

Salud: ¿alcanza para todos? Una perspectiva internacional

*Miguel Ángel Toscano**

Introducción

Hablar de salud desde la perspectiva internacional es complejo y presenta retos enormes. Pocos son los campos a nivel mundial en los que las políticas públicas tienen una incidencia directa sobre las vidas de tantas personas.

México aporta una cuota de 10.5 millones de dólares (MDD) al año a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es el décimo mayor contribuyente a su presupuesto, equivalente a 2.36% del total. No obstante, la relevancia de esta contribución se diluye, ya que 75% del presupuesto de la OMS proviene de contribuciones voluntarias en las que México no participa. Aun así, desempeña un papel importante en el diseño de las políticas públicas de salud mundiales. Recuérdense los casos de pandemias alrededor del mundo y de la más reciente en la que México representó el papel principal al seguir todos los acuerdos internacionales y colaborar desde el primer momento con la OMS.

*El autor agradece la colaboración de David Damián Sandoval, asesor para los temas de salud en la Misión Permanente de México ante las Naciones Unidas y otros Organismos Internacionales con sede en Ginebra, Suiza.

Es claro que hoy se cuenta con más y mejor información en materia de salud: se sabe cómo se desplazan las enfermedades por el cambio climático, pero también preocupa que cada vez haya más fenómenos y desastres naturales que no sucedían con frecuencia. Nuevas enfermedades llegaron a la humanidad; hoy sabemos qué pasaría si la OMS y los Estados no hicieran nada para combatir, por ejemplo, el VIH/sida. Las reglas de la diplomacia están cambiando en esta materia; ahora, la participación de la sociedad civil organizada es fundamental para resolver los problemas que aquejan a sus individuos; de ahí la relevancia de que México sea voz y generador del cambio en torno a estos temas en la comunidad internacional.

Durante los últimos años han ocurrido cambios importantes para proteger la salud de la población mundial. De igual manera, los Estados han comprendido que es mejor prevenir enfermedades que costearlas en el futuro, ya que de no actuar, es posible que muchos sistemas de salud colapsen. Las enfermedades no transmisibles (ENT) se han vuelto el foco de atención de todos los países, lo que, con los cambios en la población, se volvería incosteable en muy pocos años si no se aplican medidas. Un ejemplo de esta colaboración es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que entró en vigor en 2005, y al que más países se han adherido para tomar acciones y revertir la tendencia de los cientos de miles de muertes causadas por el tabaquismo.

El año 2010 fue declarado por la OMS el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2010-2020, como un llamado a no olvidar el número de muertos y discapacitados, a la par de los costos a la salud provocados por accidentes de tránsito: la problemática en torno a la seguridad vial es un problema cada vez mayor; su falta de atención podría traer repercusiones en otros aspectos del sistema de salud.

La población en el mundo está cambiando; hoy, la esperanza de vida en la mayoría de los países va en aumento, lo cual genera otro tipo de problemas. Es más común que las personas en edad avanzada padezcan enfermedades crónicas o discapacidades que tienen un alto costo para los Estados y sus sistemas de salud. Gracias a las cifras recientemente publicadas por la OMS, se sabe que 15% de las personas en el mundo tienen algún tipo de discapacidad. Las preguntas obligadas son ¿dónde estaban antes?, ¿por qué en muchos países todavía parecen invisibles? El tema va de la mano con la discriminación, la exclusión social y el acceso a los servicios de salud.

Es ahí donde la Cancillería y la diplomacia mexicana, por medio de su representación permanente ante los Organismos Internacionales con sede en Ginebra, se encuentran presentes, de manera constante y concisa, para definir los temas que están cambiando la historia de las políticas públicas en materia de salud.

La propia OMS está en proceso de reforma. Durante años, los organismos internacionales han creado inercias y estructuras que duplican, dificultan el trabajo y no contribuyen a la transparencia. México está participando con el fin de transformar a la Organización para beneficio de la salud mundial. Al igual que la OMS, seguramente las secretarías o ministerios de Salud a nivel mundial deberán rediseñar sus políticas públicas si quieren subsistir a los retos que imponen los nuevos tiempos.

La pandemia del virus AH1N1,¹ la experiencia de México: una ventana al mundo

Las críticas alrededor del virus AH1N1 han sido numerosas: si México exageró en las medidas (cierre de comercios, escuelas,

¹ El 30 de abril de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió denominar este tipo de gripe como AH1N1. Esta forma de denominarla contiene la

entre otras); si la OMS debió o no declarar el estado de pandemia; la escasez y el precio de vacunas, entre otras tantas. La realidad es que en el pasado muchos países han sufrido las consecuencias de diversos tipos de virus, como el de la gripe aviar en Asia.² Más allá de si la pandemia fue o no una reacción exagerada por parte de México, resulta un hecho que generó una serie de reflexiones en el ámbito internacional:

Primero. México informó de forma oportuna a la OMS, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), sobre la posibilidad de una enfermedad grave que estaba ocasionando más muertes y más enfermedades que las gripes estacionales comunes de años anteriores. En su etapa inicial se definió como epidemia de virus AH1N1; posteriormente, la OMS declaró una pandemia, lo que ocasionó la atención inmediata del resto del planeta. En este contexto, y en violación a lo estipulado por la OMS, el mundo reaccionó en contra de muchos mexicanos que estaban fuera del país; en algunos casos, fueron aislados y puestos en cuarentena; en otros, se les expulsó y se les forzó a retornar a México en forma inmediata; en todos, hubo un marcado problema de discriminación.

descripción del virus: la letra *A* designa la familia de los virus de la gripe humana y de la de algunos animales como cerdos y aves, y las letras *H* y *N* (hemaglutininas y neuraminidasas) corresponden a las proteínas de la superficie del virus que lo caracterizan.

² La cepa gripal H5N1 es un subtipo del tipo A del virus de la gripe. Las aves salvajes son portadoras naturales del virus, de ahí el nombre de gripe aviar o gripe del pollo. La primera vez que el virus se aisló en aves (golondrinas) fue en Sudáfrica, en 1961. El virus circula entre las aves de todo el mundo. Es muy contagioso y puede ser mortal para ellas, en especial para aves domesticadas como los pollos. Por lo general, el virus no infecta a los humanos. Sin embargo, en 1997 se documentó el primer caso de una infección directa de H5N1 transmitida por las aves a los humanos durante un brote de gripe aviar entre aves de corral en Hong Kong; el virus causó una grave enfermedad respiratoria en 18 personas, seis de las cuales murieron. Desde esa época, ha habido otros casos de infección de H5N1 en humanos.

Segundo. México enfrentó y asumió una serie de problemas que afectaron su economía: cierre de escuelas, comercios, restaurantes, así como una baja significativa del turismo extranjero, de lo cual tardó meses en recuperarse.

Tercero. México afrontó una serie de problemáticas para intercambiar el virus y poder desarrollar una vacuna para el mismo. El factor tiempo y rapidez eran indispensables; a pesar de que las autoridades mexicanas entregaron a la OMS y a otras autoridades del mundo (Estados Unidos y Canadá) la cepa del virus, México no fue el primero en recibir la vacuna. Durante el proceso, numerosos países no pudieron tener acceso a la producción de vacunas; unos, por los altos precios, y muchos otros, por el tiempo, ya que los países con mayores recursos acapararon casi totalmente el mercado de la producción de vacunas.

Ante esta realidad, después de múltiples lecciones aprendidas, por disposición de la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra se negoció, a lo largo de cuatro años, una resolución que atendiera estas preocupaciones. Finalmente, ésta se presentó en la 64 Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2011. El Marco de Preparación para una Gripe Pandémica: intercambio de virus gripales y acceso a las vacunas y otros beneficios, o Marco de PIP, ofrece herramientas para enfrentar una gripe pandémica que, entre otras cosas, mejorará el intercambio de virus gripales y el acceso a las vacunas. En caso de que la OMS declare una pandemia, los laboratorios farmacéuticos harán donaciones importantes y el Organismo tendrá acceso a un número de vacunas, el cual será distribuido entre los países más necesitados, y se buscará que el precio sea el mismo para todos los países.

Intensas negociaciones llevaron a la aprobación del Marco de PIP, sin duda, gracias a la aportación de México. El representante permanente de México ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra fungió como copresidente del grupo pre-

paratorio de la negociación, con lo cual quedó demostrado que la diplomacia mexicana no sólo es respetada, sino bienvenida en las negociaciones multilaterales. A pesar de las numerosas consultas, críticas y costos, hoy el mundo está mejor preparado para enfrentar casos de enfermedades graves. Además, el papel de México y su diplomacia no se enfoca únicamente en un tema. Su posición ante otros casos graves de salud, como las ENT, es clara y concisa y, como se puede observar en el siguiente capítulo, representa un reto enorme a la diplomacia internacional.

Las enfermedades no transmisibles: reto de salud mundial

Las enfermedades de contagio fácil, como las gripes estacionales, ocupan con regularidad la portada de las noticias. Sin embargo, hay otras que son silenciosas; no son transmisibles, pero sí peligrosas para los sistemas de salud de países afectados. Las ENT son la primera causa de muerte en el mundo y son mucho más graves en países de ingresos bajos y medios. La OMS ha preparado un primer reporte³ sobre ENT; los resultados demuestran que han alcanzado niveles importantes en la escala de epidemia mundial y que millones de vidas pueden salvarse si se toman las medidas adecuadas para reducir los factores de riesgo.

Tan sólo en 2008 se estimaron alrededor de cincuenta y siete millones de muertes, principalmente de tipo cardiovascular, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias; de éstas, se calcula que 80% fueron en países de ingresos bajos y medios.

³ Organización Mundial de la Salud, *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*, Ginebra, OMS, 2011, disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf.

Además, 29% de las muertes en estos países ocurren entre personas menores de 60 años; los países de altos ingresos representan sólo 13%.

¿Se pueden prevenir las enfermedades no transmisibles? La respuesta es sí. Lo básico y primordial es un cambio de comportamiento que disminuya los riesgos; por ejemplo, el uso nocivo del tabaco, la inactividad física, el abuso del alcohol o dietas no saludables son, entre otras, causas importantes para aumentar el riesgo de contraer una de las enfermedades denominadas ENT. A continuación se presenta una panorámica mundial de estas enfermedades.

En el mundo mueren más de seis millones de personas al año por el *tabaquismo* o por ser *fumadores pasivos*; si la tendencia continúa, para el año 2020 serán 7.5 millones. Se estima que el tabaco causa 71% de cáncer de pulmón, 42% de las enfermedades respiratorias y 10% de las cardiovasculares.

En forma aproximada, cada año mueren 3.2 millones de personas por *inactividad física*. Hacer algún tipo de ejercicio reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer de mama y colon, y depresión. Por *abuso del alcohol*, mueren 2.3 millones de personas. Esta cifra no incluye accidentes de tránsito, en los que usualmente quedan personas con algún tipo de discapacidad parcial o permanente.

Una sana alimentación, que contenga frutas y verduras, reduce los riesgos de adquirir enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. El consumo alto en sal aumenta los riesgos de contraer enfermedades asociadas a niveles altos de presión arterial y cardiovasculares que, según se calcula, producen más de 7.5 millones de muertes. El consumo de grasas saturadas y transaturadas está asociado a enfermedades del corazón. Al menos 2.8 millones de personas en el mundo mueren al año debido a enfermedades que resultan del *sobrepeso* o la *obesidad*, como las cardiovasculares, la diabe-

tes y el aumento en la masa corporal asociado a ciertos tipos de cáncer. Por *colesterol alto* se estiman 2.6 millones de muertes.

Cualquier tratamiento para las ENT requiere importantes gastos por parte de las familias. Se estima que cada año 100 millones de personas se empobrecen debido a los gastos ocasionados por estas enfermedades, ya que tienen que sufragar de manera directa sus servicios de salud. El costo a los sistemas de salud es extremadamente alto; se calcula que un incremento de 10% en ENT equivale a una disminución de 0.5% de crecimiento anual, por lo que el impacto socioeconómico está afectando de manera significativa los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de las Naciones Unidas.

Para revertir esta tendencia, los países deben hacer diversos esfuerzos. Uno de ellos es el monitoreo de algunos componentes: a) factores de riesgo; b) la morbilidad y la mortalidad, y c) la capacidad nacional en términos de la fortaleza de sus sistemas de salud, políticas y planes, infraestructura, recursos humanos y acceso a medicamentos. Hay algunas acciones que los países deben considerar inmediatas y que son costo-efectivas en términos del número de vidas que salvan; entre ellas, destacan:

—Políticas antitabaco, que protejan a la población de estos productos; por ejemplo, advertir sobre sus consecuencias en los paquetes y sobre el peligro de consumirlos, aumentar los impuestos que pagan, prohibir fumar en espacios con acceso al público, entre otras.

—Políticas a favor del consumo moderado del alcohol; algunas de ellas son: restringir la venta al por menor, reforzar advertencias en el etiquetado, aumentar los impuestos y endurecer las penalidades por conducir en estado de ebriedad.

—Cambios en la alimentación, como: reducir el contenido de sal en la comida, reemplazar grasas trans por grasas poliinsaturadas, e informar verazmente a los consumidores, de preferencia en el etiquetado de los productos envasados.

Otras acciones de mediano plazo que también reducen los factores de riesgo y que deben ser consideradas por los Estados son:

—Implementar tratamientos para dejar de fumar.

—Promover la adecuada alimentación en la época de lactancia materna.

—Implementar restricciones en el mercado de alimentos y bebidas altas en sal, grasas y azúcares, especialmente las de los niños.

—Establecer impuestos a alimentos poco saludables y subsidios a los más saludables.

De manera paralela a estas acciones, se deben iniciar políticas para que niños y adultos hagan actividad física y coman saludablemente en escuelas, lugares de trabajo y hogares. Existen otras medidas que de manera preventiva pueden ayudar a que no se desarrollen cierto tipo de enfermedades, como tomar ácido acetilsalicílico para prevenir infartos al corazón, el monitoreo y la exploración de cáncer cervicouterino a partir de los 40 años, la detección temprana de cáncer colorrectal u oral, entre muchas otras. Todas éstas son medidas de prevención y bajo costo que pueden ayudar a revertir la tendencia mundial.

En México, ante el grave reto que presentan las ENT, y al ocupar el primer lugar mundial en obesidad infantil, el 25 de enero de 2010, el presidente Felipe Calderón Hinojosa presentó a la iniciativa privada, las organizaciones civiles y los representantes del gobierno, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, el cual contiene tres metas en relación con el sobrepeso y la obesidad: a) revertirla en niños de dos a cinco años a niveles menores a los existentes en 2006; b) detenerla en la población de cinco a 19 años, y c) desacelerar su crecimiento en la población adulta en general.

Para lograr estos objetivos, la Secretaría de Salud creó, en febrero de 2010, el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con el fin

de coordinar una mayor prevención y control de las mismas y sus factores de riesgo. El Consejo está facultado para promover y desarrollar políticas públicas que refuercen el derecho a la salud, así como encaminar acciones de prevención y control de estas enfermedades de manera intersectorial. Las principales acciones del Consejo han sido las siguientes:

—Promover, en todos los estados de la República, el programa 5 Pasos, de promoción de hábitos saludables, cuyo fin es que las personas se apropien del cuidado de su salud en cinco fáciles acciones:

1. Actívate; haz al menos 30 minutos de ejercicio al día.
2. Toma agua; al menos 2.5 litros de agua al día.
3. Come frutas y verduras; al menos cinco raciones al día (tres de verdura y dos de fruta).
4. Mídete; modera tus conductas y lo que comes y bebes.
5. Comparte las acciones anteriores con familiares y amigos.

—Promover el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, que busca cambiar las formas de alimentación en planteles de educación básica mediante la venta de productos saludables en expendios y tiendas escolares, y el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigido al Público Infantil (Código PABI).

—Coadyuvar en la elaboración del reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 30 de mayo de 2008, cuya finalidad es proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco; además, se promovieron cambios en la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios 2011 (IEPS), según la cual los cigarrillos serán gravados con 0.35 centavos por cigarrillo enajenado.

Después de este breve diagnóstico de lo que representan las ENT, queda claro que se puede revertir la tendencia si se decide actuar desde varios frentes, conforme a las mejores prácticas internacionales, muchas de las cuales se comparten en la

OMS: a) *prevención*, lograr detener la tendencia mundial de este tipo de enfermedades; b) *financiamiento*, que gobiernos y sociedad encuentren los fondos suficientes para el acceso universal a la salud; c) *políticas públicas* que permitan enfrentar esta nueva realidad; d) *acceso a medicamentos* que sean seguros, de calidad y eficacia comprobadas, y a *nuevas tecnologías* en hospitales, y e) *involucramiento* de gobiernos, sociedad civil y sector privado para obtener mejores resultados.

Las ENT son una enorme preocupación para la OMS. En cuanto a México, representan un gran reto y, al mismo tiempo, una gran oportunidad para posicionar al país en la vanguardia del combate contra estas enfermedades. Si bien el papel de la Secretaría de Salud ha sido primordial en el proceso para combatirlas, es cierto también que la SRE y la Misión de México en Ginebra han desempeñado un papel definitorio, junto con los demás países miembros, para orientar mejor las políticas públicas y pensar siempre en el futuro de los habitantes. En este contexto, la presencia del presidente de la República, Felipe Calderón Hinojosa, y del secretario de Salud, Salomón Chertorivski Woldenberg, en la Reunión especial de Alto Nivel de la 66 Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT, realizada en septiembre de 2011 en Nueva York, fue una gran oportunidad para situar a México en primera línea frente a la lucha contra las ENT. En el ámbito multilateral, la presencia de altos dignatarios del gobierno mexicano en reuniones como ésta es clara muestra del compromiso de México ante estos retos.

VIH/sida: una nueva estrategia

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), desarrollador del cuadro del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), es el causante de innumerables muertes en todo el mundo, al igual

que un peso económico para muchos países, sobre todo, para los menos desarrollados. Declarada una pandemia en los años ochenta por la OMS y por la ONU, ha significado sin duda una de las peores crisis de los sistemas de salud, impredecible y desconocida. Desde el inicio de la epidemia, más de sesenta millones de personas se han infectado con el VIH y casi treinta millones han fallecido por causas relacionadas con el virus. Una de cada cuatro defunciones relacionadas con el sida se produce a causa de la tuberculosis, enfermedad prevenible y curable.

En 2009 la tasa de infección se redujo 17% en comparación con la década anterior: de 3.1 millones de infecciones ocurridas en 1999 a 2.6 millones de personas infectadas con el virus en 2009.⁴ Hoy en día, 15 millones de personas viven con VIH y sólo una tercera parte recibe tratamiento retroviral, debido, fundamentalmente, al costo de los medicamentos. África es el continente más afectado; en algunos países, como Lesotho, la cifra de personas infectadas constituye más de veinte por ciento de las personas económicamente activas.⁵ También, la incidencia es muy alta en los países menos desarrollados, donde el peso económico al sistema de salud es incosteable.

Con base en números tan alarmantes como los aquí expuestos, en diciembre de 2010, el Sistema de las Naciones Unidas por medio del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (ONUSIDA) aprobó una nueva estrategia para hacer frente a esta aún latente pandemia: Llegar a Cero. Estrategia 2011-2015⁶ contiene un programa balanceado que

⁴ Datos con base en la información por país de ONUSIDA. Véase <http://www.unaids.org>.

⁵ Véase "Lesotho" en <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/lesotho>.

⁶ Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (ONUSIDA), *Llegar a Cero. Estrategia 2011-2015*, Ginebra, ONUSIDA, 2010,

prevé llegar, en 2015, a cero nuevas infecciones por el VIH, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación. Si bien el programa es bastante amplio, la pandemia requiere una estrategia holística; actualmente ninguna organización, país, institución o entidad puede enfrentarse a una pandemia con sus propios medios.

En este contexto, en el transcurso de la última década surgieron nuevas entidades para complementar el esfuerzo de ONUSIDA, del Sistema de las Naciones Unidas, así como de los sistemas de salud nacionales. Hoy se cuenta con organizaciones que presentan una nueva sinergia, tanto en el formato de operaciones como en la inclusión del sector privado, el cual aporta nuevas formas de financiamiento, estrategias, políticas y visiones, entre otros. Ejemplo de lo anterior son el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM), la Global Alliance for Vaccination and Immunization (Alianza GAVI), UNITAID, el Stop TB Partnership, la Fundación Bill & Melinda Gates, entre otros.

Contar con nuevos actores se traduce en nuevas formas de trabajo; si bien éstos no representan a gobiernos *per se*, asumen un papel relevante en los pasillos de la política multilateral. Hoy en día es poco común llegar a acuerdos en materia de salud y, precisamente, en materia de VIH/sida, sin tomar en cuenta a estos nuevos actores. Para hacer frente a pandemias o emergencias de salud, la diplomacia multilateral ha dado un cambio inesperado, lo que en buena medida se debe a las cuantiosas aportaciones monetarias que estos actores han asegurado. En forma conjunta, el FM y la Alianza GAVI manejan montos de más de diez mil MDD. Entre 2001 y 2009, el FM logró captar fondos y donaciones por 15 000 MDD. Uno de sus grandes donadores es la

Fundación Bill & Melinda Gates, que aportó a esa organización la importante suma de 650 MDD.⁷

Para los Estados y sus diplomáticos, donaciones de este tamaño representan una nueva sinergia y un nuevo reto, puesto que actores particulares y no gubernamentales aportan más dinero que los mismos gobiernos y, en algunos casos, los gobiernos, especialmente en los países en desarrollo, dependen de esas aportaciones. En las negociaciones que se llevan a cabo en la OMS, el ONUSIDA u otros órganos del Sistema de las Naciones Unidas, estos nuevos actores tienen un estatus más influyente que muchos países en desarrollo. Para el diplomático “moderno”, esto representa una nueva forma de trabajo y de acercamientos, una nueva forma de hacer diplomacia. El sector privado, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, personas físicas, entre otros, tienen que ser consultados, si se desea llegar a una posible estrategia que logre resultados a largo plazo.

Las grandes potencias eran antes los donadores tradicionales; a la cabeza, Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Japón y Alemania. Ahora, se han sumado a los llamados de donaciones algunos países con economías emergentes como República de Corea,⁸ Brasil, India,⁹ Sudáfrica, entre otros. Cabe mencionar que en las estructuras de la política internacional, la posición que un país ocupa en la junta directiva de una organización internacional, como la OMS o el ONUSIDA, es proporcional al dinero donado. Es en este ámbito que países como México, con una posición sólida en la comunidad internacional, por su amplia trayectoria en el Sistema de las Naciones Unidas, por

⁷ Véase The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, “Pledges and Contributions”, en <http://www.theglobalfund.org/en/about/donors>.

⁸ República de Corea contribuyó al Fondo Mundial con 13 MDD en el periodo de 2001 a 2009; asimismo donó 700 000 dólares a la Alianza GAVI. Véase *idem*.

⁹ India aportó al Fondo Mundial, en donaciones, ocho MDD en el periodo de 2001 a 2009. Véase *idem*.

sus fuertes estructuras políticas, de salud, de comportamiento ante nuevos retos sanitarios, como la pandemia del VIH/sida,¹⁰ desempeña un papel primordial en las negociaciones de políticas y acuerdos internacionales.

Por estas razones, es importante que México cuente con una adecuada capacidad para enfrentar los nuevos desafíos en el tema de la salud relacionados con la gobernanza, la gobernabilidad y la gestión de cooperación internacional para promover su posición en el nuevo ámbito diplomático. Si bien no puede otorgar grandes donaciones a estos nuevos actores, aportaciones simbólicas o en especie podrían permitirle tomar un lugar en las juntas directivas. Fuera de los organismos de la ONU, México no dona a ninguna de estas nuevas organizaciones, no es parte de sus juntas directivas y no ha sido tomado en cuenta para ser sede de sus reuniones; tampoco abastece estos mercados con productos de empresas mexicanas a bajo costo.

Diplomáticos mexicanos y representantes del gobierno deben tener en cuenta, a la hora de hacer diplomacia, la presencia, irrefutable, de los nuevos actores en el tema de la salud y, específicamente, en la lucha contra el sida. Paralelamente, es importante que el gobierno de México, por medio de la Cancillería y de la Secretaría de Salud, mantenga una estrecha relación con los nuevos actores, ya que las nuevas estrategias y directivas son formuladas en coordinación con éstos, y si bien los porcentajes de personas que viven con el VIH en México son bastante bajos,¹¹ menos de la media internacional en términos

¹⁰ México fue uno de los primeros países en seguir el llamado de la OMS: en los años ochenta fundó un Comité Nacional para la Prevención del Sida (Conasida), el cual es hoy en día el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (Censida), institución nacional encargada del monitoreo y la lucha contra esa pandemia.

¹¹ El porcentaje en México es de tan sólo 0.3% de su población económicamente activa. Véase "Mexico", en <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mexico>.

de países desarrollados, nunca se debe bajar la guardia, es necesario seguir mejorando y fortaleciendo las políticas públicas.

Discapacidad en el mundo

A mediados del año 2011, la OMS y el Banco Mundial presentaron el primer informe mundial sobre la discapacidad.¹² Hasta esa fecha no había datos suficientes que permitieran conocer el tamaño de la problemática, ni las causas de la misma. Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; en otras palabras, alrededor de quince por ciento de la población mundial (de acuerdo con las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la OMS, correspondientes a los años setenta, que eran de aproximadamente diez por ciento.

Según la Encuesta Mundial de Salud (EMS) de 2010, cerca de setecientos ochenta y cinco millones de personas (15.6%), entre los 15 años y más, viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la carga mundial de morbilidad (CMM)¹³ estima una cifra próxima a los novecientos setenta y cinco millones (19.4%). La EMS señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2.2%) tienen dificultades muy sig-

¹² OMS/Banco Mundial, *World Report on Disability 2011*, Ginebra, OMS, 2011, disponible en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Margaret Chan, directora general de la OMS, presentó el informe en mayo de 2011, en la sede de la ONU, en Nueva York, en presencia del secretario general de la ONU, Ban Ki-Moon.

¹³ El global burden of disease (carga mundial de morbilidad) es otra metodología ocupada por la OMS para medir tendencias de diferentes enfermedades o discapacidades, por lo que en un esfuerzo por lograr ponerse de acuerdo en cómo medirla, se hace la Encuesta Mundial de Salud con el apoyo de la OMS y el Banco Mundial.

nificativas de funcionamiento, mientras que la CMM calcula en 190 millones (3.8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Esta última mide las discapacidades infantiles (0-14 años) y da una estimación de 95 millones de niños (5.1%), de los cuales 13 millones (0.7%) tienen “discapacidad grave”.

Aunado a esto, el número de personas con discapacidad está creciendo debido al envejecimiento de la población —las personas ancianas tienen mayor riesgo de discapacidad— y al incremento mundial de los problemas crónicos de salud asociados con discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan 66.5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. Entre los múltiples obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad en el mundo, destacan:

- Actitudes negativas: discriminación.
- Recursos públicos insuficientes.
- Falta de accesibilidad: infraestructura física (edificios sin elevador o baños no habilitados para sillas de ruedas, por ejemplo), intérpretes, tecnología no adecuada para ellos (invidentes sin computadoras adecuadas).
- Falta de datos: no hay información suficiente en muchos países.

De manera adicional, las personas con discapacidad enfrentan niveles inferiores en salud y en resultados académicos, una menor participación económica y, por consecuencia, más

pobreza. Hay, sin embargo, otros tipos de discapacidad, como los accidentes automovilísticos o con maquinaria, que pueden ser prevenibles: más de 1.2 millones de personas en el mundo mueren por accidentes y entre cuarenta y cincuenta millones resultan heridas, aunque se tiene poca información de cuántas quedan con algún tipo de discapacidad.

La discapacidad debe abordarse desde diferentes ámbitos; los gobiernos deben ayudar a crear entornos favorables en los espacios públicos, en el transporte, o en la manera en que puedan incorporarse a la educación, empleo y vida social. El solo hecho de hablar de inclusión en la escuela implica toda una estrategia para evitar la discriminación y eliminar las barreras físicas que impiden hacer una vida participativa y con menos complicaciones. Además, las legislaciones deben adaptar sus leyes para facilitar la contratación de personas con alguna discapacidad y con ello involucrarlas en la vida económicamente activa del país, de lo contrario, serán dependientes de los fondos gubernamentales. Al respecto, el informe mundial sobre discapacidad contiene una serie de recomendaciones sobre las que vale la pena reflexionar:

—Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales, es decir, salud y bienestar, aprendizaje y desarrollo de aptitudes.

—Buscar invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidad, en los cuales se incluya la rehabilitación.

—Adoptar un plan de acción nacional sobre la discapacidad, que incorpore una visión de largo plazo.

—Asegurar la participación de las personas con discapacidad; de este modo se asegura que la toma de decisiones sea la más adecuada a sus necesidades.

—Proporcionar financiamiento suficiente y mejorar la asequibilidad; se debe asegurar que estén al alcance de sus posibilidades.

—Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad, esto es, promover la no discriminación.

—Mejorar la recopilación de datos y reforzar la investigación de la discapacidad, pues con mayor información, mejor será la capacidad de toma de decisiones.

En México, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, las personas con discapacidad “son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que, al interactuar con distintos ambientes del entorno social, pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás”.¹⁴ Hasta el año 2010, de acuerdo con cifras del INEGI,¹⁵ el número de personas con algún tipo de discapacidad era de 5 739 270, lo que representaba 5.1% de la población total, cifra interesante si se compara con la cifra mundial de 15%. Los motivos que producen discapacidad en las personas pueden ser variados; así y todo, el INEGI los clasifica en cuatro grupos de causas principales: nacimiento, enfermedad, accidente y edad avanzada.

En México, de cada 100 personas con discapacidad, 39 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad, 23 por edad avanzada, 16 por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer, 15 quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente y 8 debido a otras causas. Aunque la cifra de personas con discapacidad es relativamente baja en México, hay mucho por hacer. Por ejemplo, la infraestructura urbana, el acceso a edificios públicos, escuelas, la promoción de la no discriminación, entre otros, son factores clave para incorporar de lleno a este grupo a la sociedad. Con mejores programas laborales, por

¹⁴ Véase “Discapacidad en México”, Cuéntame, en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.

¹⁵ Véase <http://www.inegi.org.mx/>.

ejemplo, no sólo se crean empleos, sino se deja de subvencionar a este grupo de la sociedad que desea trabajar, pero que le es difícil interactuar en el mundo laboral actual. Son muchas las recomendaciones incluidas en el Informe Mundial sobre la Discapacidad; las diferentes secretarías pueden tomar esas recomendaciones para diseñar y generar políticas que no sólo reduzcan la brecha, sino que tomen ventaja de los talentos que se pierden bajo la cortina de la discapacidad.

Accidentes de tránsito: la década de la seguridad vial

En el mundo mueren más de 1.3 millones de personas por accidentes de tránsito; de continuar esta tendencia, para el año 2030 será la quinta causa de muerte (en la actualidad es la novena). Para comenzar a afrontar este problema, en 2004, la OMS y el Banco Mundial presentaron, conjuntamente, el Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito.¹⁶ En él se señalan los principales riesgos de estos traumatismos y se recomiendan varias intervenciones que los países pueden poner en práctica para mejorar su situación en materia de seguridad vial. En 2009, la OMS publicó el primer informe sobre la situación mundial de la seguridad vial; ahí puso de manifiesto las deficiencias que presentaba la labor de los países al respecto. A continuación se subrayan los siguientes hechos:

—La mitad de todas las defunciones causadas por el tránsito se producen entre los "usuarios vulnerables de la vía pública", es decir, motociclistas, ciclistas y peatones.

¹⁶ Véase Margie Peden (dir.), *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen*, Ginebra, OMS/Banco Mundial, 2004, en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf.

—Sólo 15% de los países cuentan con una legislación global sobre los principales factores de riesgo en materia de seguridad vial.

En 2010, la OMS declara la década de las Acciones en Seguridad Vial (2011-2020). Para 2012 se planea publicar un segundo informe que capitalice la información aportada por todos los Estados Miembros y que será definitorio para las acciones que en esta materia se tomarán en los próximos años.

En México, de acuerdo con el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (Conapra), los accidentes de tránsito constituyen la primera causa de muerte entre personas de cinco a 29 años de edad y la segunda causa de orfandad. Se producen más de veinticuatro mil muertes al año provocadas por incontables accidentes.¹⁷ Asimismo, las causas de los accidentes, muertes y discapacidades son multifactoriales: no usar cinturón de seguridad, manejar en estado de ebriedad, condiciones adversas del clima (calor, frío o lluvia), exceso de velocidad, distractores al conducir (fumar, empleo de celulares, entre otros), no usar correctamente la silla de niños, entre otras.

Por ello, el Conapra ha puesto en marcha la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial, cuyo objetivo es tomar las acciones necesarias para disminuir el número de accidentes de tránsito, mediante el fomento, entre otras cosas, del uso de la alcoholimetría por los estados, una mayor información para la población (automovilistas y peatones) y la capacitación a agentes de seguridad vial. Falta mucho por hacer, sin embargo, una buena infraestructura, prevención e información por parte de los conductores serán claves para que en esta década se logren reducir, de manera significativa, el número de accidentes y el

¹⁷ De acuerdo con Conapra, en 2008 hubo 24 129 muertos, de ellos 7269 fueron por atropellamiento.

número de muertes o personas con alguna discapacidad evitable y prevenible.

Bioterrorismo y salud: ¿amenaza grave?

El bioterrorismo no es, desafortunadamente, nuevo. Desde épocas muy antiguas se tienen registrados episodios en los que se utilizaron agentes biológicos para combatir a los enemigos, especialmente durante las guerras. Es sobre todo en el siglo XX cuando se tiene mayor información sobre el uso de este tipo de agentes: ántrax; envenenamiento de agua con bacterias como la tifoidea, peste bubónica; bombas bacteriológicas; toxina botulínica, por mencionar algunos; muchos de ellos se usaron en la Primera Guerra Mundial con fines bélicos y, recientemente, con fines terroristas.

A partir de los atentados de septiembre de 2001, en Estados Unidos aumentó la posibilidad de ataques terroristas o bioterroristas. En junio de 2002 se aprueba la ley bioterrorista, cuyo objetivo es salvaguardar y garantizar la salud y la vida de personas, animales y plantas en territorio estadounidense, por medio de una serie de requisitos que obligan a todos los importadores de este tipo de productos, destinados especialmente al consumo humano, a ser inocuos. La Food and Drugs Administration (FDA), la agencia reguladora de medicamentos y alimentos de Estados Unidos, tiene la facultad de detener alimentos, suplementos, materias primas y cualquier sustancia cuyo consumo pudiera tener consecuencias graves para las personas. Hay que recordar que en México, el equivalente a la FDA es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), junto con el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (Senasica), de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pes-

ca y Alimentación (SAGARPA), y la Administración General de Aduanas del Servicio de Administración Tributaria.

Esta ley bioterrorista de Estados Unidos ha tenido costos importantes para países de América Latina y del resto del mundo, fundamentalmente con respecto a los bienes relacionados con la trazabilidad de los mismos.¹⁸ Vale la pena recordar casos como el cierre de fronteras, por parte de Estados Unidos, al tomate mexicano en 2008, cuando la FDA señaló un brote de *salmonella saintpaul*, seguido por el anuncio de que la enfermedad pudo haberse adquirido en las salsas de molcajete. Tras un trabajo conjunto de las autoridades mexicanas (Senasica y Cofepris) con la FDA, se logró demostrar que no había tal contaminación. En casos como éste, se observa lo complejo que resulta hacer la trazabilidad de productos agrícolas, más aún de líquidos, sustancias químicas, productos farmacéuticos y otros que por su apariencia podrían o no estar contaminados, y que en combinación con otras sustancias químicas pueden incluso utilizarse para hacer armas biológicas empleadas en actividades terroristas.

La Cumbre de Líderes de América del Norte, celebrada en 2008, en Nueva Orleans, con los presidentes de México, Estados Unidos y Canadá, menciona la relevancia del tema en la agenda de Estados Unidos. Para algunos, puede ser una exageración de los estadounidenses; para otros, una estrategia de barreras no arancelarias al comercio. En definitiva, ésta es la nueva

¹⁸ Hay que recordar que durante los últimos años, países como Estados Unidos, Canadá y los de la Unión Europea, han establecido medidas para garantizar la inocuidad de alimentos, bebidas y medicamentos. El concepto conocido como “de la granja a la mesa” hace que algunos gobiernos traten de garantizar que el proceso de trazabilidad de los productos desde su origen hasta que llega al consumidor final sea rastreable. Así, si una persona fue de vacaciones a un país (X) y regresa a su país (Y) con una infección estomacal, sería posible y deseable identificar qué productos causaron la enfermedad y evitar así poner en riesgo sanitario al resto de la población.

realidad y, por consiguiente, países con mayor trazabilidad en sus productos tendrán mayores posibilidades de competir en el mercado extranjero. Al margen de estas complicaciones, es un hecho que en los intercambios comerciales, se debe seguir trabajando en el manejo de sustancias peligrosas para evitar sus desvíos (generalmente para usos ilícitos) y garantizar la inocuidad alimentaria (incluidas las bebidas), así como medicamentos de calidad. En este tema, la OMS brinda también un apoyo sustantivo.

Cambio climático y su influencia en la salud mundial

Hay un firme consenso científico mundial en torno a la idea de que “el calentamiento del clima es incuestionable” y que se debe a la actividad humana, principalmente a la quema de combustibles fósiles que liberan gases de efecto invernadero que permanecen en la atmósfera. La evidencia reunida en todo el planeta muestra ya que el calentamiento mundial está cambiando el régimen de precipitaciones y tormentas, y alterando el equilibrio de los sistemas naturales que alimentan la vida. Este calentamiento es gradual, pero la creciente frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos, como tormentas torrenciales, olas de calor, sequías e inundaciones, ciclones, aumento del nivel del mar y disminución de la capa de hielo, se manifiestan de manera abrupta. Los cambios climáticos recientes han tenido varias consecuencias en la salud, como la muerte de más de cuarenta y cuatro mil personas, provocada por la ola de calor que sufrió Europa en 2003; terremotos que podrían o no estar vinculados con el cambio climático, como el de Haití (2010), con más de trescientos mil muertos; Japón (2011) con más de quince mil muertos, por mencionar algunos.

Se calcula que en los últimos años, la temperatura ha aumentado casi un grado centígrado y se prevé que este incremento podría llegar hasta los seis grados en los próximos años.¹⁹ Estas temperaturas mayores están cambiando la distribución de diversas enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (dengue o malaria), los alimentos o el agua, lo que, en consecuencia, aumentará su incidencia. Por ejemplo, en México se empezó a encontrar dengue en zonas donde tradicionalmente no se presentaba. Sin duda, esto puede ser una grave amenaza mundial, ya que este tipo de eventos podrían afectar considerablemente los sistemas de suministro de agua, alimentos y servicios médicos.

Hay un tema, más de fondo, que a nivel internacional es preocupante: la disponibilidad de los recursos para la supervivencia y la salud humana. Por ejemplo, el cambio del cauce de las cuencas podría ocasionar pérdidas incalculables, sobre todo a los países productores de energía hidroeléctrica, o en materia agrícola, donde la producción depende de la disponibilidad de agua suficiente para regar los campos. También se debe hablar del cambio climático y su impacto en la biodiversidad, de cómo está afectando la supervivencia tanto de especies vegetales como animales, ya que muchas no se podrán adaptar al ritmo del cambio. Factores clave para revertir la tendencia son: disminuir de manera considerable las emisiones de CO₂, evitar la tala clandestina de árboles, invertir en las energías renovables, entre muchas otros, necesarios para generar conciencia.

A nivel internacional, México ha desempeñado un papel predominante y ha puesto el tema como una preocupación de

¹⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La economía del cambio climático en América Latina y el Caribe. Síntesis 2010*, Santiago de Chile, CEPAL/ONU, 2010, disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/41908/2010-913_Sintesis-Economia_cambio_climatico-COMPLETO_WEB.pdf.

salud pública. De acuerdo con ello, la respuesta internacional para proteger la salud frente al cambio climático debe ser: a) velar por que las preocupaciones en materia de seguridad sanitaria se sitúen en el centro de la respuesta a esos cambios; b) aplicar estrategias adaptativas a nivel local, nacional y regional para reducir al mínimo las repercusiones del cambio climático en la salud, y c) respaldar la adopción de medidas firmes para mitigar el cambio climático y evitar efectos sanitarios potencialmente desastrosos.

Fortalecimiento de las agencias regulatorias y medicamentos falsificados a nivel mundial

En los capítulos anteriores se ha explorado cómo las diferentes enfermedades, crónicas o transitorias, afectan la vida cotidiana. Es un hecho innegable que durante su vida, cualquier persona necesitará medicamentos para aliviar, curar o tratar ciertos padecimientos. Desafortunadamente, la falsificación de medicamentos en el mundo es cada vez más frecuente. La creciente problemática sobre productos médicos de calidad subestándar, espurios, de etiquetado engañoso o de imitación, se ha propagado y convertido en muchos lugares en una actividad más del crimen organizado. Se estima que en algunos países la falsificación de medicamentos supera el treinta por ciento; el promedio mundial es de 10%. Para lograr detener esta tendencia se debe trabajar desde la perspectiva internacional en varios frentes, como:

—Fortalecer las agencias sanitarias: tener medicamentos de calidad, seguridad y eficacia comprobada es una tarea compleja que requiere de la intervención y la regulación de la OMS, pero también de una decidida participación de los ministerios de Salud de los Estados. Pocas agencias regulatorias en el mun-

do tienen el tamaño, la capacidad humana y el presupuesto suficiente para llevar a cabo esta importante tarea: Estados Unidos, Canadá, Europa (Agencia de Medicamentos Europea)²⁰ Australia y Japón son algunos de los países que cuentan con este tipo de agencias. En México, por mandato de ley, a partir de 2005 todos los medicamentos y/o biológicos deberán ser revisados cada cinco años. La autoridad mexicana encargada es la Cofepris. Con este esfuerzo y al final de la primera renovación de todos los medicamentos, sólo habrá dos tipos: de patente o genéricos. Antes, había diferentes tipos de calidades en medicamentos, algunos de ellos conocidos popularmente como “similares”, otros, incluso, no tenían los requisitos indispensables para asegurar su eficacia.

—Investigar para proporcionar información a las autoridades, que sirva para la identificación de los sitios de fabricación y comercialización.

—Identificar las características de sus etiquetas como: hologramas, número de lote y sistemas de trazabilidad que permitan a consumidores y usuarios encontrar discrepancias.

Estas acciones deben ir de la mano de fuertes políticas públicas diseñadas para evitar la venta de medicamentos sin receta, salvo los que por sus características sean de libre venta, y de acciones en contra de los productores de medicamentos falsificados. La conciencia y la educación social son de gran relevancia, más a la luz de las nuevas tendencias y la facilidad con la que es posible conseguir productos (medicamentos o dispositivos médicos) por Internet, que pueden ser de dudosa calidad y procedencia. La OMS, como agencia líder, efectúa reuniones con sus Estados Miembros, desde el año 2010, para diseñar una

²⁰ Véase http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=/pages/home/Home_Page.jsp/.

política que permita regular el tema de medicamentos falsificados, que se han convertido en un riesgo para la sociedad.

Reforma a la OMS: respuesta inmediata

Desde hace varios años, la OMS enfrenta diversas problemáticas en materia presupuestal. Esto se debe, entre otras cosas, a que ha tenido que encarar pandemias y desastres naturales cada vez con mayor frecuencia. Además, la crisis económica mundial ha agudizado las fluctuaciones de los tipos de cambio de las monedas, sobre todo la del franco suizo con el dólar estadounidense. Finalmente, en recursos humanos se puede encontrar duplicidad de funciones entre el personal de la OMS y las estructuras disfuncionales creadas en el pasado. Es por ello que la directora general de la OMS, Margaret Chan, ha convocado a una reforma de fondo que permita enfrentar estos nuevos retos, como, por ejemplo:

—Generar evidencia y análisis de tendencias de datos en todos los países y las regiones para monitorear, de una mejor manera, el progreso de cada país y cumplir los ODM; por esta razón, es indispensable hacer sinergias con otras áreas (instituciones) para evitar la fragmentación y obtener resultados que se traduzcan en una mejor salud para todos.

—Mover el presupuesto de la OMS hacia una dirección más realista, que vaya acompañado de una mejor gerencia, responsabilidad y transparencia.

—Clarificar los papeles y las responsabilidades en todos los niveles para evitar duplicar funciones, lograr tomar decisiones corporativas y descentralizar la implementación de éstas.

—Fortalecer las fuentes de financiamiento, para lo cual habrá que urgir a los Estados Miembros para que busquen incrementar las contribuciones, en especial las donaciones.

Durante años se pensó que dar dinero era la mejor forma de ayudar, pero la experiencia mundial muestra que la ayuda en efectivo o en especie frecuentemente no llega de forma adecuada. Ante esta realidad, el sector privado y la sociedad civil organizada crearon diversas organizaciones que han ayudado a cumplir los propósitos de la OMS; así, tenemos el FM; la Fundación Bill y Melinda Gates, o la Alianza GAVI. Todas ellas, con propósitos distintos, pero con un objetivo en común: mejorar la salud humana.

La reforma a la OMS implica retos y oportunidades para los Estados Miembros, pues representa una de las mayores transformaciones institucionales con una perspectiva mundial que puede ayudar a salvar más vidas. Cumplir con las metas del milenio y poner énfasis en los problemas de salud mundial son algunos de los retos que van de la mano con la transformación de la Organización.

La falta de recursos económicos, o el crecimiento no planeado de una organización, es un problema en común que pone en riesgo no sólo su viabilidad, sino también el logro de los objetivos mundiales de salud, la erradicación de enfermedades y la disminución de males sanitarios. No solucionar este problema o aplazarlo puede tener serias consecuencias a nivel mundial, pues pone en riesgo los sistemas de salud de muchos países, los cuales no podrán financiar o atender de forma oportuna y adecuada a sus poblaciones; se negaría así uno de los derechos universales del ser humano: el goce al grado máximo de salud, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.²¹

²¹ Este derecho es uno de los principios de la Constitución de la OMS. Véase <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.

Conclusiones

La salud no tiene colores ni partidos; este hecho hace que sea un tema generoso para todos los actores, pero con enormes retos.

La experiencia de México en el caso de la pandemia de la gripe AH1N1 mostró que la diplomacia mexicana opera de forma eficaz; gracias a ésta se pudo negociar el acuerdo marco de preparación en caso de otra pandemia; sobre todo, la comunidad internacional hoy está mejor preparada para enfrentar este tipo de situaciones.

Las ENT representan un enorme reto y responsabilidad para todos los países. Los elevados costos de atención pueden poner en riesgo los sistemas de salud mundial, si no se hace algo al respecto. La prevención se vuelve el mejor mecanismo, aunque representa costos significativos de arranque e inversión en educación por parte de los Estados.

A fin de cumplir con la estrategia de ONUSIDA de cero nuevas infecciones y cero personas sin tratamiento, es importante, no sólo la participación de la sociedad como se ha hecho en los últimos años, sino también la decisión de los gobiernos para intervenir de manera adecuada frente a esta problemática.

Aún no se está preparado para incorporar a la sociedad, en el más amplio sentido de inclusión social: laboral, infraestructura, personal, no discriminación, a las personas —alrededor de quince por ciento— con discapacidad que hay en el mundo. El camino todavía es largo.

El que la OMS haya declarado esta década como la de la Seguridad Vial tiene implicaciones y requiere el trabajo, no sólo de la diplomacia mexicana o mundial, sino de todos. El tema es sencillo: no combinar alcohol y volante; la problemática es una oportunidad.

Si se habla de bioterrorismo es para estar alerta y preparados ante este tipo de sucesos. Mucho es el trabajo que se hace

a nivel internacional para mitigar los riesgos y, sobre todo, contar con la información y cooperación internacional para evitar que sucedan.

El cambio climático tiene diversas implicaciones: cambios en la temperatura, desastres naturales y desplazamientos de enfermedades. La solución no es simple, pues se trata de una combinación de intereses personales con empresariales; cambiar los estilos de vida puede llevar décadas. En la agenda internacional éste es un tema que se discute con la decisión de encontrar resultados.

Ante una esperanza de vida cada vez mayor y la innovación tecnológica que permite contar con nuevos medicamentos y dispositivos médicos, los Estados enfrentan nuevos retos, especialmente presupuestarios, por lo que los países deben estar conscientes y trabajar en nuevas políticas públicas de salud que tiendan a buscar la cobertura universal. Es urgente fortalecer las agencias sanitarias de los países para garantizar mejores medicamentos y combatir frontalmente los falsificados.

De cara a los retos mundiales, se debe pensar y replantear una nueva OMS. En forma paralela, los Estados Miembros deben estar conscientes de que no hay dinero posible para enfrentar los nuevos tiempos y que serán necesarias reformas que impliquen una cirugía mayor. La salud mundial no debe esperar.