

# LA SALUD SIN FRONTERAS Y LAS FRONTERAS EN LA SALUD

GUILLERMO SOBERÓN, M.C.,<sup>(1)</sup> CUAUHTÉMOC VALDÉS, M.C.,<sup>(1)</sup> OCTAVIO DE CASO, M.C.<sup>(1)</sup>

Soberón G, Valdés C, De Caso O.  
La salud sin fronteras y las fronteras en la salud.  
Salud Publica Mex 1989;31:813-822

## RESUMEN:

*En este artículo se presenta un esbozo general de la relación entre la salud de las sociedades y las fronteras que las separan, analizando en particular el caso de México. Se analiza también el concepto de salud internacional, y se describe el papel de los diversos organismos multinacionales -OPS, OMS, UNICEF,- creados para atenderla.*

*Palabras clave:* salud, fronteras, organismos internacionales

Soberón G, Valdés C, De Caso O.  
Health without borders, and the borders of health.  
Salud Publica Mex 1989;31:813-822

## ABSTRACT:

*This paper presents a general picture of the relationship between health and borders, analyzing the particular case of Mexico. The concept of international health is discussed, and the role of the multinational organizations created to approach it -WHO, PHO, UNICEF, etcetera- is described.*

*Key words:* health, borders, international organizations

Solicitud de sobretiros: Dr. Guillermo Soberón, Fundación Mexicana para la Salud, Av. Contreras 516-2, San Jerónimo Lídice, 10200 México, D.F.

**E**XPRESO MI PROFUNDO agradecimiento al Consejo Técnico Consultivo del Instituto Nacional de Salud Pública que ha tenido la gentileza de invitarme a sustentar este año la Conferencia Magistral "Miguel E. Bustamante" establecida para testimoniar, año con año, el reconocimiento de los trabajadores de la salud a un gran mexicano, maestro egregio, que a través de una existencia luminosa entregó lo mejor de sí mismo para elevar el nivel de salud de sus compatriotas. Asimismo, con esta conferencia inicio mis actividades académicas en El Colegio Nacional correspondientes a 1989.

La obra de Miguel Bustamante es ejemplo a seguir para quienes han decidido hacer de la salud pública el escenario de su actividad profesional. Supe del Maestro siendo estudiante de medicina, y siempre oí hablar de él con admiración. La razón es que mi padre laboraba en su

mismo círculo de trabajo. Lo conocí personalmente hacia el año de 1945, en que me las arreglé para que mi progenitor me llevara en un viaje, para mí inolvidable, al estado de Guerrero, el cual fue planeado con el propósito de estudiar a fondo algunos enfermos del mal del pinto, en un esfuerzo por precisar si existían lesiones viscerales o solamente cutáneas, controversia que entonces estaba en su apogeo y en la que se expresaban, a veces con gran vehemencia, partidarios de una y otra posibilidad. En la comitiva estaban Salvador González Herrejón, quien predijo que el padecimiento era una Treponemiasis; Francisco León Blanco, médico cubano que describió el Treponema Herrejoni; Manuel Martínez Báez, Enrique Beltrán, Mario Salazar Mallen; Don Miguel y mi padre, además de otras personas, cuya imagen y nombre se han perdido en el tiempo.

(1) Fundación Mexicana para la Salud.

Fecha de recibido: 28 de junio de 1989

Fecha de aprobado: 28 de junio de 1989

Lo que más me impresionó, con todo lo fascinante que fue escuchar las argumentaciones apasionadas de las personalidades que ahí concurren, fue que en el viaje de regreso en autobús, que duró varias horas, veía yo con abstracción hacia el exterior cuando, de pronto, sentí una mano que se apoyó en mi hombro al tiempo que me decía "¿qué me cuenta este Soberoncito?" Se sentó junto a mí el maestro Bustamante y conversamos largamente sobre variados temas. Me emocionó que una persona de esa estatura dedicase tanto tiempo a un muchacho y, por supuesto, el retorno se me hizo muy rápido. Dos recomendaciones obtuve: que el médico es estudiante toda su vida y que, en esos tiempos, ya era imprescindible estudiar inglés. Además derivé una enseñanza: es importante hablar con los jóvenes no sólo por lo que pueda uno estimularles sino por algo que he aprendido después: se nutre el espíritu y se sigue uno manteniendo con juventud o, por lo menos, se tiene esa ilusión.

Por eso, cuando llegué al quinto año de la carrera ya estaba yo predeterminado a llevar el curso de Higiene con Miguel Bustamante, quien, una vez que identificó a su compañero de aquel viaje, que aún tuvo la deferencia de evocar, me dio la responsabilidad de ocuparme de la lista de asistencia.

En los años que siguieron a mi entrenamiento de posgrado en el extranjero, ocasionalmente nos encontrábamos, sobre todo en la Academia Nacional de Medicina donde le buscaba para, al menos, saludarle.

En el año de 1973 me incorporé al Consejo de Salubridad General, donde permanecí hasta noviembre de 1988. Durante los primeros años el Maestro Bustamante fue secretario del Consejo y tuvimos oportunidad de charlar con cierta frecuencia. El gran tópico de ese tiempo fue la Universidad pues, a la sazón, yo era rector de la máxima casa de estudios.

Cuando a inicios del sexenio pasado asumí el cargo de Secretario de Salud, de inmediato le invité a que fungiera como mi asesor y en esa capacidad me transmitió grandes vivencias y porciones fundamentales de su experiencia y conocimientos. Nunca olvidaré su exhortación, en cierta forma conminación, en una de las reuniones semanales que tenía con mis asesores, a propósito de la situación que se daba y connotábamos, dentro del proceso del cambio estructural, como el rezago sustantivo.

Me tocó despedirlo, para siempre, hace tres años, a nombre de los trabajadores de la salud.

Debo decir, también, que recibí del maestro no sólo enseñanzas sino afecto y generosidad. Su gentil y

encantadora esposa, Doña Alicia, también me distinguió con su amistad.

Repito una vez más: qué gran fortuna la mía de haber podido convivir de cerca con los grandes próceres de la medicina mexicana que aportaron sus luces en este siglo, primordialmente de los años veinte en adelante.

Por lo anterior, se comprende mi particular emoción al sustentar una conferencia en la que se honra a un gran santarista para mí muy querido, cuya labor significó tanto para elevar el nivel de salud de los mexicanos.

Pasemos ahora a la parte sustantiva de la conferencia para justificar, antes que nada, la manera en que la hemos titulado: "La salud sin fronteras y las fronteras de la salud", pues las dos partes del enunciado pudieran parecer, a primera vista, contradictorias.

Deseamos abordar la cuestión desde dos perspectivas distintas. De un lado precisaremos que los problemas de salud no reconocen las barreras geopolíticas (la salud sin fronteras); de otro lado veremos cómo estas delimitaciones territoriales configuran, de todas maneras, una interfase que, desde el punto de vista sanitario, origina una problemática *sui generis* (las fronteras de la salud). Esto nos llevará a la consideración de la salud internacional, área que cobra nuevo ímpetu en los tiempos que corren.

Es decir, los conceptos de salud y fronteras nos ubican en contextos más amplios que la vecindad próxima. El entendimiento entre países ha llevado a esfuerzos y organismos internacionales, en especial la Organización Panamericana de la Salud, que es precursor mundial en esa dirección, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. Salud Internacional no necesariamente y exclusivamente se equipara al interés recogido por los organismos internacionales. Ciertamente el espacio es más amplio, como más adelante discutiremos, pues debe comprender esfuerzos bi y multinacionales, así como aquellas acciones que llevan a conocer, estimular y reforzar las actividades sanitarias que, en alguna forma, dilatan lo propio de un país más allá de sus fronteras.

Una aclaración pertinente: a lo largo de esta disertación haremos de relatar, más que nada, situaciones de los últimos años; la razón es que corresponden a vivencias propias, pero quede claro que la SSA, a través de su historia, ha sido protagonista entusiasta del trabajo internacional.

## LA SALUD SIN FRONTERAS

Aun cuando para el propósito de esta conferencia el

aspecto geopolítico es el que nos llevará al concepto de salud internacional, no está de más en este punto reflexionar que la salud, como disciplina, es un ámbito muy extenso al que difícilmente se le pueden precisar fronteras.

En efecto, la salud como causa y consecuencia del desarrollo se convierte en quehacer de toda la sociedad. Le atañe al Estado, a las instituciones de salud, a las comunidades, a la familia y al individuo. Ya la definición de la OMS la connota como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; ella claramente indica que el campo de la salud es amplio y su confín mal definido. Esto nos lleva a entender la importancia de la acción intersectorial y de la participación comunitaria en beneficio de la salud.

Sobre todo ahora que, como lo hemos expresado en otro lugar,<sup>1</sup> el concepto de atención a la salud va evolucionando rápidamente de una atención médica curativa de tipo individual al cuidado de la salud integral de la población. En efecto, del predominio de las actividades identificadas con la atención personal se pasa al concepto de salud pública, orientada al cuidado de la colectividad y de aquí, necesariamente, a la salud integral que tiene que considerar, por una parte, los componentes biológicos y genéticos de las personas, los efectos del medio ambiente y los factores del comportamiento, ya sea individual o colectivo, y por otra, la respuesta que la sociedad ofrece para contender con los problemas de salud a través de la organización y operación de los servicios sanitarios.

Recientemente expresamos<sup>2</sup> que, a grandes rasgos, pueden establecerse las siguientes diferencias entre la medicina curativa y la salud poblacional: la primera se centra en el individuo y en la cura de la enfermedad que ya se desarrolló, la segunda se orienta al cuidado de las personas a través de los grupos humanos y al cuidado de su salud integral; la una aborda el problema a través de la ocurrencia de casos, la segunda lo hace concentrándose en las poblaciones susceptibles; la una actúa sobre el daño, mientras que la otra lo hace sobre el riesgo; la atención médica curativa se agota en el individuo, en cambio la salud basada en poblaciones va más allá de la persona. Otra característica: la primera reacciona, la segunda anticipa; una se basa en la demanda efectiva de servicios, la otra lo hace en función de necesidades de salud de la población, muchas veces vinculadas a otros satisfactores básicos: educación, alimentación, empleo, vivienda.

Así, la salud no sólo es una cuestión médica; es fundamentalmente un tópico social inmerso en la trama

de satisfactores básicos, ubicada en la estrategia de desarrollo individual, comunitario y nacional y cuya responsabilidad atañe, como lo hemos reiterado en múltiples ocasiones, al Estado, principalmente al sector salud, pero también concierne a otros sectores, a la comunidad y a la persona.

La atención primaria a la salud (APS) es expresión amplia del desborde de las fronteras médicas y de su extrapolación más allá de lo propiamente sanitario. En efecto, hemos afirmado<sup>2</sup> que la APS se concibe como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías adecuadas y científicamente fundadas; requiere la participación plena de los individuos y familias de la comunidad: representa el primer contacto con el Sistema Nacional de Salud; se orienta a los principales problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción y prevención dirigidos sobre todo a grupos de riesgo; entraña la participación de otros sectores que desarrollan actividades relacionadas con la salud; finalmente, se apoya en equipos de salud en los que participan médicos, enfermeras, parteras, ingenieros sanitarios, auxiliares y trabajadores de la comunidad.

Más todavía, en los últimos años se aplicaron cinco estrategias para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Ellas ilustran cómo en el quehacer sanitario se superan las fronteras institucionales, sectoriales y políticas.

Retornemos ahora a nuestras referencias iniciales para arribar a la salud internacional. Se hace mención, frecuentemente, de la patología característica de los países en vías de desarrollo, y de la transición epidemiológica. ¿Es acaso que los problemas de salud se detienen en las fronteras geopolíticas?

A lo largo de la historia de la humanidad, la presencia de las enfermedades se puede ubicar, en algunos casos, en un lugar geográfico específico desde donde parte, y después un proceso de diseminación que, dadas ciertas condiciones ecológicas, climatológicas, geofísicas e incluso culturales, les lleva a rebasar los artificiales límites geopolíticos que el hombre impone a sus jurisdicciones de gobierno.

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

Desde los principios del comercio internacional organizado, la sanidad de puertos y fronteras ha sido una medida aplicada casi universalmente; de hecho, el Consejo Superior de Salubridad establecido en México a fines del

siglo pasado, encuentra su origen en esta situación. Otras actividades sanitarias como la cuarentena o más recientemente el programa global para erradicar la viruela son también muestra de la preocupación por la diseminación de las enfermedades.

Vista desde el ángulo de su curación, y más adelante su prevención, la respuesta social organizada tampoco tiene fronteras. La historia de la medicina nos muestra curas que distintos pueblos del mundo aplicaron para combatir las enfermedades.

En otra perspectiva, el conocimiento científico y la tecnología médicas también se dispersan rápidamente más allá de las fronteras del país donde se generan. Las ciencias biomédicas, la biotecnología, las modernas técnicas de diagnóstico y tratamiento, si bien se edifican de una mayor aportación de los países más avanzados, deben ser y crecientemente son, del dominio de todas las naciones.

## LAS FRONTERAS EN LA SALUD

De otro lado, las fronteras constituyen una viva expresión de una multiplicidad de condiciones sanitarias y problemas de salud con peculiaridades que se deben enfrentar con estrategias precisas.

Las zonas fronterizas norte y sur son áreas prioritarias para el desarrollo nacional. Así lo determinan las políticas regionales que se han aplicado en los últimos años. El fortalecimiento de los estados que limitan con los Estados Unidos de América, con Guatemala y con Belice está vinculado a la estrategia de descentralización de la vida nacional para consolidarlos política, económica, social, administrativa y culturalmente.

La frontera norte de México comprende estados con una geografía adversa y restrictiva que, no obstante, incluye a las poblaciones con mejores condiciones de vida en el país; asimismo la cercanía con los Estados Unidos añade componentes peculiares para configurar una problemática característica: el sida, los indocumentados, la transculturación de los estilos de vida, las adicciones, son ejemplo de factores que contribuyen a tal complejidad. La frontera sur se identifica con los estados con menor desarrollo económico y social en una geografía bien distinta pero también difícil; los perfiles de salud y de bienestar de sus pobladores están más deprimidos y se suman a ello frágiles condiciones políticas en los países de Centroamérica que, entre otras cuestiones, han traído la presencia de refugiados guatemaltecos e indocumentados de otros países.

Así pues, la frontera norte representa el punto de contacto de una compleja relación entre México y Estados Unidos caracterizada, entre otros aspectos, por el mayor tránsito de personas de uno a otro lado (más de 300 millones por año); la presencia de una franja de industria maquiladora, que principalmente emplea a una población femenina; el puente de una buena proporción de estupefacientes en el ilícito mercado de las drogas; el paso de los movimientos migratorios de los indocumentados; zona de alta penetración cultural de los estilos de vida y valores de la sociedad americana; región donde hay un fuerte movimiento lícito e ilícito de productos alimenticios y de otra índole.

Es una zona con amplias posibilidades económicas en donde se ubica la agricultura mecanizada del país, se encuentra una buena proporción de la industria de México y, en general, se goza de altos niveles de vida, superiores al promedio nacional.

En contraste, la frontera sur presenta un potencial de recursos humanos y materiales de enorme significación para el país, pero a la vez significa un conjunto de rezagos sociales a superar y un impulso a su menor desarrollo relativo.

El patrón de desarrollo del sureste en los últimos veinte años ha restringido ya, significativamente, las perspectivas de aprovechamiento adecuado del trópico húmedo. El crecimiento extensivo de la ganadería y la expansión de la frontera agrícola han destruido ya parte importante de los recursos forestales, provocando un proceso de rápida destrucción de los suelos aptos para la agricultura. El auge petrolero y las grandes obras de infraestructura han dañado el frágil ecosistema de la llanura costera de inundación. El explosivo crecimiento demográfico en las ciudades costeras ha generado fuertes déficits cuya solución en las condiciones de estas zonas tropicales, bajas y pantanosas, resulta particularmente difícil. Coexiste además una diversidad geográfica, social, cultural y grandes diferenciales de desarrollo y organización económica y social.

Los contrastes entre el norte y el sur prevalecen en lo que atañe a los factores de riesgo a la salud.

La salud en las fronteras es objeto de una alta prioridad por parte de las autoridades sanitarias del país. En los últimos años ha sido particularmente importante la celebración de acuerdos y programas de trabajo tanto con Estados Unidos como con Belice y Guatemala.

Con objeto de coordinar los distintos programas de salud en esas zonas, la SSA estableció en 1986 la Comisión Interna del Programa de Salud en las Zonas Fronterizas.

Este cuerpo colegiado tuvo como propósito promover la formulación de un programa interinstitucional e interestatal a fin de atender los problemas locales e impulsar gestiones con otras dependencias de la administración pública federal y estatal e instituciones de los sectores social y privado para contribuir al mejoramiento de la salud de esas regiones.

La Comisión se propuso:<sup>3</sup> actualizar y mejorar el diagnóstico de salud en ambas fronteras; evaluar los logros de los programas sanitarios; precisar acciones prioritarias de apoyo; proponer la participación de los países vecinos y de organismos internacionales; promover la investigación en problemas y servicios de salud; y apoyar la descentralización de la salud.

Entre sus principales logros cabe anotar:

- El reforzamiento de los programas de salud en las zonas fronterizas;
- La identificación de necesidades de atención primaria, la situación y el estado físico y funcional de la infraestructura hospitalaria y la organización y prestación de atención médica;
- La integración de información estadística de la región que incluye datos sobre población, daños a la salud, prestación de servicios, recursos y factores de riesgo;
- El establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica;
- La capacitación y actualización de personal local en cuestiones prioritarias; y
- El reforzamiento de laboratorios de salud pública y de bancos de sangre.

El programa con los Estados Unidos<sup>4</sup> tiene su antecedente en el combate contra la fiebre amarilla en las primeras décadas del siglo. Para 1940 el interés común de ambos gobiernos para llevar un mejor control de enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis condujo al establecimiento de una oficina de campo de la ops en El Paso y un año después de la creación de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadunidense de Salud que ha sido y es un foro de intercambio y discusión entre los responsables locales y estatales de salud de ambos lados de la frontera.

La Asociación interrelaciona información, recursos y programas de salud entre ambos países en temas de interés común que se refieren a la vigilancia epidemiológica, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades relacionadas con el saneamiento y en especial, con el manejo higiénico de los alimentos, las enfermedades de

transmisión sexual y en especial el SIDA, la tuberculosis, la rabia, las enfermedades crónicas, la salud materno infantil y la planificación familiar, los accidentes y la salud ambiental.

El programa bilateral con Belice<sup>5</sup> se inició en 1984 mediante una carta de intención que llevó a la realización de reuniones técnicas y al establecimiento de programas de interés común: la vigilancia epidemiológica; el control de enfermedades transmisibles por vector, principalmente paludismo y dengue, y el control de enfermedades prevenibles por vacunación. México ha proporcionado a Belice recursos e insumos al efecto; la ops apoya el fortalecimiento de unidades de atención primaria y el adiestramiento de personal.

En los últimos años se ha mostrado un gran interés del gobierno mexicano para reanudar las actividades de colaboración con Guatemala.<sup>6</sup> En 1984 se firmó una declaración conjunta para estudiar los problemas más frecuentes en el área y los programas correspondientes: paludismo, dengue, tuberculosis y enfermedades diarreicas. Un aspecto importante lo constituye la atención médica que se ha brindado a los refugiados guatemaltecos, que se ubicaron en los estados de Campeche, Chiapas y Quintana Roo.

La sanidad internacional conforma un capítulo específico de la Ley General de Salud; de ésta deriva el Reglamento de Sanidad Internacional, vigente desde 1985, que tiene por objeto establecer la acción sanitaria a lo largo de costas y fronteras, en apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica, para la prevención y control de enfermedades infecciosas y contagiosas.

El reglamento se aplica a la SSA, con la intervención que corresponde a las Secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores y Transportes, Marina, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Comunicaciones y Transportes, en lo que atañe a personas, vehículos y carga, cuando se demuestre que representan o constituyen un riesgo para la salud.

La información epidemiológica internacional se da a conocer a través del Boletín de Vigilancia Epidemiológica Internacional que edita trimestralmente la SSA.

En la actualidad hay 25 puertos, puestos fronterizos y aeropuertos con servicios de sanidad en los estados fronterizos.

Las enfermedades objeto de control sanitario son el cólera, la fiebre amarilla y la peste; son materia de vigilancia: la influenza, el paludismo, la poliomielititis, el tifo y la fiebre transmitidos por el piojo, enfermedades

exóticas, así como accidentes y desastres.

La apertura comercial de México ha implicado un volumen significativo de importación de los Estados Unidos que requiere un control y vigilancia sanitarios: al efecto se establecieron o reforzaron puestos específicos en las principales puertas de entrada al país. Un problema particular que ocurrió hace unos pocos años se derivó de la pila atómica y la varilla contaminada que se introdujo al país: otro asunto similar se presentó con la importación de sangre. Mención aparte tiene la infección de dengue que se inició con el contrabando de llantas viejas en Tamaulipas.

### SALUD INTERNACIONAL

Hasta ahora hemos precisado que los problemas de salud no reconocen las barreras geopolíticas (la salud sin fronteras) y hemos visto cómo esas delimitaciones territoriales configuran una problemática *sui generis*, entre otras cuestiones lo sanitario (las fronteras de la salud).

Ambas circunstancias llaman a la colaboración entre las naciones y surge así el concepto de salud internacional que se entiende, según se anota en un trabajo elaborado por Pablo Isaza,<sup>5</sup> como el conjunto de actividades en salud que trascienden el área de responsabilidad de un país para que, por acuerdos mutuos con otros países de tipo bilateral, subregional, regional y mundial pasen a ser compartidos en todos sus componentes por uno o más países.

Sin embargo, el término salud internacional agrupa otras cuestiones. En efecto, una revisión de 178 citas bibliográficas de los últimos 10 años relacionadas con salud internacional, mostró que la mayoría trata sobre acciones de salud locales con posibles repercusiones internacionales o sobre disposiciones reglamentarias de salud con competencia internacional.

Como se ha dicho antes, diversos organismos internacionales, unos de carácter gubernamental y otros que no lo tienen, han sido creados con el propósito de asegurar la cooperación entre gobiernos e instituciones públicas o privadas en materias afines para aumentar el desarrollo y el bienestar social.

Dos observaciones pertinentes: los organismos involucrados no necesariamente se dedican a la salud (por ejemplo los bancos de desarrollo o las organizaciones educativas) y los beneficios del trabajo de la salud internacional no necesariamente se aplican a los países involucrados (por ejemplo el combate a la hambruna en Etiopía).

### ORGANISMOS INTERNACIONALES

La OMS, la OPS y el UNICEF, entre otros, son clara expresión de la potencialidad de unir voluntades, recursos y esfuerzos en proyectos de trascendencia internacional. De ellos, el organismo regional panamericano es precursor. Su origen se remonta a 1851 con la celebración de la 1ª Conferencia Sanitaria Internacional realizada en París, pero no fue hasta 1880 en que, con la celebración de la V Conferencia en Washington se buscó establecer un sistema internacional de notificación en cuanto a la situación sanitaria en puertos y plazas fronterizas.<sup>6</sup>

En 1901 la etiología y propagación del cólera, la peste y la fiebre amarilla llevaron a la definición de un criterio racional de lucha y así en este año se llevó a cabo la II Conferencia Internacional de los Estados Americanos en México que recomendó al Consejo de Administración de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas, antecedente de la actual organización de los Estados Americanos a convocar a las autoridades sanitarias para formular acuerdos y reglamentos sanitarios que se aplicarían en la región. Ese organismo sería la Oficina Sanitaria Internacional, con sede en Washington, antecedente directo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Más tarde, durante la VII Conferencia Panamericana en 1924, se firmó en La Habana el Reglamento Sanitario Panamericano. Cuando en abril de 1948 se establece la Organización Mundial de la Salud en San Francisco, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió, por convenio, el carácter de la oficina regional de la OMS pasando a ser la Organización Panamericana de la Salud, pero conservando su propia identidad.

A raíz de la Segunda Guerra Mundial surgió la Organización de las Naciones Unidas, a fin de "proteger a las siguientes generaciones del azote de la guerra", según consta en su Carta constitutiva signada por 51 naciones el 26 de Junio de 1945 en San Francisco; hoy integran el Sistema de las Naciones Unidas 159 Estados miembros que representan cerca del 98 por ciento de la población mundial.

En aquel tiempo el presidente Roosevelt de los Estados Unidos propuso que bajo la égida de las Naciones Unidas se establecieran diversos organismos especializados que pudieran fomentar la cooperación en asuntos económicos y sociales de forma que los intereses vitales pudieran separarse de los problemas políticos.

Desde entonces han surgido 16 organismos especializados, entre ellos, la OIT, la FAO, la UNESCO, el

UNICEF, la OMS. Esas instituciones han servido para, entre otras cosas, compilar sistemáticamente los inventarios del mundo, sus habitantes, sus condiciones de vida y los recursos disponibles, datos inexistentes hace 40 años.<sup>7</sup>

La Organización Mundial de la Salud se estableció el 7 de abril de 1948 con la ratificación de 26 miembros de las Naciones Unidas, México entre ellas, de la Constitución aprobada el 22 de julio de 1946 por la Conferencia Internacional de la Salud, convocada por el Consejo Económico y Social.

Así, la OMS y la OPS son organismos multinacionales que tienen como finalidad alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Para ello, ambas y cada uno de sus ámbitos de competencia, actúan como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional; establecen y colaboran con las Naciones Unidas, sus organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad y con agrupaciones profesionales y organismos afines; ayudan a los gobiernos para fortalecer sus servicios sanitarios; proporcionan ayuda técnica y en casos de emergencia prestan la cooperación necesaria que se requiera; proveen ayuda para grupos especiales, establecen y mantienen ciertos servicios globales tales como la vigilancia epidemiológica y la estadística; promueven actividades orientadas a suprimir enfermedades epidémicas y endémicas; promueven la cooperación entre agrupaciones científicas y profesionales que contribuya al mejoramiento de la salud; proponen convenciones, acuerdos y reglamentos, así como recomendaciones relativas a los asuntos de salubridad internacional; promueven y realizan investigaciones en el campo de la salud; establecen y revisan la nomenclatura internacional de las enfermedades, las causas de muerte y de las prácticas de salud pública; desarrollan, establecen y promueven normas internacionales. Los documentos elaborados sobre diversos temas por grupos seleccionados de expertos, actualizan y ponen en perspectiva áreas concretas de la salud.

La historia de ambos organismos, OPS y OMS, está llena de logros en programas específicos de acción para el combate de las enfermedades, el intercambio de tecnologías aplicables y el apoyo recíproco entre naciones, para la solución de problemas que sólo pueden ser superados mediante una efectiva acción concertada a nivel mundial, como es el caso del SIDA. Este ha sido, en buena medida, el signo de las primeras décadas, pero también han producido conceptos fundamentales sobre la salud: la atención primaria a la salud, que es el signo de la última década y lo será de las siguientes.

Mención especial tiene el papel precursor en la planeación y programación de la salud que desde la década de 1960 impulsó la OPS. Sería prolijo enunciar los numerosos programas de la OMS y OPS llevan a cabo. Cabe destacar, no obstante la cooperación técnica entre países en desarrollo bajo los auspicios de la OPS, que ha constituido un gran instrumento para lograr ayuda entre países con similares o diferentes niveles de desarrollo, potencial que todavía no se ha utilizado en toda su capacidad según apreciación de la propia organización.

El UNICEF fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946. Su mandato se refiere a las necesidades de la niñez y se cumple mediante la colaboración con los gobiernos en programas de desarrollo y bienestar social. El UNICEF se centra en particular en las necesidades básicas de las comunidades rurales y urbanas marginadas. Apoya proyectos en las esferas de la salud, educación preescolar, nutrición y economía familiar, el agua y el desarrollo comunitario. El UNICEF promueve también una mejor comprensión de las necesidades de los niños y apoya las medidas que conducen a ajustes institucionales y de políticas en favor de los niños, la mujer y las comunidades marginadas.

Dicha cooperación se realiza dentro del contexto nacional de los esfuerzos para el desarrollo y tiene como objetivo principal crear condiciones propicias para que se cumpla la Declaración de los Derechos del Niño, la cual fue adoptada por la Asamblea General en 1959.

Otro esquema en actividad internacional es el que llevan a cabo organismos gubernamentales tales como las Agencias Institucionales para el Desarrollo de Estados Unidos y de Canadá, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, y el Centro Internacional de Investigación de Canadá. Estas agencias han tenido alguna participación destacada de movilización en salud en países en desarrollo y en países industrializados.

Además de los organismos gubernamentales como los antes señalados, hay organizaciones privadas que participan en tareas con proyección internacional en el campo de la salud, tal es el caso de la Fundación Rockefeller, la Fundación Kellogg, la Corporación Carnegie y el Population Council, entre otros.

En particular la Fundación Rockefeller ha impulsado numerosos programas en salud, principalmente a beneficio de los países menos desarrollados. En México sus antecedentes se remontan a la década de 1910 en que asistió al Consejo Superior de Salubridad en el combate de la fiebre amarilla y a la tifoidea en la zona petrolera.

Las décadas de 1950 y 1960 fueron características del apoyo importante de la Fundación en la promoción de la agricultura y en el logro de más altos niveles de salud. Ha brindado apoyos fundamentales para el establecimiento de una sólida infraestructura en universidades e institutos de investigación.

La Fundación también conduce un programa sobre población y recientemente ha añadido la biotecnología a sus áreas de interés. En lo que toca a salud, "Las grandes enfermedades desatendidas" y "Buena salud a bajo costo" son aportaciones de gran trascendencia.

El Population Council es un organismo no gubernamental interesado en apoyar los programas sobre población en los países, sin intervención en la política demográfica que ellos adopten. Ha jugado un papel trascendente en los programas de planificación familiar de diversas naciones y mantiene oficinas regionales en México, Kenia y Tailandia.

El nivel subregional de la cooperación internacional se expresa claramente en la integración que tienen las oficinas regionales que laboran en el ámbito de la ops, a saber; Europa, Africa, Mediterráneo oriental, Sudeste Asiático y las Américas. Esta última, como se ha dicho, corresponde a la ops.

Ejemplos de esquemas de colaboración entre países a nivel subregional son los programas establecidos por la ops en relación con los países del Pacto Andino, al Caribe y al de Necesidades de Salud en Centroamérica. Asimismo, la ops ha creado 10 Centros especializados con una vocación regional o subregional. Uno más, el CLATES-México fue captado plenamente por la UNAM para continuar con su quehacer.

Mención especial merece el Sistema Regional de Vacunas que la ops proyecta establecer en México y en Brasil. Después de un estudio de consumo realizado por la Fundación Rockefeller y la ops, se llegó a la conclusión de que el desarrollo de la biotecnología en los países señalados garantiza su financiamiento. Los proyectos técnicos ya están terminados y se está ahora en la etapa de asegurar su financiamiento y el compromiso de los países participantes en cada uno de ellos, que son: para el centro de México, los de América del Norte, América Central, el Caribe, Colombia, Venezuela y Panamá; los otros países sudamericanos participan en el centro de Brasil.

La ops, desde hace 4 años, ofrece una residencia en salud internacional, de un año de duración, donde se adquieren destrezas en los aspectos científicos, técnicos, tipos de colaboración financiera, cooperación entre países,

convenios regionales y conocimiento de las principales organizaciones internacionales de la región, lo que permite una mejor caracterización de la problemática nacional de salud a fin de estar preparados para establecer las formas más adecuadas de cooperación y desarrollo en el país de origen. En síntesis, se preparan funcionarios idóneos para el trabajo en salud internacional. Con un propósito similar se han definido programas semejantes en algunas universidades de países industrializados.

#### OTROS ESFUERZOS

Como hemos mencionado, la salud internacional no sólo es el quehacer de los organismos internacionales o de los nacionales con vocación mundial como los antes referidos. Así surgen distintas organizaciones en países interesados en promover la salud internacional que circunscribe su marco de acción en consonancia con sus particulares intereses.

En Estados Unidos existe en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, un Consejo sobre Salud Internacional; este organismo se encarga de identificar, definir y hacer monitoreo de estudios sobre políticas de salud internacional que lleva a cabo Estados Unidos, sobre el estado de salud en países en desarrollo y sobre temas de salud de interés común a los países industrializados. Los objetivos del Consejo consisten en: 1) Considerar los impactos a corto y largo plazo de las políticas actuales y sugerir recomendaciones cuando fuese necesario; 2) Llamar la atención sobre áreas de investigación insuficientemente apoyadas, para su pronto desarrollo y aquellas que se consideran prioritarias dadas sus implicaciones en las condiciones de salud, y 3) Fomentar la interacción productiva entre científicos y autoridades de salud en un foro neutral.

El Consejo es, asimismo, un órgano asesor de los Servicios Públicos de Salud en temas relativos a la actividad de los Estados Unidos en el campo de la salud internacional y, por convenio, asesora también al Consejo Nacional de Investigación de la Oficina de Asuntos Internacionales y a la junta sobre Ciencia y Tecnología para el desarrollo internacional. De esta manera, el Consejo sobre Salud Internacional puede iniciar estudios exploratorios y de factibilidad que pueden ser de interés.

Un caso especial lo constituye la Comisión sobre Investigación en Salud para el Desarrollo que constituye, como su subtítulo lo indica, una iniciativa internacional independiente para reforzar la investigación que se viene haciendo en el mundo sobre los principales problemas de

salud en las naciones en vías de desarrollo. Sus miembros provienen de 13 países y representan una amplia variedad de experiencia en salud y en el desarrollo. La Comisión se estableció en 1987 y espera alcanzar sus propósitos en 2 ó 3 años.

Las 15 instituciones que apoyan este grupo están conscientes de que la necesidad de salud en los países menos desarrollados no son adecuadamente atendidas y que es necesario reforzar la investigación para atender y responder a tales necesidades.

La Comisión tiene cuatro objetivos: analizar la fortaleza, debilidad y brechas en la investigación actual sobre problemas de salud en países de menor desarrollo; hacer propuestas para atender sus deficiencias o reforzar las áreas que requieren apoyo urgente; promover acciones que refuercen la capacidad de los países para conducir su investigación en salud y para aplicar sus resultados; así como recomendar, si es apropiado, un mecanismo para el financiamiento progresivo de la investigación sobre esos problemas.

El Consejo Nacional para la Salud Internacional, con sede en Washington, es un organismo que trabaja para fortalecer las formas de actuar de instituciones americanas en tópicos de Salud Internacional, especialmente en beneficio de países en vías de desarrollo. Su actividad principal es la organización de un Congreso anual en el que intercambian experiencias, muchas de ellas correspondientes a misiones sanitarias en países subdesarrollados auspiciados, en numerosos casos, por organizaciones religiosas.

Cabe comentar en lo que toca a este tipo de misiones que, en ocasiones, no son íntegramente benéficas a los países, puesto que actúan al margen de los gobiernos locales sin un seguimiento adecuado y, aun con la clara intención, a veces, de hacer practicar destrezas adquiridas por jóvenes profesionales. Esto es lo que se ha dado en denominar "safaris sanitarios".

El creciente interés en la salud internacional ha llevado a que muchas de las instancias recientemente creadas busquen asumir el papel de coordinadores de esfuerzos, por lo que ya se hace necesario "coordinar a los coordinadores". En todo caso, se aprecia que una buena parte de las acciones van dirigidas a elevar el nivel de salud de los países en vías de desarrollo. Sobre el particular, sustentamos la convicción de que para que las acciones tengan éxito es indispensable que los países cuya salud se pretenda promover, tengan capacidad de respuestas en aspectos de investigación, educativos y operacionales,

pues esto los coloca en la situación de poder involucrarse de lleno en los proyectos, condición *sine qua non* para el logro de resultados positivos.

Por eso pensamos que nuestro país puede jugar un papel importante en el establecimiento de un "gradiente de desarrollo", entre los países industrializados y los que son menos favorecidos, es decir, estamos en la posibilidad de ofrecer una contraparte participativa y con ventajas para contribuir a la elevación de los niveles de salud en países con menor desarrollo que el nuestro.

El arreglo estructural de las instituciones de salud, de las educativas y de las de investigación, tanto del sector público como del privado, es fundamental para actuar de manera efectiva.

En México estamos conscientes de la gran riqueza que implica comparar, con herramientas científicas y técnicas, las necesidades y sistemas de salud de países que, como el nuestro, se esfuerzan por garantizar la salud de sus pueblos en un contexto de grandes restricciones económicas, de recursos humanos y de infraestructura. Para ello se requiere formar especialistas en este campo, conocedores profundos de la realidad en que se desarrollarán sus actividades, al mismo tiempo que fomentar la investigación multicéntrica que permita comparar situaciones, intervenciones y resultados. Por estas razones el Instituto Nacional de Salud Pública<sup>8</sup> considera de la mayor importancia la creación de una Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública, que responda a esta concepción y a estos fines, bajo los auspicios de la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud.

La Unidad de Salud Internacional buscaría alcanzar los siguientes objetivos:

- 1) Fomentar y facilitar el análisis comparativo de sistemas y necesidades de Salud de diversos países y regiones, a través de la investigación, educación superior y asesoría.
- 2) Formar especialistas en el campo de la salud internacional con un nivel científico-técnico de excelencia, que les permita incorporarse a las estructuras de gobierno de los países en desarrollo, así como a organismos internacionales.
- 3) Contribuir, a través de asesorías científico-técnicas, al diagnóstico y evaluación de programas y proyectos cuando así lo soliciten gobiernos,

instituciones nacionales de salud u organismos internacionales.

4) Servir como instancia para la gestión de recursos financieros provenientes de organismos internacionales, fundaciones y otras instituciones para la educación, la investigación y el intercambio en el campo de la Salud Pública.

En particular cabe señalar que la Fundación Mexicana para la Salud, a través de las relaciones que ha entablado (o puede concertar) con organismos internacionales, fundaciones y universidades de los Estados Unidos, Canadá, España, Inglaterra y Suecia, ha recogido la necesidad de desarrollar e impulsar el área de la salud internacional como un ámbito permanente de su quehacer.

La Fundación puede ser un enlace efectivo entre organizaciones internacionales y los institutos y centros de investigación de México; de esta manera nuestra institución espera abrir un espacio de interfase donde los

programas con características apropiadas para la acción entre países puedan ser asimiladas y conducidas con mayores perspectivas de éxito.

Nos encontramos ahora en la Fundación Mexicana para la Salud en un ejercicio de conceptualización, con notación e identificación de actividades específicas de proyección internacional que diversas instituciones interesadas pueden llevar a cabo en México.

Estamos pues en el camino en el que la salud ha traspasado las barreras conceptuales del campo de la medicina para ubicarla en un contexto de interacción con el desarrollo en el que el consenso de las naciones en favor de la salud rebasa las fronteras geopolíticas, en las que se hacen necesarias el involucramiento de más actores, de más elementos, de más instituciones en un esfuerzo global en beneficio de la salud internacional.

Hay mucho camino que recorrer, muchas dificultades que hay que superar, se requiere un consenso y participación significativas, pero en todo caso, el esfuerzo vale la pena.

---

## REFERENCIAS

---

1. Soberón G. El cambio estructural de la salud. *Salud Publica Mex* 1987;29.
2. Soberón G, Kumate J. *Salud para todos: ¿utopía o realidad?*. México, D.F.: El Colegio Nacional, en prensa.
3. Alvarez Gutiérrez. Logros en materia de salud pública en las fronteras. México, D.F.: Informe para el Consejo de Salubridad General, mayo de 1988.
4. Ortega H. Estadísticas de Salud en la Frontera México-Estados Unidos. Washington, D.C.: OPS 1986.
5. Isaza, P. *Salud internacional*. México, D.F.: OPS, documento inédito, 1989.
6. Howard-Jones N. La organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución. *Crónica de la OMS* 1980;34,35.
7. Los primeros 40 años". *Crónica de la OMS* 1985;29.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. *Unidad de Salud Internacional*. México, D.F.: INSP, documento inédito, 1989.