para encausar los intereses y características en materia de salud a través de recomendaciones, a fin de lograr que los Estados las aplicaran a nivel interno, lo cual incentivó que se generaran sinergias entre los países y la OPS a fin de construir una agenda que reflejara las circunstancias sanitarias específicas de la región.

Por años la agenda de salud de la OPS mostró la realidad sanitaria continental y aunque no lo hacía fielmente, sí refería un porcentaje importante de la voluntad de sus miembros, así como ciertos intereses plasmados en el posicionamiento de algunos temas en materia sanitaria. Sin embargo, dicha situación ha cambiado, ya que en teoría la construcción de las agendas dependen de la voluntad, intereses y características de todos los miembros de la organización, la realidad de los organismos es que en ocasiones únicamente se reflejan las prioridades de ciertos países, especialmente los que tienen mayor influencia en la arena internacional.

La construcción de una agenda representa la compilación de características, necesidades, prioridades e intereses de todos los Estados que constituyen una organización, en estricto sentido refiere una homologación de posturas, a fin de mostrar un interés común y genuino que represente posturas colectivas en pro de objetivos y un fin común que beneficie a todos los miembros, si no de manera igualitaria, sí de forma equitativa.

Bajo lo anterior, es muy importante señalar que incluso en los temas de salud, esto no deja de ser una condición idónea y una postura idealista, desde el punto de vista de la teoría de las Relaciones Internacionales, como muestra el enfoque teórico del neorrealismo político, evidenciando cómo los países, los organismos internacionales, las ong, las empresas trasnacionales como las farmacéuticas, luchan por imponer sus intereses sobre los otros bajo la lógica del poder, determinando sus ventajas a costa de la salud.

La OPS durante mucho tiempo representó una agenda que estaba inclinada de manera notoria hacia las prioridades del país que por mucho tiempo ocupó la titularidad de la OPS. En ese sentido, es muy claro que dicha inclinación generó durante gran parte del tiempo que las prioridades sanitarias regionales quedaran supeditadas a las finalidades o intereses que planteaba el director del organismo.

Así, durante esos años, la relevancia y liderazgo que México había tenido quedaron suspendidos y nuestro país, dejó de llevar a cabo la promoción y el impulso de diversos temas y acciones que antaño efectuaba, lo que de alguna manera hizo mella en la difusión de la salud regional y en el apoyo que los países le daban, además del ejemplo que había significado por años en materia de salud.

Bajo ese contexto, la agenda de salud en la actualidad, ha tenido diversas modificaciones y con la llegada de una nueva directora, que en 2012 empezó a impulsar ciertas modificaciones, la agenda comenzó a reconfigurarse en pro de las necesidades de la región.

En este tenor, la participación de México fue de gran importancia, puesto que se llevó a cabo una reconfiguración de la agenda internacional, a favor de los

intereses y prioridades de la región, encabezando una iniciativa, donde México volvía a ganar espacio y se impulsaban temas verdaderamente nodales para la salud continental y que estuvieron rezagados por mucho tiempo.

Es bajo esa perspectiva que en los últimos dos años, la agenda se ha revestido de una importancia nodal con la inclusión de ámbitos representativos para todos los miembros, como la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan a la mayoría de los países de la región. O bien, acciones puntuales como la promoción de la cobertura universal de servicios y el tema de la reestructuración del financiamiento de la oficina regional.

Para los temas anteriores la participación de México ha sido muy importante ya que ha logrado ser líder en estos procesos y busca a través de ellos que hay un mejoramiento para la salud en la población de las Américas.

3.5. Hacia dónde va la OPS

La OPS ha enfrentado un profundo proceso que se originó con su surgimiento, es decir desde la aparición de la OPS a principios del siglo XX y con su incorporación al sistema de Naciones Unidas en 1948 se crearon las bases y las estructuras para su óptimo funcionamiento, sin embargo, la organización se fue acoplado a los retos y características de cada época, motivo por el que de alguna manera y por la estructura decimonónica y convencional de la OPS muchas cosas han quedado estancadas en los métodos y dinámicas que se implementaron en la segunda posguerra.

La OPS es una institución que requiere muchos cambios y ha empezado un proceso en el cual los países tienen que pensar, modificar las estrategias y planteamientos que se han seguido, buscando que el organismo sirva en beneficios de sus países y que asuma el rol de organizador de ayudar a mejorar la salud de la región el cual se ha efectuado de manera parcial en las últimas décadas.

Conclusiones.

En la actualidad los temas internacionales van ligados a las problemas y necesidades sociales, tal es el caso de los ecológicos, la alimentación, educación; o como en este caso específico de la salud, ya que sin ésta en la sociedad, el desarrollo de las antes mencionadas se verá afectado directamente, es por ese motivo que además de las instituciones nacionales de los Estados también encontramos a los organismos internacionales de salud, a nivel mundial la OMS y a nivel regional la OPS, ellos, se encuentran relacionados porque la OMS es el agente rector mundial de salud, pero se necesita del organismo regional para los temas específicos de la zona.

Junto con la importancia de las instituciones, se requiere de la cooperación de toda la zona para fines comunes y que sean encaminados por la OPS, porque es necesaria la existencia de un sistema sanitario regional que esté apegado a las necesidades reales de la región y se debe de considerar la relación pobreza enfermedad que está afectando a la mayoría de la población con enfermedades prevenibles y diagnosticables.

Para tener un sistema sanitario regional real la importancia de la agenda que refleja las prioridades de salud de los Estados miembro y no solamente seguir recetas de los intereses de moda.

La salud en el mundo actual tiene que ver con el desarrollo de las personas y los países, para esto un aspecto importante es la inversión en salud, por lo menos en la región se tiene que hacer un esfuerzo para incrementar los recursos financieros que a la larga mejoraran el desarrollo social. Evidentemente lo anterior se presenta como un gran reto porque cada país tiene una política y diferente forma de trabajar, debido a esto, siempre es complicado homogeneizar los factores más importantes en materia de salud, por eso también se enfatiza en el tema de cooperación internacional y pláticas para aprender de todos los Estados.

Los temas en salud para la zona de las Américas se han beneficiado por la aparición de las agencias de salud regionales que son encaminados por la OPS con

el objetivo específico del mejoramiento de la salud impactando de manera benéfica y también tenemos cooperación OMS-OPS coadyuvando a mejorar la salud en el mundo.

La salud ha sido un tema que ha estado presente en las relaciones internacionales no de manera formal pero si fáctica; a lo largo de la historia de manera velada ha comprendido el desarrollo de políticas, la toma de decisiones y el ejercicio del poder a nivel mundial que ayudan al desarrollo, lo que ha colocado los asuntos sanitarios en la agenda internacional actual.

Así la salud constituye un factor imprescindible para los Estados y su población porque si se logra que esta última tenga un óptimo estado de salud, se satisface una necesidad básica que genera bienestar, productividad y estabilidad de los países, lo que redundará en una mejor sociedad internacional.

En el caso específico de la OPS en el capítulo 2 se dio a conocer su historia que nos ayudó a comprender el desarrollo de la organización en América. También se evidenció la cooperación de la FR que si bien ayudó en los inicios de la institución, la fundación buscaba el beneficio para su fundación, su país y que sus arreglos comerciales no se vieran afectados.

Ya relacionada la ONU con la OPS, esta última se sujetó a las formas de trabajo de Naciones Unidas y así se permitió tener objetivos y metas firmes que buscarían el mejoramiento de la salud en la zona.

La OPS desde sus inicios ha tenido metas que han cambiado con el contexto internacional del mundo y es después de los años 90 cuando empieza a tener una importancia relevante porque temas como la salud, ecología o educación, entran en las agendas de los países americanos y los avances han sido significativos sobre todo en temas específicos que antes no eran ni siquiera conocidos.

A partir de la llegada de los OMS la OPS se centró en el cumplimiento y en el control de enfermedades de la región, además de esto aparece un nuevo rol en el escenario americano ya que al designarse la salud como factor de desarrollo

humano se empezaron a buscar metas en beneficio del desarrollo y vemos como muchas temas importantes de la organización ahora tienen una medición y estimación de soluciones en base a estadísticas que ayudan a tener un panorama más exacto hacia donde se va.

A lo largo de la investigación se demostró que la OPS generó un régimen regional de salud que ha contribuido a estructurar acciones para controlar las epidemias y crear mejores condiciones de salud, dicha estructuración logró crear un marco regulatorio que ha incentivado a acciones y políticas a favor de la salud continental.

México siempre ha tenido un papel destacado en las relaciones internacionales y sus posturas encaminan mayormente la postura de América latina, desde la sociedad de naciones o como en tema de salud con las OPS teniendo un liderazgo desde su independencia.

Nuestro país siempre se ha preocupado por la salud debido a que es una necesidad para el bienestar de su población, esto lleva al país a extender sus preocupaciones y soluciones a un nivel regional buscando la cooperación entre países y organizaciones para tener un papel destacado sin lugar a dudas.

El liderazgo de México en la zona no solo es importante por el prestigio, en el pasado este liderazgo fue fundamental para redirigir las agendas a los problemas reales de América latina ya que en un principio solo se encaminaban a intereses de Estados Unidos. Sin duda esta modificación en el pasado iniciando con buscar sedes y participación en las conferencias sanitarias hace que los países latinos compartan sus problemáticas con sus posibles soluciones de una manera mas uniforme y el compromiso internacional también beneficiaria en fortalecer las instituciones nacionales que tengan un mínimo de calidad en toda la zona.

México en la OPS tiene un papel protagónico que se ha basado en la vigilancia epidemiológica y el fomento de cooperación, el país siempre se ha visto como un miembro activo que busca el bien regional. Los retos para el país son diversos buscando siempre mejorar los servicios de salud y erradicar las

enfermedades, también el país encuentra nuevas afecciones que peligran la salud del país. Tal fue el caso del virus AH1N1, México se enfrentó ante un nuevo problema que fue combatido con gran efectividad debido a los lineamientos internos como internacionales debidamente cumplidos para combatir una alerta que fue enfrentada de manera efectiva, tanto que fue digno de reconocimiento en la región y en todo el mundo.

En ese sentido, para que los países logren tener un óptimo estado de salud más allá de sus fronteras se requiere de la cooperación tanto internacional como regional, esta última como se ha descrito a lo largo del trabajo, se ha logrado en el caso de México a través de la OPS, pues esta situación logró poner al país como pionero de acciones y políticas en materia de salud, después de ser aplicadas estas iniciativas se convirtieron en acciones en otros Estados americanos.

La participación de México en la OPS ha sido propositiva y ha ayudado de manera eficiente en toda la región de las Américas, si bien existen nuevos retos, enfermedades para afrontar y el control de problemas sanitarios comunes, también se han creado nuevos avances y formas de combatir estos retos junto con la OPS.

En el caso específico del tema materno-infantil en México se han logrado avances significativos, pero no por eso se logran los avances establecidos ya que en las mismas gráficas porcentajes que iban bajando progresivamente subieron en los últimos años dando a conocer que se necesitan redoblar esfuerzos en la agenda nacional para 2018. Finalmente esta buena práctica se ha expandido en el continente americano generando acciones y cooperación que beneficia a la población de los países latinoamericanos.

El desarrollo y crecimiento económico en materia de salud también ha mejorado, lo que permite avances sanitarios en la región. Los países miembros y la organización van de manera paralela y efectiva en pro del bienestar de su población.

La participación de México en la OPS ha sido muy relevante ya que en un contexto regional se ha erigido como un referente en la zona ayudando a contener

y estudiar algunas enfermedades, compartiendo practicas exitosas y el bienestar sanitario.

Anexo:

Indicadores de Contexto para México, 1990-2010

INDICADORES DE CONTEXTO	1990	1995	2000	2005	2010
SUPERFICIE TERRITORIAL (KM ²)			1,964,375		
POBLACIÓN TOTAL	81,249,645	91,158,290	97,483,412	103,263,388	112,336,538
HOMBRES (%)	49.1	49.3	48.8	48.7	48.8
MUJERES (%)	50.9	50.7	51.2	51.3	51.2
EN LOCALIDADES DE 2 500 Y MÁS HABITANTES (%)	71.3	73.5	74.6	76.5	76.8
EN LOCALIDADES DE MENOS DE 2 500 HABITANTES (%)	28.7	26.5	25.4	23.5	23.2
POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD (%)					
0-14	38.6	35.5	34.1	31.5	29.3
15-64	57.3	60.1	60.9	62.8	64.4
65 Y MÁS	4.2	4.4	5.0	5.7	6.3
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS PROMEDIO)	70.6	72.4	73.9	74.6	75.4
HOMBRES	67.7	69.7	71.3	72.2	73.1
MUJERES	73.5	75.1	76.5	77.0	77.8
TASA DE DESOCUPACIÓN (%)	2.7 ^N	6.3 ^N	2.6 ^N	3.6	5.4
TRABAJADORES ASEGURADOS PERMANENTES Y EVENTUALES EN EL IMSS ^{C/}	9,570,000	9,318,000	12,437,760	13,061,565	14,738,783
PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) (TASA DE CRECIMIENTO ANUAL) ^{N/}	5.1	-6.2	6.0	3.2	5.4
PIB PER CÁPITA (DÓLARES) ^{E/}	3,129	3,655	6,828	8,167	9,547
INFLACIÓN (%)	29.9	52.0	9.0	3.3	4.4
TIPO DE CAMBIO PROMEDIO ^{F/} (PESOS POR DÓLAR DE LOS EE.UU.)	2.8	6.4	9.5	10.9	12.6
SALDO DE LAS RESERVAS INTERNACIONALES (MILLONES DE DÓLARES)	ND	15,741	33,555	68,669	113,597
DEUDA EXTERNA BRUTA (MILLONES DE DÓLARES)	77,770	100,934	84,600	71,675	110,428
SALDO DE LA BALANZA COMERCIAL (MILLONES DE DÓLARES)	-882	7,088	-8,337	-7,587	-3,009
PRODUCCIÓN DE PETRÓLEO CRUDO (MILES DE BARRILES)	929,929	955,570	1,102,392	1,216,971	940,210
INVERSIÓN PÚBLICA ^{G/} (MILLONES DE PESOS)	24,697	53,251	142,721	246,251	554,577 ^{H/}
INVERSIÓN EXTRANJERA DIRECTA (MILLONES DE DÓLARES)	3,722	8,375	18,110	24,037	17,726
TIIE (%) ^{I/}	ND	51.4	18.4	8.7	4.9
SALARIO MÍNIMO GENERAL (PESOS DIARIOS)	9.3	16.4	35.1	45.2	55.8

INDICADOR ^{N/}	LÍNEA BASE 1990 ^{N/}	1995	2000	2005	2010 ^{N/}	META	¿CÓMO VA MÉXICO? ^{C/}
OBJETIVO 1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE							
META 1.A. REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS CUYOS INGRESOS SEAN INFERIORES A 1.25 DÓLARES POR DÍA							
1.1. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON INGRESOS PER CÁPITA INFERIORES A 1.25 DÓLARES DIARIOS (PARIDAD PODER DE COMPRA RESPECTO AL DÓLAR)	9.3 (1989)	12.8 (1996)	9.4	6.1	5.3	4.0	✓
1.2. COEFICIENTE DE LA BRECHA DE POBREZA (INTENSIDAD DE LA POBREZA)	3.0 (1989)	4.1 (1996)	2.9	1.9	1.6	1.5	✓
1.3. PROPORCIÓN DEL CONSUMO NACIONAL QUE CORRESPONDE AL QUINTIL MÁS POBRE DE LA POBLACIÓN	5.0 (1989)	5.0 (1996)	4.4	5.5	6.7	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
META 1.B. LOGRAR EMPLEO PLENO Y PRODUCTIVO, Y TRABAJO DECENTE PARA TODOS, INCLUYENDO MUJERES Y JÓVENES							
1.4. TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB POR PERSONA OCUPADA	3.0 (1996 ^{N/})	3.5 (1998)	7.9	6.8	-7.4 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✋
1.5. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR	54.0 (1995)	57.0 (1998)	56.3	55.8	55.4 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✋
1.6. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA CON INGRESOS INFERIORES A 1.25 DÓLARES POR DÍA	14.2 (1989)	17.5 (1998)	13.1	8.4	7.7	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
1.7. PROPORCIÓN DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y LOS NO REMUNERADOS ^{I/}	37.1 (1995)	34.4 (1998)	31.9	31.0	29.7 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
META 1.C. REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADECEN HAMBRE							
1.8. PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INSUFICIENCIA PONDERAL	14.2 (1988)	ND	7.6 (1999)	ND	5.0 (2006)	7.1	META CUMPLIDA
1.9. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR DEBAJO DEL NIVEL MÍNIMO DE CONSUMO DE ENERGÍA ALIMENTARIA	4.9 (1992)	4.7 (1996)	3.2	3.1	2.7	2.4	✓

OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS							
META 4.A. REDUCIR EN DOS TERCERAS PARTES, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS							
4.1. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS (POR CADA MIL NACIDOS VIVOS)	47.1	32.6	23.2	20.4	17.3 (2009)	15.7	✓
4.2. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR CADA MIL NACIDOS VIVOS)	39.1	27.9	19.9	17.3	14.6 (2009)	13.0	✓
4.3. PROPORCIÓN DE NIÑOS DE UN AÑO DE EDAD VACUNADOS CONTRA EL SARAMPIÓN	75.3	89.9	95.9	96.3	95.9 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA							
META 5.A. REDUCIR, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD MATERNA EN TRES CUARTAS PARTES							
5.1. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (DEFUNCIONES POR CADA 100 MIL NACIDOS VIVOS ESTIMADOS) ^{IV}	89.0	83.2	72.6	61.8	53.5 ^{IV}	22.3	✋
5.2. PROPORCIÓN DE PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL SANITARIO CAPACITADO	76.7	81.8	87.1	91.1	91.7 (2006)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
META 5.B. LOGRAR, PARA EL AÑO 2015, EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA							
5.3. PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL ^{IV}	63.1 (1992)	68.4 (1997)	ND	70.9 (2006)	72.5 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.4. TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS (POR CADA MIL MUJERES DE 15 A 19 AÑOS)	81.4	78.0	ND	ND	69.5 (2007)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.5. PROMEDIO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA ATENDIDA EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	4.44 (2000)	ND	4.44	4.83	4.79 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
5.6. NECESIDAD INSATISFECHA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	25.1 (1987)	12.2 (1997)	ND	12.0 (2006)	9.8 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES							
META 6.A. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA							
6.1. PREVALENCIA DE VIH EN POBLACIÓN ADULTA (15 A 49 AÑOS) ^{IV}	0.146	0.196	0.251	0.317	0.378	DETENER Y COMENZAR A REDUCIR	✋
6.2. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE USÓ PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES ^{IV/2}	79.2 (2001)	ND	79.2 (2001)	80.6 (2006)	63.6 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✋
META 6.B. LOGRAR, PARA EL AÑO 2010, EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA DE TODAS LAS PERSONAS QUE LO NECESITAN							
6.5. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN PORTADORA DE VIH CON INFECCIÓN AVANZADA QUE TIENE ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES	79.4 (2008)	ND	ND	ND	82.3 (2009)	100.0	✓
META 6.C. HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES							
6.6. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA AL PALUDISMO (POR 100 MIL HABITANTES)	53.0	8.1	7.5	2.9	1.1	3.0	META CUMPLIDA
6.8. PROPORCIÓN DE TRATAMIENTOS OTORGADOS A CASOS CONFIRMADOS DE PALUDISMO EN MENORES DE 5 AÑOS, PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL PLASMODIUM VIVAX ^{IV}	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓
6.9.A. TASA DE INCIDENCIA ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS) POR 100 MIL HABITANTES	17.2	22.8	18.7	16.8	16.7 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.9.B. TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS (TODAS LAS FORMAS), DEFUNCIONES POR CADA 100 MIL HABITANTES	7.6	5.3	3.5	2.6	2.1 (2009)	HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR	META CUMPLIDA
6.10. PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE CURAN AL TERMINAR EL TRATAMIENTO	70.7 (2000)	ND	70.7	77.5	85.3 (2009)	INDICADOR DE SEGUIMIENTO	✓

40

Estos datos duros son importantes a destacar ya que si bien da a conocer avances concretos en cada uno de los temas de forma alentadora, también existen temas en los que se tienen problemas.

⁴⁰ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, Informe de Avances 2010, Presidencia de la Republica, México agosto 2011, P.35.

Bibliografía:

- Centenario de la OPS, *La OPS y el Estado colombiano. Cien años de historia 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2002. 399p.
- Cooperación Internacional Sobre Salud en México. Academia Nacional de Medicina, México, 1995. 123p.
- Estrategia de Cooperación con el país México, OPS, noviembre de 2005, 119p.
- Gregorio Delgado García “El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental” en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.6 n.5, Washington Nov. 1999. 361p
- *Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en Republica Dominicana 1902-2002*, Organización Panamericana de la Salud, Republica Dominicana, 2002. 187p
- La Financiación de los sistemas de Salud, el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud, 2010, 121p
- La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Organización Mundial de la Salud, Argentina, 2005, 84p.
- López Moreno, Sergio. Desarrollo Histórico de la Epidemiología: su formación como disciplina científica, en *Salud Pública de México*, vol.42, num.2, Marzo-Abril 2000, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2000 169p.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, Informe de Avances 2010, Presidencia de la Republica, México agosto 2011, 243p.
- OMS, *artículo 1 de la constitución de la OMS*, Ginebra 1948. 18p.

- OPS Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, 2005 nueva york, 333p.
- *Plan estratégico a plazo medio 2008-2013 y proyecto de presupuesto por programas 2008-2009*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2007, 198p.
- Programa de Acción específico salud materna y perinatal 2013-2018, Dr. Ricardo Juan García Cavazo et al, Secretaria de Salud, México, 2014, 102p.

Ciberografía:

<http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/our-history/1913-1919>

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=359

<http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/>

<http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/coneval-advierte-sobre-cobertura-de-salud-insuficiente.html>