



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
(UNAM)

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES (FCPyS)

**“LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL EN LOS
ALBORES DEL SIGLO XXI: RETOS Y
OPORTUNIDADES PARA MÉXICO EN EL NUEVO
ESQUEMA DE SALUD GLOBAL”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN RELACIONES INTERNACIONALES

PRESENTA

CHIMAL SEGURA JUAN CARLOS

DIRECTORA DE TESIS

DRA. GERDA REBECKA VILLANUEVA ULFGARD



Ciudad Universitaria, CD.MX., mayo 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a Dios, por permitirme llegar a este momento, por este obsequio, que reúne y consolida el esmero y amor de los seres humanos que más amo.

A mis padres, Juan Manuel Chimal Blancas y Avelina Segura Rodríguez, a mi hermanito Dylan Eduardo por todo su amor incondicional. El triunfo es de ustedes. Los amo.

A ti papá, por tu pasado, esfuerzo, dedicación, responsabilidad y enseñanzas. Por cada plática, palabra y aliento, por cada viaje realizado... gracias por dotarme de las herramientas para vivir este bello regalo llamado vida.

Gracias por ser mi maestro.

A ti mamá, por tu historia, sacrificio, esmero, cariño y comprensión. Por cada plática y educarme en silencio, brindarme en tu mirada la tranquilidad y la paz que sólo una madre puede otorgar. Por cada desvelada...

Gracias por ser mi maestra.

A ti hermano, mi mejor amigo por toda la vida. Por aquellas noches que no te dejé dormir. Porque siempre estaré ahí para ti, porque sé que lograrás todo lo que te propongas. Nunca olvides que para mí también eres un gran ejemplo y siempre serás el número uno.

A ti...María Daniela...gracias... porque eres alguien importante que me apoyó en todo momento. Siempre habré de admirar tu amor y dedicación a la medicina. Tú sabes lo importante que eres para mí. Aunque breve, esta es la forma de mostrarte lo infinitamente agradecido que estoy con Dios y la vida de haberte conocido...permanecerás en mi mente y mi corazón por siempre.

Muchas gracias a la UNAM por brindarme en sus aulas y espacios, aprendizajes y experiencias, todas ellas invaluable. Por su apoyo invaluable, a la que retribuyo humildemente con esta tesis y la promesa de ser un digno universitario al servicio de nuestro país.

A usted, Dra. Rebecka Villanueva Ulfgard, de todo corazón, gracias... por haber sido siempre constante y brindarme su apoyo, paciencia y retroalimentación en la dirección de esta tesis. Una académica siempre audaz y crítica a quien admiro y de la cual siempre tendré presente su amistad, un tesoro para mí. Su labor como profesora-investigadora me alienta a no darme por vencido. Me siento tan afortunado de haber sido parte de sus actividades de investigación y de un grandísimo proyecto editorial. Sus comentarios e interminables revisiones así como su fe en esta tesis son motivo para mí de dicha y felicidad. Este triunfo es posible gracias a usted.

Deseo agradecer especialmente a usted, Dr. Carlos Uscanga, profesor al que debo mi más sincera admiración y respeto. Estar en sus clases fue un verdadero privilegio para mí y el recuerdo más grato que habré de tener de mi

estancia en la Facultad. Gracias también por su voto de confianza con el cual pude conocer nuevas perspectivas y reconocer la labor tan importante que implica la investigación para nuestro país. Alentando siempre a dar lo mejor de uno mismo, por siempre, le estaré infinitamente agradecido.

Por otra parte, extiendo mis agradecimientos a todo el personal de la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud, por brindarme un espacio lleno de aprendizajes y experiencias gratificantes. Por contar con una ejemplar responsabilidad frente de tal dependencia.

En este sentido, deseo agradecer a la Lic. Martha Caballero Abraham, voz crítica ante el panorama de salud en nuestro país. Sus pláticas amenas, recomendaciones y experiencia como funcionaria siempre estarán presentes para mí.

A la Lic. Anakaren Lombera Rico, quien más allá de ser una tutora para con mi Servicio Social, me brindó la oportunidad de asistirle y dar seguimiento a diversas actividades siempre considerando la importancia de esta investigación para mí. Mi más profuso agradecimiento por aquellas pláticas y enseñanzas que nunca olvidaré.

A la Lic. Victoria Cassandra Ramírez, quien durante mi estancia en el Servicio Social me brindó consejos muy importantes y quien me regaló gratos momentos y conversaciones amenas más allá de todo conocimiento. Haberte conocido y compartir el tiempo contigo como una gran amiga durante mi estancia hizo de esta la experiencia más agradable. En la distancia te deseo el mejor de los éxitos. Mucho obrigado!

Deseo agradecer también sinceramente al Dr. Edmundo Hernández-Vela, por sus observaciones, sugerencias y su notable experiencia y sapiencia en la construcción de mejores internacionalistas que miren hacia el país que nos ha dado tanto; a la Dra. María Cristina Rosas González por sus mensajes; a la profesora Camelia Nicoleta Tigau quien tuvo la bondad de regalarme un texto que siempre habré de valorar; al profesor Cesari Irwing Rico, por las observaciones y sugerencias, con el objetivo de hacer de este un mejor producto de investigación.

Finalmente, y no por ello menos importante agradezco profundamente a la sociedad mexicana el apoyo brindado a mis estudios a través de la Universidad. A ustedes mexicanas y mexicanos, a quienes dedicamos nuestro deber no sólo moral sino también humanista y social.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Iztapalapa, Ciudad de México, mayo de 2018

ÍNDICE GENERAL

SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	I
I. INTRODUCCIÓN.....	II
II. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	VI
III. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN	X
IV. HOJA TEÓRICA-METODOLÓGICA (I) “TESIS”	XII
V. HOJA TEÓRICA-METODOLÓGICA (II) “DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL”	XIII
CAPÍTULO 1. SALUD Y RELACIONES INTERNACIONALES.....	1
1.1. ¿EN QUÉ PLANETA VIVIMOS? ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA GLOBALIZACIÓN, LA MUNDIALIZACIÓN Y LA INTERNACIONALIZACIÓN	2
1.2. PANORAMA DE LA SALUD EN LAS CIENCIAS SOCIALES. ¿QUÉ HAY DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES?	6
1.3. LA SALUD DESDE LA TEORÍA LIBERAL DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES.....	19
1.4. LA SALUD COMO COMPONENTE DEL DESARROLLO HUMANO. UNA VISIÓN DESDE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (CID) Y LA AYUDA OFICIAL PARA EL DESARROLLO (AOD)	21
1.5. LA SALUD Y SU TRANSICIÓN EN EL PROYECTO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS).....	22
1.6. LA SALUD DESDE EL DISCURSO DE DERECHOS HUMANOS (DD.HH.).....	24
1.7. LA SALUD COMO COMPONENTE ECONÓMICO	26
1.8. LA SALUD COMO COMPONENTE DE LA SEGURIDAD: UN ACERCAMIENTO A LA SEGURIDAD SANITARIA INTERNACIONAL Y LA SEGURIDAD HUMANA	32
1.9. OTRAS MIRADAS A LA SALUD.....	36
REFLEXIÓN FINAL.....	41
CAPÍTULO 2. UN MUNDO ENFERMO: LA SALUD GLOBAL EN EL SIGLO XXI	42
2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN EL MUNDO	44
2.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	47
2.3 REPENSAR LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD GLOBAL	52
2.4 LA SOCIEDAD INTERNACIONAL ANTE LA SALUD.....	64
REFLEXIÓN FINAL.....	67
CAPÍTULO 3. HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL.....	68
3.1. POLÍTICA EXTERIOR Y SALUD	72
3.2. MARCO HISTÓRICO DE LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL (DSG)	74

3.2.1. La transición de la Salud Internacional a la Salud Global: una nueva conceptualización desde la OMS. Reflexiones en torno a una nueva Salud Pública	78
3.3. DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL: ORÍGENES Y CONCEPTUALIZACIÓN	85
3.3.1. ¿Existe una teoría de y para la DSG?.....	93
3.4 INICIATIVAS Y ACTIVIDADES PARA POTENCIAR LA OPORTUNIDAD ESTRATÉGICA DE INCORPORAR LA SALUD GLOBAL EN LA POLÍTICA EXTERIOR	96
3.4.1. Declaración de Alma-Ata (1978)	96
3.4.2. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005).....	97
3.4.3. La Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Mundial y la Declaración de Oslo en Salud (2007)	98
3.5. RETOS EN SALUD GLOBAL PARA LOS RESPONSABLES DE POLÍTICA EXTERIOR	101
3.6. GRUPOS INTERESADOS EN LA SALUD GLOBAL.....	104
REFLEXIÓN FINAL.....	105
CAPÍTULO 4. MÉXICO Y LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES	106
4.1. MÉXICO ANTE LA OMS Y LA OPS	117
4.2. PANORAMA CONTEMPORÁNEO DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	122
4.3. LOS RETOS EN SALUD PÚBLICA EN MÉXICO	124
4.4. OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS PARA MÉXICO DESDE LA DSG	136
4.5. GENERANDO UNA DSG EFECTIVA: EL PAPEL DE LA DGRI DE LA SSA	140
4.6. SISTEMA MESOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA: UNA APORTACIÓN DESDE LA CID.....	145
4.7. REFLEXIONES SOBRE EL CUERPO DIPLOMÁTICO MEXICANO Y LA DSG	151
REFLEXIÓN FINAL.....	153
CONCLUSIONES.....	154
ANEXOS	160
ANEXO I ODS 3: SALUD Y BIENESTAR	161
ANEXO II ÍNDICE DE PAÍSES MÁS SANOS EN EL MUNDO POR BLOOMBERG 2017	164
ANEXO III TEMÁTICAS QUE DEBERÁN ASUMIR LOS DIPLOMÁTICOS EN SALUD GLOBAL.....	165
ANEXO IV FASES DE APROBACIÓN DE TEMAS EN EL MARCO DEL SISTEMA MESOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA (SMSP)	166
ANEXO V CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL EN LA DGRI-SSA	167
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES ELECTRÓNICAS.....	168

ÍNDICE ESQUEMAS, GRÁFICAS, ILUSTRACIONES Y TABLAS

Esquema I: Estructura Teórico-Metodológica de la Tesis.....	IX
Esquema 1.1: La Salud, centro de diálogos interdisciplinarios.....	12
Esquema 1.2: Dimensiones de la Salud Global desde el Liberalismo Internacional.....	20
Esquema 1.3: Tríada metodológica de la evaluación de los SNS. Informe sobre la Salud Mundial 2000.....	39
Esquema 2.1: Agrupación de las enfermedades del CIE-101.....	44
Esquema 2.2: Factores que habrán de modelar la salud a nivel internacional.....	65
Esquema 3.1: Esbozo Histórico de la Evolución de la DSG.....	77
Esquema 3.2: La Salud Pública opera en tres espacios de acción a su vez interrelacionados entre sí.....	82
Esquema 3.3 Diplomacia en Salud Global, una aproximación conceptual.....	88
Esquema 4.1: Principios normativos de la Política Exterior de México.....	112
Esquema 4.2: ECP Agenda Estratégica de la OMS (2015-2018).....	119
Esquema 4.3: Estructura del Sistema de Salud Mexicano.....	125
Esquema 4.4: Organigrama de la DGRI de la SSA.....	143
Esquema 4.5: Programas México-EE.UU. en materia de salud.....	145
Esquema 4.6: Programas y proyectos del SMSP.....	149
Gráfica 2.1: Las 10 Principales causas de defunción en el mundo 2000.....	46
Gráfica 2.2: Las 10 Principales causas de defunción en el mundo 2015.....	46
Gráfica 2.3: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Bajos (2015)	49
Gráfica 2.4: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Medianos Bajos (2015)	49
Gráfica 2.5: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Medianos Altos (2015)	50
Gráfica 2.6: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Altos (2015)	50
Gráfica 2.7 Evolución del Presupuesto de la OMS 2014-2019.....	57
Gráfica 2.8: Distribución del Presupuesto del Programa 2014-2015.....	59
Gráfica 2.9: Distribución del Presupuesto del Programa 2016-2017.....	59
Gráfica 2.10: Distribución del Presupuesto del Programa 2018-2019.....	60
Ilustración 4.1: Calificación: estimaciones de alcance del ODS3 “Salud y bienestar” para México.....	109
Ilustración 4.2: Recursos Humanos para la Salud Universal.....	121
Mapa 2.1 Estados con mayor participación en el financiamiento de la OMS, de acuerdo a contribuciones señaladas (2018-2019)	61
Tabla 2.1: Evolución del Presupuesto de la OMS 2014-2019.....	55
Tabla 2.2: Grupo de enfermedades de acuerdo al Área del Presupuesto de la OMS 2014-2019.....	56
Tabla 2.3: Evolución de las Contribuciones al Presupuesto de la OMS 2014-2019.....	58
Tabla 4.1: Principales causas de morbilidad en México, 2014.....	132
Tabla 4.2: Principales causas de mortalidad en México, 2014.....	132
Tabla 4.3: Principales causas de defunción en México, 2017.....	134
Tabla 4.4: Representación diplomática en la conformación del SMSP.....	147
Tabla 4.5: Observación FODA del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP)	150

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMEXCID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo	INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
AOD	Ayuda Oficial para el Desarrollo	ISM 2015	Iniciativa Salud Mesoamérica 2015
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
BM	Banco Mundial	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
CID	Cooperación Internacional para el Desarrollo	OMS	Organización Mundial de la Salud (WHO, en inglés)
COMISCA	Consejo de Ministros de Centroamérica	ONU	Organización de las Naciones Unidas
DD.HH.	Derechos Humanos	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales	PM	Proyecto Mesoamérica
DSG	Diplomacia en Salud Global	SECTUR	Secretaría de Turismo (México)
GHD	Global Health Diplomacy (en inglés)	SSA	Secretaría de Salud (México)
IHEID	Institut de Hautes Études Internationales et du Développement (en francés)	SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía	SNS	Sistema Nacional de Salud
		SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores (México)

I. INTRODUCCIÓN

El inicio del siglo XXI ha representado la cúspide de un orden político, económico, social y cultural: el neoliberalismo. Un orden multidimensional que logró triunfar después de un caótico siglo XX en el que se enfrascaron bloques ideológicos de gran envergadura y que más allá de dar por concluida la historia, generó un trauma con aparatosas y vigentes consecuencias.

La presente tesis no busca señalar este siglo como la antesala a una crisis global sin fin. No obstante, reconoce el valor de deconstruirlo como una oportunidad para generar, alentar y establecer propuestas desde la academia a favor de la solución de problemáticas que laceran la salud, uno de los sectores más agredidos por este modelo y que concierne a cada uno de los que habitamos en este planeta.

Durante mis estudios de la licenciatura en Relaciones Internacionales en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, pocos fueron los acercamientos en las aulas hacia la salud. Esta preocupación e interés me motivó a explorar un campo conocido como **Diplomacia en Salud Global** y que durante los últimos años ha mostrado un creciente interés en el proceso de armonizar las relaciones diplomáticas entre los Estados y la salud, y que por el importantísimo valor que tiene para cada uno de nosotros, merece la pena ser examinado.

Tal relación, particularmente se ha traducido en la cooperación internacional entre los Estados por el bienestar y el desarrollo humano en materia de salud.

El tratamiento de tal tema ha sostenido una evolución que hasta nuestros días ha cobrado una dimensión global también de naturaleza multidimensional y que por supuesto, no es ajena a los grandes pesos y contrapesos internacionales de cualquier orden, ya sea político, económico, social incluso cultural.

Como es sabido, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), constituye el ejemplo de mayor envergadura respecto a la conjunción de los elementos antes señalados y centrados en la salud. El período posterior a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) alentó su creación el 7 de abril de 1948, permitiéndole progresivamente consolidarse como la “autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas”.¹

¹ OMS. “Acerca de la OMS: Quiénes somos y qué hacemos” [en línea] URL: <http://www.who.int/about/what-we-do/es/> (Consultado 15.02.2018; 23:52)

Sin embargo, desde su creación la OMS ha estado sujeta y ha sido partícipe de los cambios internacionales que le han valido importantes cuestionamientos sobre la gestión de la brecha sanitaria a escala global desde sujetos o actores de las relaciones internacionales, esto es, desde el mismo Estado, Organizaciones Internacionales (OO.II., en adelante), las Organizaciones No Gubernamentales (ONG, en adelante), y recientemente desde la sociedad civil, el ámbito académico e incluso atípicos como La Santa Sede. Dos fenómenos que evidencian lo anterior son:

1. el desplazamiento que el sector privado ha generado respecto a los 194 Estados miembros², en términos de financiación, toma de decisiones y respecto a los espacios de concertación internacional, y
2. la crisis de la Organización en 2009, al solicitar préstamos contra futuros ingresos a fin de mantener sus operaciones.

En este sentido, la presente tesis estará concentrada en explicar qué es la Diplomacia en Salud Global y qué rango de influencia presenta en la política exterior de México, en función de la **hipótesis** que se habrá de someter en la investigación, que es la siguiente:

“El Estado Mexicano cuenta con una visión estratégica limitada respecto a la Diplomacia en Salud Global debido a la poca inclusión del tema en su agenda de política exterior y formación de cuerpo diplomático, a pesar del panorama global incipiente del campo y de la problemática respecto a su Sistema Nacional de Salud y la transición epidemiológica de su población”.

Por lo tanto, el **objetivo general** será analizar la Diplomacia en Salud Global como un elemento emergente en las relaciones internacionales contemporáneas y en la estructura del nuevo esquema de Salud Global, dando observancia en su alineación y operación en el caso mexicano.

En consecuencia, los **objetivos particulares** que darán dirección a la constatación de la hipótesis, son los siguientes:

² OMS. “Países miembros” [en línea] URL: <http://www.who.int/countries/es/> (Consultado 19.08.2018; 16:20)

1. Elevar la Diplomacia en Salud Global como un nuevo y necesario campo de estudio desde la perspectiva de Relaciones Internacionales,
2. Reflexionar sobre el impacto que sostiene el actual modelo económico neoliberal en la salud,
3. Actualizar el panorama general de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo de los últimos años,
4. Explicar la transición conceptual de la Salud Internacional a la Salud Global, señalando las implicaciones epistemológicas para la salud pública y particularmente la Diplomacia en Salud Global,
5. Abordar los espacios más representativos a nivel internacional en la materia,
6. Identificar el rango de influencia de la Diplomacia en Salud Global en el caso mexicano, a través de su política exterior y cuerpo diplomático, posicionando la actividad de la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) de la Secretaría de Salud (SSA),
7. Exponer los beneficios que puede representar, promover y ejercer una Diplomacia en Salud Global activa, señalando algunas contribuciones de México al respecto.

La tesis está estructurada en cuatro capítulos, los cuales involucran un seguimiento al marco teórico-metodológico en el siguiente orden:

El primer capítulo abordará la relevancia de afrontar la salud como un tema relevante en el campo de las Relaciones Internacionales, encontrando su génesis y evolución en el contexto de las Ciencias Sociales y señalando elementos que han logrado involucrar su inclusión para con la agenda internacional.

El segundo capítulo ubicará un panorama sistémico sobre la dinámica de la salud global actualizando un esquema de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo; valorando la relevancia de los determinantes sociales en la salud; reflexionando sobre el impacto que sostiene el actual modelo económico neoliberal y enfrentando los retos que este siglo en gran medida habrán de delinear las acciones a favor del grado máximo de bienestar en los seres humanos.

El tercer capítulo se centrará en establecer un marco de análisis de la Diplomacia en Salud Global, trazando su naturaleza, génesis y evolución, justificando la relación entre política exterior y salud (pública) situando algunos de los ejemplos más representativos de este

reciente campo de estudio y formación. Se analizará la transición conceptual de Salud Internacional a Salud Global en los albores del siglo XXI y se reflexionará sobre la influencia determinante que sostiene dicha transición en el ámbito epistémico de la salud a nivel global.

Se sentarán las bases teóricas que desde el enfoque de un estado de arte, ha representado la inclusión de este campo en diversos espacios como la academia, centros de investigación, organizaciones internacionales, entre otros.

Finalmente, en el cuarto capítulo se identificará el rango de influencia de la Diplomacia en Salud Global en el caso mexicano a través del análisis de su política exterior y cuerpo diplomático, exponiendo y valorando la actividad de la DGRI de la SSA; señalando diversos cuadros de oportunidades y desafíos en tal materia y reflexionando sobre las implicaciones del ejercicio de ésta en el país.

Tal como se aprecia, la investigación involucrará una profundización en la Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID, en adelante), estimando cómo la Diplomacia en Salud Global está en proceso de posicionarse como un fenómeno relevante en la dinámica global contemporánea, en el marco de las denominadas “nuevas diplomacias”, alzando la voz sobre la importancia de mirar hacia la salud en todas sus dimensiones desde el ámbito de la política exterior y la gobernanza en la materia; evidenciando además, un vacío considerable en nuestro país con respecto a su exposición y tratamiento académico.

Por ello, la relevancia que puede expresar el tema de investigación para México es la siguiente: se podrá obtener una visión más clara del papel que la salud desempeña en la ingeniería del bienestar y desarrollo humano en diversas escalas en relación a nuestro país; explorar si esta tiene una posición en su política exterior, así como del carácter de oferente y receptor de cooperación en la materia aunado a un examen de su participación como actor regional y global, advirtiendo las ventajas que puede traer consigo al Sistema Nacional de Salud el integrar una visión global y por supuesto, priorizando las bondades que puede representar para la sociedad mexicana y su calidad de vida.

II. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

En su obra *Métodos y técnicas de investigación en Relaciones Internacionales*, el Dr. Rafael Calduch señala que “los planteamientos metodológicos que, implícita o explícitamente, formulan las distintas corrientes teóricas de nuestra ciencia son susceptibles de articularse,

siempre y cuando se diferencien el sustrato conceptual y los postulados característicos de la propuesta doctrinal que las introdujo en nuestra disciplina”.³

Por ello, la presente investigación tendrá como eje teórico la articulación de los postulados fundamentales del Liberalismo Político, asumiendo que la Diplomacia en Salud Global opera como un ejercicio de CID a favor de dos elementos señalados por la OMS:⁴

1. Apoyar el desarrollo de un enfoque más sistemático y proactivo para identificar y comprender los principales cambios actuales y futuros que afectan la salud pública mundial y
2. Crear la capacidad entre los Estados Miembros para apoyar la acción colectiva necesaria para aprovechar las oportunidades y mitigar los riesgos para la salud.

La profesora Mónica Salomón de la Universidad Autónoma de Barcelona, establece que los profesores Mark Zacher (1938-2014) y el profesor Richard Matthews han resumido en tres puntos las tesis principales del pensamiento internacionalista-liberal⁵ que florecieron en las primeras décadas del siglo XX:⁶

- a) la idea de que las relaciones internacionales avanzan hacia una situación de mayor libertad, paz, prosperidad y progreso;
- b) la transformación en las relaciones internacionales está desencadenada por un proceso de modernización desatado por los avances científicos y reforzada por la revolución intelectual del liberalismo;
- c) a partir de esos supuestos, el liberalismo insiste en la necesidad de promover la cooperación internacional para avanzar en el objetivo de paz, bienestar y justicia.

³ Rafael Calduch. Métodos y Técnicas de Investigación en Relaciones Internacionales. Curso de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid, España, p. 6 [en línea] URL: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-55163/2Metodos.pdf> (Consultado 21.01.2018; 19:39)

⁴ WHO. “Trade, foreign policy, diplomacy and health: Global Health Diplomacy” [en línea] URL: <http://www.who.int/trade/diplomacy/en/#> (Consultado 21.01.2018; 18:18)

⁵ Mark W. Zacher y Richard A. Matthews. “Liberal International Theory: Common Threads, Divergent Strands” en Charles Kegley (ed.) *Controversies in International Relations Theory*. St. Martin’s Press, Nueva York, 1995, pp. 107-150.

⁶ Mónica Salomón. “La Teoría de las Relaciones Internacionales en los albores del siglo XXI: diálogo, disidencia, aproximaciones” en *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, núm. 56, 2002, p. 5.

La presente tesis también se apoya en la Teoría de los Tres Niveles de Análisis del politólogo y académico estadounidense Kenneth Waltz (1924-2013), una herramienta teórica-metodológica muy útil para realizar un acercamiento a fenómenos internacionales de esta naturaleza así como al estudio de la política exterior de los Estados.

Es cierto que el fundamento de dicha teoría proviene del representante más relevante del neorrealismo en Relaciones Internacionales y quien plasmó en su obra *El hombre, el Estado y la Guerra* (1959), teorías acerca de las causas de la guerra en torno a tres niveles de análisis: el individual, el estatal y el sistémico pero tal como señala el Dr. Rafael Velázquez Flores, más tarde “otros autores ajustaron las tres imágenes (como las llamaba Waltz) para explicar el comportamiento de los Estados en la arena internacional”.⁷ A saber:⁸

1. El primero de ellos es el nivel internacional o sistémico que explica la conducta de un Estado a partir del contexto internacional. Es decir, la principal motivación de la política exterior o explicación de un fenómeno se encuentra fuera de las fronteras estatales. En este nivel se abordará la dimensión que sostiene la salud como un fenómeno de dimensión global y cómo se comporta la Diplomacia en Salud Global en tal escala.
2. El segundo es el nivel estatal y presenta fundamentaciones a partir de la estructura interna y del juego político de los diferentes actores subnacionales. En otras palabras, la principal motivación de la política exterior se encuentra al interior de las fronteras. Se realizará un examen al caso mexicano, que contiene una red de cuestionamientos sobre la Política Exterior, el Sistema Nacional de Salud y la salud pública del país.
3. Por último, el tercer nivel es el individual y analiza las características personales de los individuos encargados del diseño de la política exterior de un Estado, y de aquellos que la ejercen llevándola a cabo. En este sentido, se habrán de explorar las actividades

⁷ Véase: Karen Mingst. *Fundamentos de las Relaciones Internacionales*. CIDE, México, 2006; pp. 604; John Rourke. *International Politics on the World Stage*. McGraw-Hill, Nueva York, 2008; 640 pp.; Joshua S. Goldstein y Jon C. Pevehouse. *International Relations*. Pearson-Longman, Estados Unidos, 2006; pp. 424.

⁸ Rafael Velázquez Flores, et. al. *Teorías de las Relaciones Internacionales en el siglo XXI: interpretaciones críticas desde México*. BUAP, UABC, UANL, UPAEP, México, 2014; p. 140.

de la diplomacia mexicana a través de la DGRI de la SSA, dando cuenta del marco normativo nacional que las orienta.

Con base en estas tres imágenes, la Diplomacia en Salud Global habrá de ser deconstruida en equivalentes niveles de análisis (ver Esquema I), aunada la evolución de la salud internacional a salud global, acentuando la movilidad y apropiación de nuevos esquemas de operación en el tratamiento de la salud y sus dimensiones.

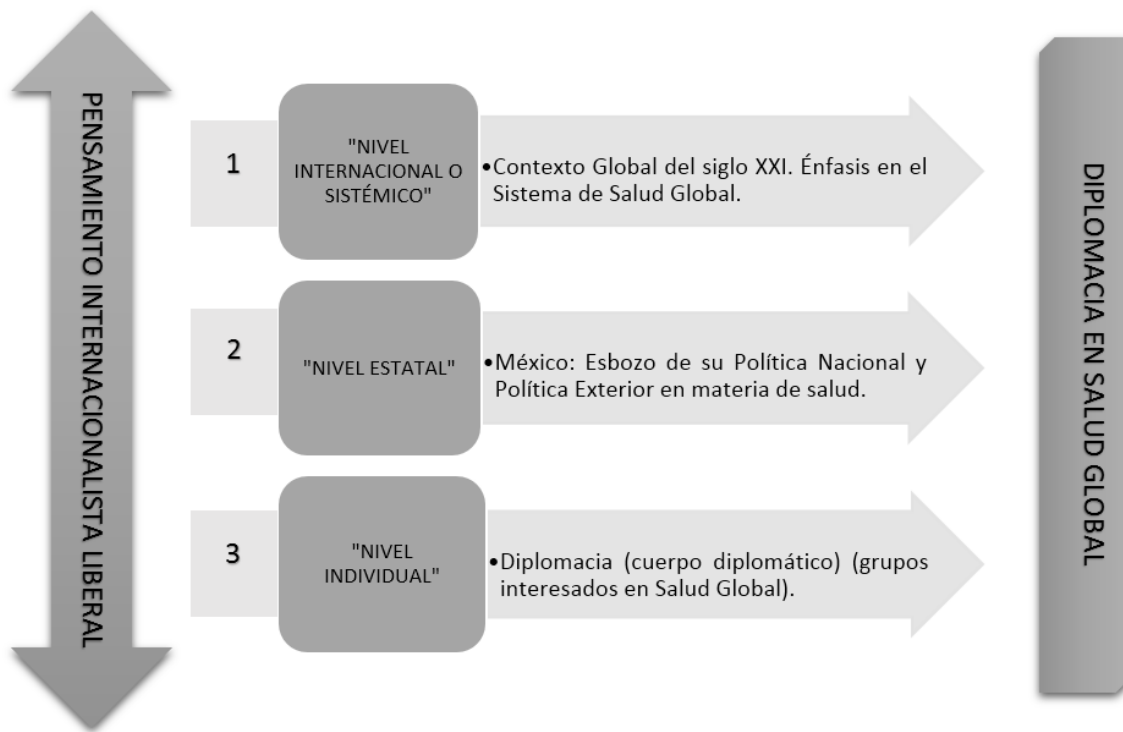
Sumado a lo anterior, los criterios metodológicos que corresponden al presente proyecto de investigación es el de ser una **tesis transscriptiva**, ya que al ser una primera exploración sobre el campo de la Diplomacia en Salud Global, se describe tal fenómeno descomponiendo sus elementos constitutivos. En algunos casos **narrativa**, motivada por la experiencia del sustentante durante su servicio social, desarrollado en la DGRI de la SSA.⁹

La **base cuantitativa** en la que se respalda la investigación se encuentra circunscrita en la creciente literatura sobre la Diplomacia en Salud Global, del campo de la Salud Global propiamente dicho, instrumentos jurídicos y documentos de trabajo de la OMS y de la DGRI de la SSA de nuestro país, así como de oficios y comunicados intersecretariales; artículos especializados en formatos tradicionales y electrónicos, estos últimos gracias a la facilidad con la que es posible acercarse hoy en día a diversas bibliotecas alrededor del mundo.

Respecto a la **base cualitativa**, la investigación se concentra en bases de datos de la OMS, de iniciativas privadas internacionales que tienen el objetivo de establecer datos relevantes en materia de salud global, así como centros de investigación público-privados nacionales e internacionales

Por otra parte, es preciso señalar que durante el proceso de investigación se encontraron ciertas dificultades en localizar una bibliografía en español, aún más en términos de una bibliografía publicada bajo una editorial, síntoma del escaso abordaje al tema.

⁹ Se hace notar que a causa del sismo del 19 de septiembre de 2017, este se vio interrumpido y con ello el acceso al Acervo de la DGRI no fue posible por más tiempo ya que el edificio fue desocupado por dictamen de Protección Civil.



Esquema I: Estructura Teórico-Metodológica de la Tesis

La investigación prosigue además una estrategia de **triangulación múltiple**, en la que se involucra información relativa a algunas breves entrevistas no estructuradas y participación en eventos con funcionarios de la DGRI.

De acuerdo con Fortino Vela Peón, en la entrevista no estructurada “el papel del entrevistador generalmente es no directivo, pues tiende a desempeñar un papel de receptor pasivo, al mantener las pautas adecuadas entre preguntas e intervenir en lo esencial para orientar la conversación hacia el tema de interés o alguno relacionado al mismo”.¹⁰ Además, “el contexto situacional es espontáneo e informal y, en ocasiones, se lleva a cabo en lugares donde el entrevistado efectúa sus actividades cotidianas para generar un ambiente de tranquilidad”.¹¹ En este sentido, llevadas a cabo en las oficinas de la DGRI ubicadas en Reforma 450, Piso 3, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600; hasta antes del sismo en la Ciudad de México el 19 de septiembre de 2017.

¹⁰ Fortino Peón Vela. “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa” en María Luisa Tarrés (coord.) *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México, FLACSO: México, 2013; p. 70.

¹¹ *Ídem*.

III. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Los alcances del presente proyecto de investigación que aspira cumplir son el ser una investigación de tipo **exploratoria, descriptiva y explicativa**.

El Dr. Roberto Hernández Sampieri, señala que los estudios **exploratorios** tienen el objetivo de “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. O bien si se desea indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas”.¹²

Apunta Sampieri que este tipo de estudios sirven para “preparar el terreno” y fundamentalmente depende de dos factores: “el estado del conocimiento sobre el problema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura, así como la perspectiva que se pretenda dar al estudio”.¹³

La Diplomacia en Salud Global ha logrado colocarse como un campo de estudio reciente ante la incipiente necesidad de abordar múltiples análisis en torno a los cambios que en materia de salud global se han suscitado en el transcurso de este siglo. La profesora Illona Kickbusch de The Graduate Institute of International and Development Studies (IHEID, por sus siglas en francés) en Ginebra, Suiza; es considerada la precursora de este campo y como podrá apreciarse, la producción académica sobre este es casi completamente de origen anglosajón.

Asimismo, el alcance de la presente investigación es **descriptiva**, ya que los estudios descriptivos “buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”.¹⁴ En este sentido, se habrá de hacer una descripción sobre los elementos que conforman el incipiente campo de la Diplomacia en Salud Global: ¿quién o quienes participan, qué se estudia, cuándo, dónde y por qué?

Finalmente, la investigación será **explicativa**, ya que los estudios de este orden están dirigidos a “responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales.”¹⁵ ¿Cuáles han sido las causas del incipiente estudio de la Diplomacia en Salud Global? ¿Se

¹² Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición, McGraw-Hill, México, 2010, p. 79.

¹³ *Ídem*.

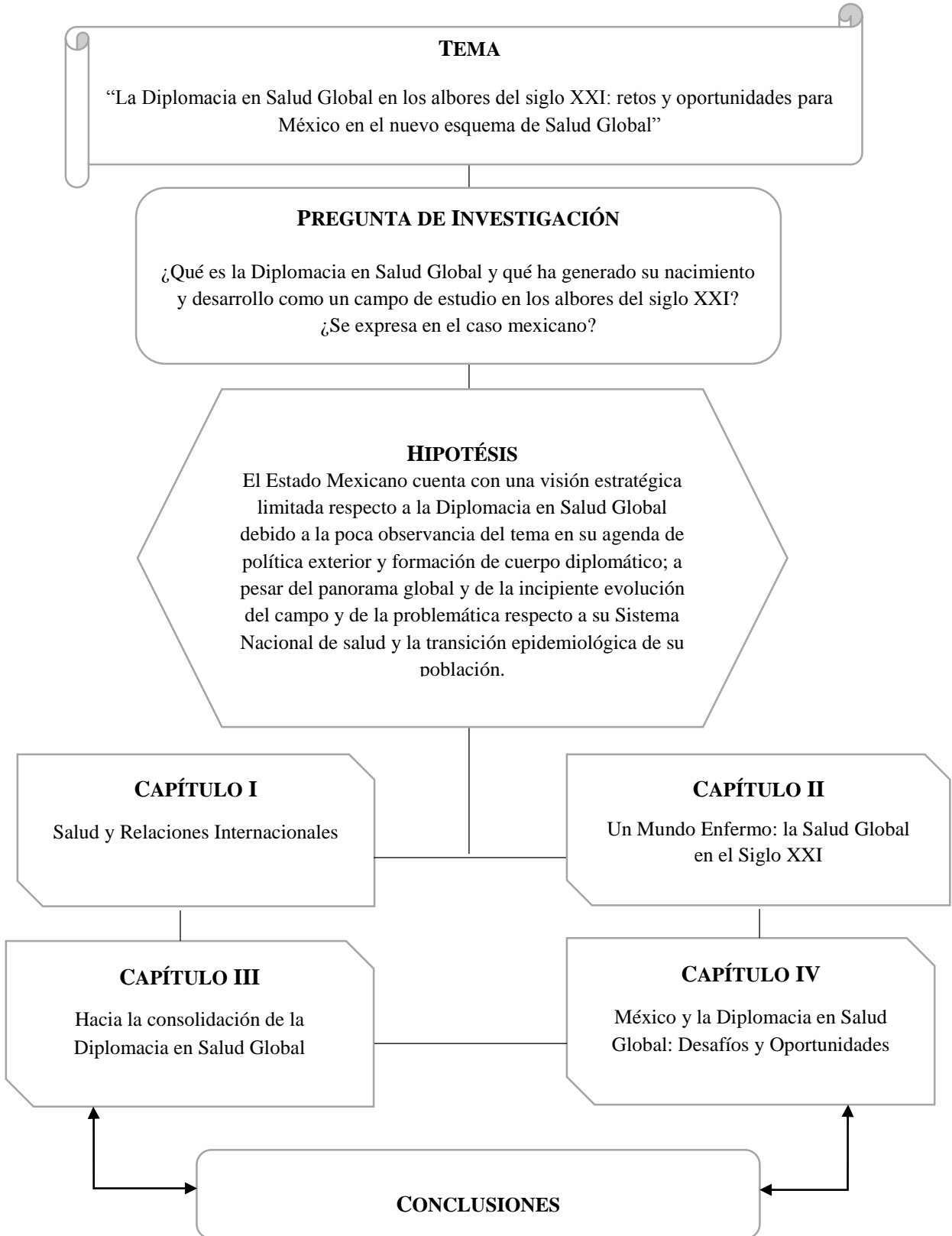
¹⁴ *Ibidem*, p. 80.

¹⁵ *Ibidem*, p. 83-84.

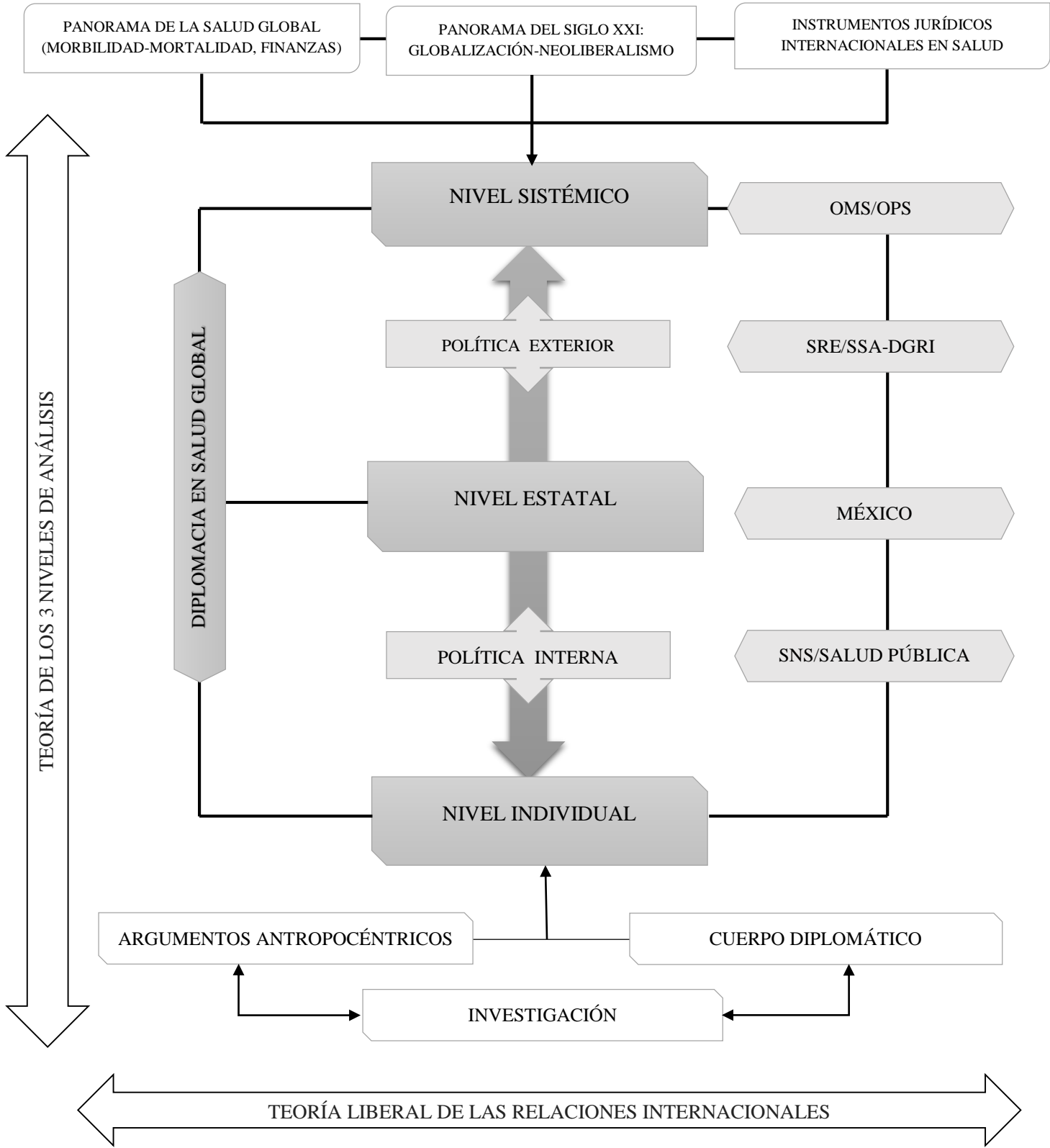
trata de una “moda política”, tal como lo señalan algunos estudiosos? ¿Qué causas han motivado su continuo desarrollo desde principios del siglo XXI?

Específicamente, en el caso mexicano ¿está involucrada una Diplomacia en Salud Global en la política exterior de nuestro país?, ¿cómo se relaciona y convive esta última con la salud y sus dimensiones observando el Sistema Nacional de Salud y la salud pública del país? Se invita al lector a reflexionar sobre el valor que puede tener este primer acercamiento.

IV. HOJA TEÓRICA-METODOLÓGICA (I) “TESIS”



V. HOJA TEÓRICA-METODOLÓGICA (II) “DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL”





Créditos: <https://twitter.com/DrTedros>

71° Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2018

“La salud es un punto de encuentro. Ahí confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad [...]. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo”

-Dr. Julio Frenk Mora-

CAPÍTULO 1. SALUD Y RELACIONES INTERNACIONALES

Si pudiéramos tener la capacidad de tomar una fotografía al planeta en el que vivimos de tal forma que pudiese capturarlo en su totalidad, no sólo podríamos apreciar la belleza natural de este. Observando detalladamente podríamos descubrir diversos escenarios sobre las actividades del ser humano, entre ellas, habría alguna imagen del cómo interactúan y trabajan individuos organizados sobre la salud de los habitantes del planeta.

Al observar esto, nos preguntaríamos sobre las motivaciones, dinámicas y efectos de tales actividades y más interesante aún, sobre el contexto que las ha orientado.

En la literatura, el tema de la salud y las consecuencias de las enfermedades ha sido retratado de forma excepcional por una gran cantidad de escritores de diferentes nacionalidades y contextos históricos diversos. De todos ellos, la escritora inglesa Mary Shelley (1797-1851) relata en “El último hombre” (1826)¹ una plaga que involucra de forma fatalista a todo el planeta, evocando un panorama de problemas políticos, propios de la época.

El escritor estadounidense Jack London (1876-1916) en su obra “La peste escarlata” (1912),² revelaría la fragilidad de los seres humanos ante una desconocida enfermedad que asola a toda la humanidad en 2013 y pregonaría cierta benevolencia a algunos, diezmados en el año 2073 por las consecuencias de la nula resistencia no a una guerra ni a la degradación de su ambiente.

Otras obras magníficas que abordan el tema de la enfermedad en grandes escalas son “La Peste” (1947) de Albert Camus (1913-1960); “Ensayo sobre la ceguera” (1995) de José Saramago (1922-2010) y “La Tierra permanece” (1949) de George R. Stewart (1895-1980), por mencionar algunas.

Esta preocupación sobre las dimensiones que pueden tener las enfermedades en nuestra vida está asociada a nuestra naturaleza humana por valorar la salud, aunque ello no se traduzca directamente en un bien público socializado en todo el mundo. Por supuesto, su comprensión y estudio se ha transformado. ¿Cómo conocemos y abordamos las problemáticas en materia de salud desde el inicio de este nuevo siglo?, ¿cuál es el panorama

¹ Mary Shelley. *El último hombre* [en línea] URL: <https://freeditorial.com/es/books/el-ultimo-hombre-volumen-i> (Consultado 20.08.2018; 14:20)

² Jack London. *La peste escarlata*, Biblioteca Virtual Universal [en línea] URL: <http://biblioteca.org.ar/libros/130896.pdf> (Consultado 24.09.2018; 23:20)

en el que la salud y las enfermedades en el mundo conviven?, ¿qué directrices orientan las actividades de los seres humanos en dicha fotografía?

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, en adelante) “el mundo actual se caracteriza por lo que se conoce como mundialización o globalización, es decir, la gravitación de los procesos económicos, sociales y culturales de carácter mundial en los ámbitos nacional y regional. Aunque no se trata de un proceso nuevo, puesto que tiene profundas raíces históricas [...]”.³ De forma efectiva, señala la CEPAL sobre la globalización que “en efecto, aunque sus dimensiones económicas son muy importantes, evolucionan concomitantemente a procesos no económicos, que tienen su propia dinámica”.⁴

En este sentido, la CEPAL apunta que uno de los procesos no económicos más positivos es el que ha denominado como “globalización de los valores”, que se entiende como la extensión gradual de principios éticos comunes, cuyas manifestaciones más importantes son las declaraciones sobre los derechos humanos.⁵

En este contexto, ciertamente la salud como tema de estudio en Relaciones Internacionales (RR.II., en adelante) ha estado sujeta a una especie de aplazamiento debido al bajo perfil con la que la mayor parte de los gobiernos en el mundo, principalmente, de aquéllos denominados en vías de desarrollo, han considerado; a pesar del amplio proceso que la temática sanitaria ha acompañado a las relaciones entre los Estados (incluso antes de la formalización de estos).

Por ello, para comprender el surgimiento de la Diplomacia en Salud Global (DSG, en adelante) en este renovado siglo, es necesario ubicarnos en el contexto en el que nos desplegamos.

1.1. ¿En qué planeta vivimos? Algunas consideraciones previas sobre la globalización, la mundialización y la internacionalización

La primera aproximación explicativa sobre el fenómeno de la DSG es comprender la globalización, una categoría conceptual y material que describiría fehacientemente el planeta en el que vivimos hoy en día.

³ CEPAL. Globalización y desarrollo. 29° Período de sesiones, Brasil, 2002, p. 3 [en línea] URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2721/1/LCG2176s_es.pdf (Consultado 20.08.2018; 14:20)

⁴ *Ibidem*, p. 4.

⁵ *Ibidem*, p. 5.

Sin embargo, el desarrollo de las ideas del ser humano para explicar la relación con su entorno ha presentado otras perspectivas. Así, la DSG podría ser entendida por los conceptos de mundialización e internacionalización; pero como se podrá apreciar en la presente tesis, esta se encuentra orientada a enfatizar la evolución que la salud ha sufrido al ser contextualizada en el marco de la globalización.

De acuerdo con el Dr. Jorge Alberto Witker Velásquez “actualmente son de uso común los términos ‘globalización’, ‘mundialización’ e ‘internacionalización’, tanto en el ámbito económico como en el político; sin embargo, ha habido un gran abuso de los mismos y no existe uniformidad de criterios respecto a la diferenciación entre estos, llegando a ser empleados incluso como sinónimos”.⁶

Efectivamente, la nomenclatura con la que se identifica a la DSG genera esta inquietud ya que proviene de su traducción del inglés *Global Health Diplomacy*.

Por supuesto, esto supone un obstáculo semántico sobre la comprensión de cómo adoptar e involucrarse en la relación entre la salud, las RR.II. y las relaciones internacionales (especialmente para México); ya que la traducción de lo global está orientado a los tres términos antes señalados.

Por otra parte, genera una inquietud sobre el cómo incluso podría denominarse realmente este campo: si Diplomacia en Salud Global, Diplomacia Sanitaria Global, Diplomacia en Salud Mundial, Diplomacia en Salud Internacional o estrictamente Diplomacia en Salud.

Ante esto, es necesario señalar que la literatura más relevante sobre el campo es de origen anglosajón, incluso como se podrá apreciar en el capítulo tres, el énfasis en Salud Global deriva de una evolución conceptual desde la OMS.

Lo anterior no desestima algunas consideraciones sobre la mundialización y la internacionalización, justificando la relevancia que la globalización otorga al panorama de este siglo.

En primer lugar, la internacionalización “es la acción y efecto de internacionalizar, que es someter a la autoridad conjunta de varias naciones, o de un organismo que las represente, territorios o asuntos que dependían de la autoridad de un solo Estado”.⁷

⁶ Jorge Alberto Witker Velásquez. *Derecho del Comercio Exterior*. IJ-UNAM, México, 2011, p. 4.

⁷ *Ibidem*, pp. 7-8.

La internacionalización entonces, constituye una actividad en la que exclusivamente se eleva a un plano internacional asuntos de gobernanza global. Como podrá apreciarse en el capítulo tres, en el caso de la salud, sin lugar a dudas, la creación de la OMS alentó este proceso, aunque anteriormente ya habían existido esfuerzos que alentaron esta cuestión entre los entonces Estados-Nación.

Por otra parte, tanto la globalización como la mundialización poseen aristas similares generando un debate ampliamente reconocido sobre el consenso de un término que abarque las características y vicisitudes de este naciente siglo.

El Dr. Witker Velásquez define la mundialización como “un proceso histórico que nace desde que se manifiesta la interrelación de sujetos de un territorio a otro en el ámbito cultural, político, social, económico, comercial e incluso jurídico”.⁸

Acorde a José María Vidal Villa, la mundialización “expresa el más avanzado proceso histórico de expansión del capitalismo y el efecto de sus propias leyes económicas, cuyo soporte es la tecnología; teniendo como efecto la destrucción del medio ambiente y el agotamiento de los recursos no renovables. Su agente activo son las empresas multinacionales, caracterizándose la libre movilidad del capital y la fuerza de trabajo”.⁹

Prosiguiendo la perspectiva del Dr. Witker Velásquez, la globalización “es un proceso que se nutre del liberalismo económico, la democracia propiamente estadounidense y la tecnología cibernética que conjuga las categorías tiempo y espacio al servicio de un mercado planetario que propicia el libre flujo de mercancías, servicios, capitales y empresas, asignando unidades y beneficios a agentes económicos privados especialmente”.¹⁰

Para Octavio Ianni, la globalización es “un fenómeno de homogeneización, en principio económica, que se encamina a borrar las fronteras del mundo, para formar una comunidad mundial, facilitada por el desarrollo electrónico de las comunicaciones y la información”.¹¹

Entonces, aunque se trata de un proceso en principio económico, ha derivado en consecuencias de otra naturaleza. Esta a su vez, no ha culminado, sino que se desarrolla

⁸ *Ibidem*, p. 4.

⁹ José María Vidal Villa. *Mundialización*. Antrazj, Icaria, 1996, p. 83.

¹⁰ Jorge Alberto Witker Velásquez, *Op. Cit.*, p. 5.

¹¹ Octavio Ianni. *Teorías de la globalización*, Siglo XXI, México, 1998.

vertiginosamente. La tesis de Lenin en *El imperialismo, fase superior del capitalismo* (1917), retrata de forma particular este fenómeno.¹²

Es cierto que la globalización representa una forma de gestión, totalmente integrada a escala mundial de la gran empresa multinacional y debido a que “estas multinacionales representan una fracción importante de la producción mundial se convierten en protagonistas en el arbitraje entre los diversos espacios nacionales, los cuales se ven forzados a ajustarse a sus exigencias gracias a la extrema movilidad de la que se benefician las multinacionales, en materia de comercio e inversión, de la Banca y de la investigación y el desarrollo”.¹³

La globalización se refiere entonces, según Kenichi Omae, al “proceso a través del cual las empresas más internacionalizadas tratan de definir para su propio beneficio las reglas del juego anteriormente impuestas por los Estados-Naciones”.¹⁴

En el capítulo dos, se habrá de exponer un panorama en el que específicamente las empresas de la industria farmacéutica y de comunicaciones han delineado, propio de nuestros tiempos y no visto hasta entonces con anterioridad desde la creación de la OMS.

En conclusión y de acuerdo con Cristhophe Garda, investigador del Centro de Investigación para la Paz (CRP, por sus siglas en francés) de la Universidad Católica de París, “la interpretaciones varían, pero en realidad podemos dar un contenido diferente a cada uno de estos términos”.¹⁵ Agrega que:

- La *mondialisation* “se refiere a la idea de una unificación de tiempo y espacio. En cierto sentido, es la era geopolítica de la década de 1990, caracterizada por el progreso científico y tecnológico y la libre circulación de personas, bienes, ideas, capital. Es una especie de lo que algunos han llamado "la aceleración de la historia" para describir la rápida evolución de la sociedad internacional”.¹⁶

¹² Vladimir I. Lenin. *El Imperialismo, fase superior del capitalismo*. Fundación Federico Engels, Madrid, pp. 82 [en línea] URL: http://www.fundacionfedericoengels.net/images/PDF/lenin_imperialismo.pdf (Consultado 26.08.2018; 10:21)

¹³ Maricela Moreno Cruz. “La globalización: su concepto e impacto en los sistemas jurídicos” en *Revista Cultura Jurídica de la UNAM*, núm. 3, julio - septiembre 2011, México, p. 219.

¹⁴ *Ibidem*, pp. 219-221.

¹⁵ Cristhophe Garda. “Mondialisation et globalisation” en *Irenees.net* [en línea] URL: http://www.irenees.net/bdf_fiche-notions-21_es.html (Consultado 21.08.2018; 08:50)

¹⁶ *Ídem*.

- La *globalisation* “por su parte, sugiere la universalización de las cuestiones, el advenimiento de un mundo de interdependencias económicas, políticas y sociales, y el uso necesario del multilateralismo para abordar estas cuestiones. Finalmente plantea la cuestión de la implementación del principio de responsabilidad de la comunidad internacional”.¹⁷

Especialistas reconocen el problema de conceptualizar bajo estas dos categorías la fuerza que empuja la dinámica de las relaciones internacionales contemporáneas, ya sea por diferencias semánticas, de perspectiva científica o incluso ideológica. Pero es factible coincidir con Garda cuando refiere que:

Simplemente debemos recordar que la mundialización y la globalización representan la transformación actual del sistema internacional, que se divide entre la soberanía y la interdependencia, la expresión de la ley y el poder. Si bien la globalización transmite un universal: democracia, derechos humanos, economía de mercado... no elimina las desigualdades ni pacifica la escena mundial. Incluso tenderá a complicar la expresión de la violencia y el esquema conflictivo multiplicando las fuerzas contradictorias. Las cuestiones de la libertad y la seguridad de las personas son, en cualquier caso, graves, y afectan tanto a los líderes políticos, económicos y militares como a los de la sociedad civil, es decir, a todos los actores que trabajan para resolver conflictos y la construcción de la paz.¹⁸

1.2. Panorama de la salud en las Ciencias Sociales. ¿Qué hay de las Relaciones Internacionales?

Académicamente, desde la reconocida institucionalización formal de la disciplina de las RR.II. en 1919, pocos son los estudios que se acercan a la salud a través del tratamiento teórico-metodológico de la misma a pesar de la manifestación de problemáticas sanitarias en esta escala. Desafortunadamente, aun acudiendo a su naturaleza interdisciplinaria, breve ha sido la observancia desde RR.II. hacia fenómenos de este orden.

Ciertamente, existe una especie de preocupación sobre el abordaje que se puede dar al tema más allá de una transición a un nivel de análisis internacional. Sobre todo cuando los especialistas en Salud Global cuentan con herramientas metodológicas y marcos teórico-conceptuales consolidados, sin mencionar su formación médica.

¹⁷ *Ídem.*

¹⁸ *Ídem.*

A pesar de lo anterior, se podrá apreciar a lo largo de la investigación la existencia de un creciente interés de especialistas que también se han preocupado por un enfoque interdisciplinar al tema de la salud en el ámbito internacional.

Incluso, acontecimientos de este tipo se han venido manifestando: en 2001, ataques con carbunco en Estados Unidos¹⁹; el surgimiento del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, por sus siglas en inglés) en 2002²⁰ y casos de polio en India (que en 2014 logró erradicar)²¹; la crisis de la gripe aviar (H5N1) en 2004²² y posterior pandemia de gripe A (AH1N1) en 2009;²³ en 2010, un brote de cólera que azota a Haití y logra llegar a República Dominicana;²⁴ en 2012, surge el Síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio;²⁵ en 2014 la enfermedad por el virus del ébola (EVE) en África²⁶ y más recientemente en 2015, un nuevo brote de un virus que se desarrolló en América, con importantes consecuencias en la región mesoamericana, conocido como Zika²⁷ y Chikungunya.²⁸

Fenómenos de naturaleza global y de distinto orden al sanitario como el político, económico, social e incluso cultural han impactado a la salud y esta a su vez ha correspondido dialécticamente.

¹⁹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "A History of Anthrax" [en línea] URL: <https://www.cdc.gov/anthrax/resources/history/index.html> (Consultado 26.08.2018; 22:33)

²⁰ Dr. Elpidio Cruz-Martínez, et. al. "Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS)" en *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, Vol. 17, núm. 2, marzo-abril 2003 [en línea] URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti032d.pdf> (Consultado 26.08.2018; 19:04)

²¹ El Mundo. "La India erradica la polio" en *El Mundo*, sección "Salud", 27 de marzo de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/salud/2014/03/27/53344bc7268e3ea3028b457a.html> (Consultado 26.08.2018; 19:04)

²² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). "Virus de la influenza aviar A (H5N1) altamente patógena de origen asiático" [en línea] URL: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/avianflu/h5n1-virus.htm> (Consultado 26.08.2018; 19:04)

²³ OMS. "Gripe pandémica (H1N1) 2009" [en línea] URL: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/es/> (Consultado 27.08.2018; 12:18)

²⁴ Quique Lavilla. "Haití: Del terremoto a la cólera" en *El Mundo*, edición América, 18 de noviembre de 2010 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/america/2010/11/19/noticias/1290131473.html> (Consultado 27.08.2018; 12:52)

²⁵ OMS. "Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)" [en línea] URL: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)) (Consultado 27.08.2018; 12:53)

²⁶ OMS. "Enfermedad por el virus del Ébola" [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> (Consultado 27.08.2018; 12:58)

²⁷ OMS. "Enfermedad por el virus de Zika" [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus> (Consultado 27.08.2018; 13:15)

²⁸ OMS. "Chikungunya" [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya> (Consultado 27.08.2018; 13:09)

Algunos ejemplos palpables son la crisis económica internacional del 2008 que derivó en recortes al presupuesto en salud; la crisis ecológica que ha derivado en importantes problemas de contaminación en el planeta y que enfatizan problemas crónicos en la salud de la humanidad; desastres naturales y el contradictorio cuadro de alimentación que la población de todo el mundo ha delineado con por una parte por el alto consumo calórico detrimento del gradual sedentarismo consecuencia del predominio de las actividades económicas del tercer sector, pero por otro, por los altos índices de desnutrición en otras partes del planeta.

Sumado a lo anterior, el reconocimiento de enfermedades neuro-psiquiátricas como la depresión en la agenda global de salud, conforman un paisaje importante de cuestiones en la salud que por sí mismas agudizan problemáticas en órdenes arriba señalados. Todos ellos, factores que merman el bienestar y la productividad, afectando el crecimiento de la economía en toda dimensión.²⁹

Cada uno de estos fenómenos han sido poco explorados y analizados por la riqueza interdisciplinaria de las RR.II. desde sus propios parámetros. Es decir, desde sus propias herramientas teórico-conceptuales que otorgan una visión holística de la complejidad del tema salud. No obstante, se ha acentuado la importancia de visibilizarlos e incluso algunos países han logrado priorizar tal tema en sus respectivas agendas de política exterior. Aunque la línea discursiva que predomina su abordaje está orientada a la seguridad internacional, recientemente se ha reorientado su impacto en el ámbito del desarrollo humano.

¿Se explica entonces este descuido de las RR.II hacia un área que se da por sentada exclusiva para la medicina y que poco pueden aportar los estudios científicos sociales? La respuesta es no.

En 1963, Michael Foucault publicó *El nacimiento de la clínica*, un libro que más allá de explorar la compleja relación presente en el cuerpo de la política y la institucionalización de la medicina, a través de una arqueología de la medicina clínica; advierte una relación entre las ciencias sociales y las de la salud, emparentadas desde su mismo nacimiento, pues las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que facilitaron el surgimiento de las ciencias del hombre.

²⁹ Asamblea Mundial de la Salud-OMS. Resolución WHA.65.4 “Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país”, 25 de mayo de 2012 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf?ua=1 (Consultado 26.08.2018; 19:04)

Señala Foucault en el capítulo dos sobre una conciencia política que: “Contagiosa o no, la epidemia tiene una especie de individualidad histórica. De ahí la necesidad de utilizar con ella un método complejo de observación. Fenómeno colectivo, exige una mirada múltiple; proceso único, es preciso describirla en lo que tiene de singular, de accidental, de inesperado”.³⁰ Además recupera tesis imprescindibles del médico y legislador francés François Xavier Lanthenas (1754-1799), reiterando la necesaria vinculación de la medicina institucionalizada con la política:

- La primera tarea del médico es, por consiguiente, política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos: el hombre no estará total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado.³¹ “¿Quién deberá denunciar por lo tanto al género humano a los tiranos, si no son los médicos que hacen del hombre su estudio único y que todos los días en casa del pobre y del rico, en casa del ciudadano y del más poderoso, bajo la choza y las moradas suntuosas, contemplan las miserias humanas que no tienen otro origen que la tiranía y la esclavitud?”³²
- “Si sabe ser políticamente eficaz, la medicina no será ya medicamento indispensable. Y en una sociedad al fin libre, donde las desigualdades estén apaciguadas y donde reine la concordia, el médico no tendrá ya que desempeñar sino un papel transitorio: dar al legislador y al ciudadano consejos para el equilibrio del corazón y del cuerpo. No habrá ya necesidad de academias ni de hospitales [...]”³³
- “La medicina no debe ser sólo el ‘corpus’ de las técnicas de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del ‘hombre saludable’, es decir, a la vez una experiencia del ‘hombre no enfermo’, y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para

³⁰ Michael Foucault. *El Nacimiento de la Clínica*, 20 ed., Siglo XXI, México 2001, p. 46.

³¹ *Ibidem*, p. 59.

³² François Lanthenas, *De l'influence de la liberté, sur la santé, la morale, et le bonheur*, París, 1792, p. 8. [en línea] URL: <https://archive.org/details/delinfluence00unse> (Consultado 25.09.2018; 09:43)

³³ Michael Foucault, *Op. Cit.*, p. 59-60.

regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive. Se sitúa en esta zona marginal pero, para el hombre moderno, soberana, en la cual una cierta felicidad orgánica, lisa, sin pasión y musculosa, comunica en pleno derecho con el orden de una nación el vigor de sus ejércitos, la fecundidad de su pueblo y la marcha paciente de su trabajo”.³⁴

Al final, Foucault sentencia que Lanthenas, ha dado de la medicina una definición breve, pero en la que pesa toda una historia: “Al fin, la medicina será lo que debe ser, el conocimiento del hombre natural y social”.³⁵

Anteriormente, a mediados del siglo XVI, el médico inglés William Petty (1623-1687) sostenía que la estructura demográfica, los factores sociales, económicos y culturales estaban en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud.³⁶

Otro elemento aportado por el doctor John Ryle (1889-1950), y citado por John A. Hayward, médico historiador, se refiere al hecho de que las ciencias y la técnica han llegado a dominar a la medicina, “excluyendo a la ciencia más importante de todas, la ciencia del conocimiento del hombre y a la técnica más importante de todas, la técnica de la comprensión”.³⁷

En esta línea, Hayward postula que los médicos son los profesionales que mejor conocen los diversos desórdenes funcionales y las enfermedades orgánicas que tienen su origen en las deficiencias sociales, pero cuyas causas no les ha sido posible corregir, “porque su formación en las facultades ha estado dirigida al tratamiento de las enfermedades cuando éstas ya han sido declaradas, más bien que evitar que sigan brotando de las fuentes situadas fuera del alcance de los servicios de salubridad pública”.³⁸

Tales expresiones, constituyeron esfuerzos hacia la creación de la medicina social, originada en Francia en 1848. De acuerdo con Guillermo Fajardo Ortiz, profesor de Salud

³⁴ *Ibidem*, p. 61.

³⁵ François Lanthenas, *Op. Cit.*, p. 18.

³⁶ José Vitalino Echeverri Hernández. “Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud” en *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*. Universidad de Antioquia: Colombia, Vol. 2, núm. 4, 2010, p. 48.

³⁷ John Arthur Hayward. *Historia de la Medicina*. Fondo de Cultura Económica (FCE), México, 1993, p. 76.

³⁸ *Ídem*.

Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, “fue en Francia y Bélgica en la década de los años treinta del siglo XX donde empezó a precisarse el concepto de medicina social”.³⁹

El Dr. Fajardo apunta que uno de sus promotores fue René Sand (1877-1953), egresado de la Universidad Libre de Bruselas, quien había conocido de cerca los problemas médico-sociales de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

En su obra, *Vers la Medicine Sociale*, Sand la definió de la siguiente manera: “la medicina social es el arte de prevenir y curar, considerando sus bases científicas, así como sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que vinculan la salud de los hombres a dichas condiciones”.⁴⁰

Añade el Dr. Fajardo que “la medicina social integra los campos biológicos y sociológicos con los procesos históricos y ecológicos, considera que la salud individual y colectiva es resultado de las condiciones sociales, que se vinculan con las dinámicas biológicas en cada nivel temporo-espacial, desde los nanosegundos a los milenios y desde lo genético-molecular y cito genético a lo global, lo mundial”.⁴¹

Señala en este sentido el Dr. David Tejada de Rivero⁴², exministro de salud de Perú, que aunque la medicina es una disciplina muy importante, cubre sólo una pequeña parcela de un conjunto, más amplio, diverso y complejo de factores que condicionan la salud individual y colectiva.⁴³

Considera el Dr. Tejada, que debe asumirse que “la salud es, por lo tanto, un fenómeno social de causas múltiples, complejas e interrelacionadas, que escapan al control directo de un sector”.⁴⁴ Ciertamente, “son diversas las publicaciones que han dado cuenta de las ventajas que supone incorporar los aportes de las Ciencias Sociales al estudio de los

³⁹ Guillermo Fajardo Ortiz, “La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?” en *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, Vol. 47, núm. 6, 2004, p. 256.

⁴⁰ *Ídem*.

⁴¹ *Ibidem*, p. 257.

⁴² También Subdirector de la OMS en 1974 y en 1978 Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (URSS) OMS/UNICEF. Reconocido con la distinción Héroe de la Salud Pública de las Américas.

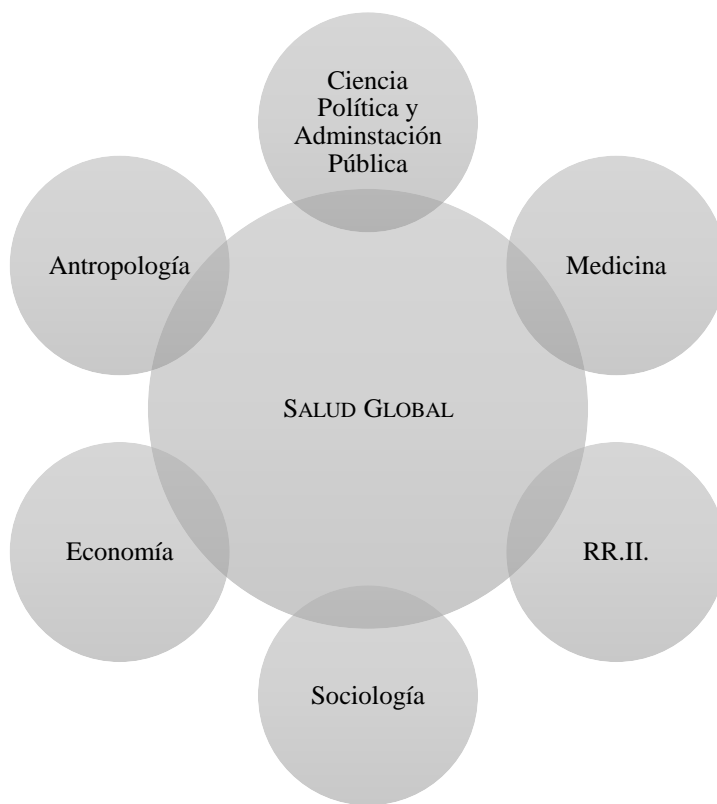
⁴³ David A. Tejada de Rivero. “Teoría y Práctica de la Salud Pública en el contexto de las crisis actuales en América Latina. Algunos conceptos para una unidad de doctrina en la definición del tema”, p. 3 [en línea] URL: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/08/La-teoria-y-la-practica-en-la-salud-David-Tejada-de-Rivero.pdf> (Consultado 09.02.2018; 01:03)

⁴⁴ *Ídem*.

fenómenos de la salud y la enfermedad, así como de las dificultades que este proceso de integración ha presentado”.⁴⁵

Además, debe considerarse simultáneamente que la salud es “un proceso fundamentalmente político porque su cuidado (en el sentido más amplio de la palabra y no en el restrictivamente médico) requiere de decisiones generales de gobierno que incluyan a todos los sectores [...] y que envuelvan al Estado, el sector privado, la sociedad civil y la propia población”.⁴⁶

En este sentido y partiendo de una clasificación arbitraria en la academia en la que se asume a las RR.II. como un campo específico de lo científico social (ver Esquema 1.1), justificar la relevancia que imprime la salud evidencia en sí misma un sesgo que aún no se supera por completo desde la creación del corpus académico de nuestra disciplina.



Esquema 1.1: La Salud, centro de diálogos interdisciplinarios

⁴⁵ José Vitalino Echeverri Hernández. *Op. Cit.*

⁴⁶ *Ídem.*

Académicos han pugnado por hacer énfasis en la materia, por ejemplo, Fernando Lolas Stepke, profesor del Instituto de Estudios Internacionales de la Universidad de Chile, quien sostiene que en Latinoamérica se presenta un amplio laboratorio de Ciencias Sociales en la cual es posible examinar la hipótesis de que la salud es más que biomedicina institucionalizada, de acuerdo a los cánones de los países desarrollados.⁴⁷

Es interesante observar que la preocupación de otras ciencias sociales abordan la salud como un problema si no central, sí de un carácter sumamente importante.

Así la Sociología Médica o también denominada Sociología de la Salud, cuestiona el valor que se da a esta en el ejercicio social; incluso se atreve a confrontar desafíos epistémicos en los que “deberá definirse qué grado de autonomía y qué tipo de relación tiene la esfera de la salud con la totalidad social y/o con cada una de sus partes”;⁴⁸ y también “cómo han influido las diferentes corrientes sociológicas en las investigaciones y acciones de la salud”.⁴⁹

Se destaca el hecho de que otros campos como la Antropología Médica desde 1963 “de etiqueta identificativa para la investigación empírica y la producción de teoría por parte de los antropólogos sobre los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia relacionados con ella”.⁵⁰ La Antropología Médica busca además entender “cada cultura y cómo en cada tipo de sociedad las personas buscan un equilibrio emocional y un modo de vida saludable y cómo esta puede ser un instrumento de poder”.⁵¹

Asimismo, se articula un argumento en el que se confronta “la salud como una conquista o como un derecho, un camino de equilibrios entre lo social y lo individual”.⁵²

⁴⁷ Fernando Lolas Stepke. *Bioética en América Latina. Una década de evolución*. Programa de Bioética. Universidad de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética; OPS/OMS: Chile, 2010; pp. 184 (Monografías de Acta Bioethica, núm. 4.) [en línea] URL: http://www.uchile.cl/documentos/version-en-pdf_76704_1_5937.pdf (Consultado 02.08.2017; 09:52)

⁴⁸ Nereida Rojo Pérez y Rosario García. “Sociología y Salud. Reflexiones para la acción” en *Revista Cubana Salud Pública*, Escuela Nacional de Salud Pública “Carlos J. Finlay”, Vol. 26, núm. 2, 2000, p. 2 [en línea] URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_2_00/spu03200.pdf (Consultado 26.01.2018; 21:31)

⁴⁹ *Ídem*.

⁵⁰ Consorcio Universitario Euroamericano (CUE). Máster en Antropología Médica, MAN [en línea] URL: https://www.emagister.com.mx/maestria/master_antropologia_medica_man-courses-es-3167042.htm (Consultado 28.01.2018; 20:31)

⁵¹ Red Social de Promoción de la Salud “A pie de Barrio (ApB)”. “Antropología de la Salud” [en línea] URL: http://www.cmpa.es/v_juventud/apartados/apartado.asp?te=5439 (Consultado 26.01.2018; 23:53)

⁵² *Ídem*.

En el caso de la Ciencia Política y la Administración Pública se ofrecen ejemplos ilustrativos sobre los debates generados en el cuadro de los recursos sobre la salud o la enfermedad y de los sistemas de salud, como de la generación, diseño e implementación de políticas públicas adecuadas.

Otros campos como la Demografía, la Ecología y Geografía junto a la Economía de la Salud, también han aportado un bagaje extraordinario en torno a la salud.

Empero, en RR.II. pocos son los estudios que abordan tal cuestión. Como es sabido, históricamente se han definido en la génesis tradicional de operar como una ciencia desde la cuestión del binomio paz-guerra y siendo “la esperanza ferviente de evitar otra confrontación militar a escala internacional”.⁵³

A pesar de ello, la apertura hacia nuevos temas que conciernen a los Estados en este siglo, parece ser que acelera a un ritmo alentador. Por ejemplo, es latente el amplio abanico de temáticas que giran alrededor del medio ambiente, la pobreza, la cultura, y en general a temas que la promoción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000), hoy Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han permeado en la sociedad internacional.

Señala Luis Eliseo Velásquez, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía que “la complejidad del tema ‘salud como asunto internacional’ requiere instrumentos y métodos de análisis que vayan más allá de los que tradicionalmente se aplican al estudio de fenómenos de salud-enfermedad a nivel local”.⁵⁴

Tal como lo indica la Dra. Graciela Arroyo Pichardo, “el mundo vive un cambio de época. Este cambio de época tiene repercusiones en todos los campos de la vida, la sociedad y el conocimiento y obedece a una serie de procesos que entrelazados han transformado las formas de relación, de comunicación, de pensar e incluso las formas de sentir y en general las formas de vivir”.⁵⁵ Se trata de “una transformación social y humana”⁵⁶ que nos está llevando a una nueva “estructura cultural”.⁵⁷

⁵³ José Ricardo Villanueva Lira. “1919: ¿La fundación de la disciplina de Relaciones Internacionales?” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 125, mayo-agosto de 2016, p. 15.

⁵⁴ Luis Eliseo Velásquez. *Salud y Relaciones Internacionales: Elementos para la discusión*. 2008 [en línea] URL: <https://ssi.campusvirtualesp.org/files/2008/.../relacionesinternacionalesysalud0810081.doc> (Consultado 18.05.2017; 12:24)

⁵⁵ Graciela Arroyo Pichardo. “Las relaciones internacionales del siglo XXI. Un nuevo paradigma metodológico para su estudio” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 100, 2008; p. 12.

⁵⁶ *Ídem*.

⁵⁷ *Ídem*.

Acertadamente la Dra. Arroyo agrega que “como parte de estos cambios, la praxis de las relaciones internacionales también se ha modificado y sus estudio requiere de nuevas formas de aproximación a los procesos y ‘actores’ que ahora las caracterizan y conforman”.⁵⁸

Asimismo, apunta que el reto actual consiste en “generar ideas más congruentes con los tiempos y las múltiples realidades actuales, a fin de lograr otras formas de entendimiento y comprensión, acordes con esta ‘nueva época’, que por momentos aparenta ser el fin de los tiempos, por la inconmensurabilidad de los problemas que envuelven al mundo”.⁵⁹

Entonces, vale la pena reflexionar sobre qué clase de disciplina es RR.II. actualmente, ¿cuál es su naturaleza y su carácter dentro del estado actual del conocimiento, en general, y en particular de las Ciencias Sociales y la salud?

Siendo más específicos: qué clase de RR.II. operan y se construyen en México partiendo de la idea de Hugo Zemelman, sociólogo y epistemólogo latinoamericano; al mencionar que “el Norte piensa y nosotros, el Sur, asumimos que tal pensamiento es verdadero y que sólo nos corresponde aplicarlo”.⁶⁰

Actualmente, es apreciable la divergencia entre los Estados que han primado la salud en su política interna y exterior. Si pudiésemos examinar la conjunción de los sistemas de salud alrededor del mundo, encontraríamos que países como Islandia, Suecia y Singapur; sólo por mencionar algunos, establecerían una brecha enorme en comparación de Somalia o la República Centro Africana.⁶¹

Sin embargo, pueden incluso apreciarse casos como el de Suecia, que atraviesa por un problemático panorama caracterizado por altos niveles de violencia, incluso, lamentablemente de carácter sexual a causa de la ola de inmigración musulmana dada principalmente entre 2015-2016 y originada por el carácter excepcional de la Guerra Siria, sumada a la capacidad de logística e integración del gobierno sueco, que se ha visto superada.⁶²

⁵⁸ *Ibidem*, p. 13.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 14.

⁶⁰ Marcela Gómez Sollano y Hugo Zemelman. *Conocimiento social. El desafío de las Ciencias Sociales*, Editorial Pax-México, México, 2005, p. 34.

⁶¹ The Lancet. “Highest, median and lowest SDG index scores for 2015” [en línea] URL: <http://www.thelancet.com/infographics/sdg> (Consultado 02.08.2017; 10:31)

⁶² Manuel Salvatorre. “La incapacidad sueca para controlar las violaciones: ‘Estamos desbordados’” en *La Gaceta*, sección “Europa”, 4 de septiembre de 2017 [en línea] URL: <https://gaceta.es/europa/un-video->

Tal fenómeno evidencia la necesidad de vincular la salud ante fenómenos exógenos como la inmigración y que repercuten en la población. En el capítulo cuatro se dará cuenta de esto en el caso de nuestro país.

Se cita en reiteradas ocasiones la definición de lo que es salud y que la OMS estableció en su Constitución, sin embargo ¿la realidad de los Estados refleja un entendimiento íntegro de la definición y la traducen a su vez en adecuadas políticas públicas y en sus respectivas agendas de política exterior?

Más allá de esta definición que versa como si de una máxima se tratase, en la que se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”;⁶³ también es importante apuntar que tal conceptualización es producto de un consenso entre los países miembros de la Organización, producto de arduas negociaciones que hasta nuestros días ha asegurado una coordenada en el conocimiento y que ha superado el tiempo y espacio. Una definición compleja y que adquiere dimensiones controversiales por supuesto y que motiva a pensar si realmente es posible un estado completo de bienestar en la vida de un ser humano.

Tal como alude el médico y político argentino Carlos Javier Regazzoni: “(...) la salud de las personas y las sociedades ya no queda condicionada por fuerzas exclusivamente domésticas (es decir nacionales), sino que hay un nivel planetario para su determinación”.⁶⁴

El Dr. José Antonio Pagés, representante de la OPS/OMS en Chile (2011-2013), advierte que “estamos atravesando un momento histórico donde se redefine una nueva alianza mundial para el desarrollo. Los modelos de desarrollo de cada país no pueden obviar la existencia de otras experiencias en curso que han tenido aciertos y desaciertos”.⁶⁵

Asimismo, “la inclusión de la salud en los pactos globales para una nueva agenda de desarrollo requiere una combinación de esfuerzos bien articulados, entre los sectores de salud y servicio exterior”.⁶⁶ Por lo tanto, resulta necesario identificar el campo de la salud desde

muestra-la-incapacidad-de-las-autoridades-suecas-para-controlar-la-oleada-de-violaciones-20170904-1118/ (Consultado 09.02.2018; 22:35)

⁶³ OMS. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, 1948 [en línea] URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (Consultado 02.08.2017; 19:43)

⁶⁴ Carlos Javier Regazzoni. *La Política de la Salud Global: agenda, actores y perspectivas*. Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales (CARI), Buenos Aires, 2007, p. 3.

⁶⁵ José Antonio Pagés. “Diplomacia en Salud Global: un reto para la nueva agenda de desarrollo” en *Revista Chilena Salud de Pública*, Vol. 17, núm. 2, 2013, p. 167.

⁶⁶ *Ídem*.

nuestra disciplina en diferentes variantes para comprender que no debe desestimarse su relevancia en el presente siglo.

El académico en salud internacional, Luis Eliseo Velásquez, revela que ambos campos “se encuentran en una fase de estructuración conceptual, sometidos ambos a grandes debates y a la generación y cambio de diferentes paradigmas, con varios grados de contradicción entre ellos”.⁶⁷

Es apreciable que el espectro económico es uno de los nichos que con frecuencia disocian a la salud. Entonces, “cuando se negocian aisladamente de otros temas económicos, los temas de salud enfrentan los prejuicios de las autoridades que median en la integración económica”.⁶⁸ Es decir, la salud, con frecuencia, pasa a ser descartada como un tema social que puede ser enfrentado en otro momento.

Tal como anota el político y docente italiano Giovanni Berlinguer, resulta “paradójico que en tanto que se globalizan las finanzas, la información simultánea, la migración de pueblos, los traslados de mercancías, los sistemas de poder, la producción, el consumo y el trabajo humano, se pase por alto un bien esencial como la salud, o se haya deteriorado por una ‘globalización unilateral e invasiva’”.⁶⁹

Es clara, entonces, la necesidad y “la urgencia de continuar construyendo un pensamiento y una actuación de la salud cada vez más insertada en el marco de las relaciones internacionales en todos los ámbitos posibles en el cual se da este relacionamiento: binacional, sub-regional, regional, conjuntos *ad-hoc* de países y global”.⁷⁰

Por ello, la fuerza que ha cobrado desde los albores de este siglo la DSG como campo de estudio y formación, parte del panorama que materialmente se manifiesta en el mundo contemporáneo, sin considerar el bagaje histórico que precede al siglo XXI, amplio y asociado concretamente al estudio mismo de la salud y las implicaciones en las relaciones entre los Estados.

⁶⁷ Luis Eliseo Velásquez. *Op. Cit.*, p. 3.

⁶⁸ Ulysses B. Panisset. “Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional” en OPS/OMS. *Salud internacional: un debate Norte-Sur*. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. OPS/OMS, Washington D.C., 1992, pp. 262.

⁶⁹ Giovanni Berlinguer. “Globalización, Estado y Salud” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquia. Vol. 24, número especial, Medellín, 2006, p. 9.

⁷⁰ Luis Eliseo Velásquez. *Op. Cit.*, p. 4.

Hoy más que nunca se debe promover la relación entre la salud y las relaciones internacionales y su impulso como una finalidad global. Será necesario consolidar la DSG como una herramienta no sólo política sino también académica para armonizar y afrontar espacios complejos como lo son la salud y las RR.II. Además de considerarlo como un bien público a favor del cual hay que “actuar de manera explícita y programada con políticas adecuadas, justamente porque una globalización diferente podría responder a muchas exigencias del presente y del futuro humano”.⁷¹

La instrumentalización de la DSG se ha perfilado como un dispositivo que aporta una línea de análisis que logra armonizar la política exterior y la salud. Su ponderación en las agendas de política exterior incluso ha resultado exitosa y ello ha permitido que países como Estados Unidos, Japón, Noruega, Reino Unido, Suiza, y la Unión Europea, hayan diseñado estrategias explícitas de política exterior para orientar acciones en la salud global.⁷²

En 2015, Ole Petter Ottersen, rector de la Universidad de Oslo, en el marco de una conferencia magistral ofrecida en la CEPAL en Santiago, Chile, indicaba que “las inaceptables desigualdades en salud dentro y entre países no pueden ser abordadas por medidas técnicas o sólo nacionales al interior del propio sector, sino que requieren soluciones políticas globales”.⁷³ El Dr. Ottersen señaló que “no debemos considerar más a la salud sólo como un asunto técnico biomédico, sino que debemos reconocer la necesidad de una acción y justicia globales intersectoriales en nuestros esfuerzos por combatir la inequidad en la salud”.⁷⁴

¿En qué sentido? En referencia a una globalización enfocada en la seguridad humana, sustentabilidad y sostenibilidad. En 2008, la entonces Directora General de la OMS, la Dra. Margaret Chan señalaba que “vivimos en un mundo lleno de “crisis”: financiera, migratoria, de seguridad, ambiental, energética, humanitaria, etc. Esta realidad se desentiende de los continuos progresos y las prometedoras tendencias perfiladas desde el comienzo del presente

⁷¹ *Ídem.*

⁷² The Global Health Diplomacy Network (GHD-NET). *National Strategies* [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/health-diplomacy-action/national-strategies> (Consultado 21.03.2018; 17:23)

⁷³ CEPAL. Desarrollo Social. “Desigualdad en salud requiere una nueva gobernanza política global”, Comunicado de Prensa, 23 de marzo de 2015 [en línea] URL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/desigualdad-en-salud-requiere-una-nueva-gobernanza-politica-global> (Consultado 30.01.2018; 22:40)

⁷⁴ *Ídem.*

siglo”.⁷⁵ Tendencias y realidades que nos muestran las dos caras de la globalización: una parte positiva y otra parte negativa... ¿por cuál deseamos abogar nosotros?

Si bien se aboga por la inclusión de la salud a la política exterior, ¿existen argumentos que sostengan la misma?, ¿desde qué perspectivas de RR.II puede abordarse el estudio de la salud? A continuación, se abordarán algunas de las más representativas y agrupadas en el común denominador de la Teoría Liberal en RR.II., misma que ofrece un marco comprehensivo de ambos espacios, que a su vez se encuentran en la DSG y la han logrado alentar.

1.3. La salud desde la Teoría Liberal de las Relaciones Internacionales

Como es sabido, el liberalismo ha constituido uno de los dos grandes cuerpos teóricos de las RR.II. junto al realismo.

No obstante, se vuelve necesario precisar que el liberalismo cuenta con diversas aristas cuyo origen está ligado a la filosofía de John Locke, médico y filósofo inglés, y que a su vez permiten explicar la expresión material de la DSG, que inscrita en este modelo teórico, se puede explicar en tanto ésta representa en esencia, un ejercicio de cooperación que involucra diversos agentes del escenario global, a favor de los dos elementos antes señalados por la OMS.

Tal como se señala en el Marco Teórico de la presente investigación, la Teoría Liberal de las RR.II. constituye la brújula en el mapa de la DSG. Pero, ¿por qué explicar el fenómeno de la salud bajo esta premisa y por ende, el ejercicio de la DSG? A partir de tal perspectiva puede comprenderse de forma más acertada el contexto en el que se desenvuelve la DSG, sumado a que los postulados liberales son tradicionalmente la inspiración del actual modelo neoliberal en el que nos desarrollamos (ver Esquema 1.2).

Históricamente, la introducción de la salud desde la noción liberal se asienta dentro de lo que en 1950 el sociólogo inglés, Thomas Marshall considera el elemento social de la

⁷⁵ Margaret Chan. Diplomacia sanitaria mundial: negociar la salud en el siglo XXI [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081021/es/> (Consultado 21.03.2018; 21:29)

ciudadanía.⁷⁶ Sin embargo, es preciso mencionar que México fue el primer país en incorporar en su Carta Magna, tal disposición en 1917.

El derecho a la salud ha sido objeto de fuertes debates, al igual que los Derechos Humanos (DD.HH., en adelante). Desde distintas posiciones éticas y desde distintas teorías de la justicia se ha intentado estimar su alcance o directamente de justificar su supresión.⁷⁷

En esta línea, la investigadora en salud pública de la Universidad Brasilia, Yamila Comes, señala acertadamente que “[...] en la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al estatus que debiera otorgársele al derecho a la salud. Los autores liberales más radicales lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo tanto, desde esta perspectiva, la obligación del Estado debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar la salud del individuo”.⁷⁸



Esquema 1.2: Dimensiones de la Salud Global desde el Liberalismo Internacional

⁷⁶ Universitat de Barcelona. Temario de la Asignatura “Ciudadanía y Género en la Europa Contemporánea” [en línea] URL: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/bienestar/introduccion/marshall.htm> (Consultado 03.07.2017; 08:58)

⁷⁷ Yamila Comes. “El Concepto de Derecho a la Salud. Desde la perspectiva Liberal Y Neoliberal: de negación a restricción del Derecho” en *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Argentina [en línea] URL: http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=138278 (Consultado: 21.03.2017; 15:45)

⁷⁸ *Ídem*.

A pesar de que el neoliberalismo ha mercantilizado la salud, este modelo también ha logrado vincular oportunidades para posicionarla en el escenario internacional. Mencionar todos los argumentos antropocéntricos que amparan la salud en el nivel sistémico, estatal e individual, implicaría un ejercicio aún más exhaustivo, por lo tanto se mencionarán aquéllos que han tenido una relevancia inicial.

1.4. La salud como componente del desarrollo humano. Una visión desde la Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) y la Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD)

En los años noventa, un economista pakistaní, Mahbub ul Haq, generó una iniciativa que encontraba la necesidad de cuantificar y cualificar entre otros indicadores, el nivel que los Estados del sistema de la ONU brindaban a la población en términos de salud.

Sumamente inspirado por su relación con Amartya Sen, (reconocido filósofo y economista indio, precursor de la inclusión del desarrollo humano) este indicador ha permitido comprender que el componente salud opera como un eje fundamental en la construcción del desarrollo humano.

Bajo esta premisa, se entiende que tal variable no debe ser desestimada por los países en tanto se ocupen de otros factores interrelacionados en determinantes sociales de la salud como el nivel de ingreso, educación, entre otros.

Gracias a esta agenda que logró formalizarse en el Informe del Índice de Desarrollo Humano (IDH), la dinámica de la CID ha incentivado mecanismos cada vez más virtuosos, involucrando más a otros participantes en diferentes plataformas así como niveles de intervención.

Tal dicotomía, se ve reflejada tanto en Amartya Sen como Martha Nussbaum, quienes incluyen la asistencia en salud como un requisito de justicia social, pero el problema surge en la compatibilidad de estos enfoques con los principios neoliberales; es decir, el reto consiste actualmente en hacer compatibles los mecanismos del mercado con las exigencias de la justicia social.⁷⁹ Ejemplo de ello es la instrumentalización del Producto Interno Bruto (PIB) para monitorear nuestro desempeño económico y nuestro progreso social, y que

⁷⁹ Alba Lucía Vélez Arango. "La Protección de la Salud en la Filosofía Liberal" en *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 15, núm. 1, 2010, p. 75.

concluyen Joseph Stiglitz, Amartya Sen y Jean-Paul Fitoussi, “es una medida inadecuada de nuestro bienestar general”.⁸⁰

Actualmente, la CID está logrando equilibrar ambas fuerzas. Tal como señala el Dr. Pedro E. Brito: “A partir de 1993 la cooperación internacional en salud empezó a cambiar en varios sentidos. Se convirtió en una fuerza financiadora muy importante, con eje en organismos como los denominados Bancos de Desarrollo”.⁸¹ Agrega que “a partir del 2000 esa capacidad financiera se disparó hacia niveles nunca antes vistos”.⁸²

El Dr. Brito apunta que tal configuración fue gradual logrando perfilar “una nueva arquitectura institucional, estableciéndose una gobernanza que reemplazó en las decisiones de política global a los gobiernos de los Estados Miembros del Sistema Multilateral, por una gama Institucional Público-Privada”.⁸³

Esta nueva correlación de fuerzas, de manera paulatina, habría de establecerse como una estructura política y técnica dominante, basada en la fuerza del factor financiero, aspecto que se aborda en el capítulo dos, en el ámbito de la financiación y la relevancia que imprime en la DSG.

Hoy en día “la cooperación internacional para el desarrollo es el esfuerzo conjunto de gobiernos, apoyado por el dinamismo de organismos internacionales, sociedad civil, academia y sector privado, para promover acciones que contribuyan al desarrollo sostenible y a mejorar el nivel de vida de la población mundial a través de la transferencia, recepción e intercambio de información, conocimientos, tecnología, experiencias y recursos”.⁸⁴

1.5. La salud y su transición en el proyecto de la ONU: de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En 2015 atravesamos un momento histórico donde se redefinió una nueva alianza mundial para el desarrollo. La construcción de una plataforma política, tal vez, la más importante y

⁸⁰ Joseph E. Stiglitz, Amartya Sen y Jean-Paul Fitoussi. *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*. The New Press, New York, 2010, pp. 176.

⁸¹ Pedro E. Brito. “La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global” en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 40, núm. 1, 2014, p. 111.

⁸² *Ídem*.

⁸³ *Ídem*.

⁸⁴ AMEXCID. ¿Qué es la cooperación internacional para el desarrollo? [en línea] URL: <https://www.gob.mx/amexcid/acciones-y-programas/que-es-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo-29339> (Consultado 28.03.2018; 21:39)

que coloca el tema de la salud en el nivel global, es el proyecto de los ODS (2015) de la ONU.

Su antecedente, los ODM (2000), si bien diseñaron mecanismos en contra de problemáticas específicas como el hambre (Objetivo 1); reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (Objetivo 4); mejorar la salud materna (Objetivo 5); combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (Objetivo 6) y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (Objetivo 7); en 2015 se reconfiguraron nuevos objetivos con nuevas metas y trazando mayores mecanismos como indicadores especializados y definidos para lograr el mejor éxito posible para su cumplimiento.

El renovado proyecto de los ODS, consolidó 17 nuevos objetivos, siendo el Objetivo 3 “Salud y Bienestar” (ODS3), determinado para el campo de la salud en todos sus niveles (ver Anexo I).⁸⁵

Una nueva configuración sobre el enfoque que contiene el ODS3 y que lo diferencia de sus antecesores es “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades para la construcción de sociedades prósperas”.⁸⁶

Como puede apreciarse se trata de un proyecto incluso más ambicioso en este nivel, que requiere para su cumplimiento de la cooperación entre todos los países a través de OO.II., gobiernos, el sector privado, y la sociedad civil.

Al respecto, la Dra. Rebecka Villanueva, sentencia acertadamente que en el marco de esta nueva agenda de desarrollo: “lo que se propone es alcanzar una cooperación universal desde la cual podamos vislumbrar una salida a la evidente y manifiesta crisis económica actual, con sus consecuencias sociales y políticas, pero, mejor aún, tener un mapa de navegación del desarrollo que necesitamos a futuro, de cara a los enormes retos que enfrentamos como humanidad”.⁸⁷ Entre ellos, la salud.

⁸⁵ ONU. “Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” [en línea] URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (Consultado 04.09.2017; 10:29)

⁸⁶ *Ídem*.

⁸⁷ Rebecka Villanueva Ulfgard. Introducción: “La agenda de desarrollo para después de 2015: hacia un nuevo contrato social global para México” en *Revista Mexicana de Política N°103 “México y la agenda de desarrollo para después de 2015*, Instituto Matías Romero/SRE: Ciudad de México, 2015, p. 16.

La consolidación de esta plataforma ha logrado orientar mejores rendimientos respecto al ejercicio y dirección de la DSG y que han marcado pautas importantes hacia la construcción de un tejido en la materia. Algunos ejemplos serán abordados en los capítulos dos y tres.

1.6. La salud desde el discurso de Derechos Humanos (DD.HH.)

En este contexto se hace necesario señalar la salud como un derecho humano que posee diversas aristas que merecen la pena ser analizadas.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada el 10 de diciembre de 1948, aunque representa la culminación de un esfuerzo histórico por velar jurídicamente por la integridad y bienestar de los seres humanos, también coincide con la creación de la OMS el 7 de abril del mismo año.

La disputa que se gestó durante la Guerra Fría (1945-1989) cuestionaba el marco de las prioridades que poseían los dos bloques antagónicos y que se vieron cristalizados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, en inglés)⁸⁸ de corte capitalista y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, en inglés)⁸⁹ con una tendencia socialista.

En el primero, la salud se localizaba en torno a las premisas de la seguridad nacional, la seguridad pública o del orden público. Visión que contrarrestaban los postulados antropocéntricos de la segunda propuesta, donde explícitamente en su artículo 12, se puede encontrar:⁹⁰

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

⁸⁸ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. En vigor desde 23 de marzo de 1976.

⁸⁹ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966. En vigor desde el 3 de enero de 1976.

⁹⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976 [en línea] URL: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consultado 10.08.2017; 10:51)

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños,
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente,
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas,
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Así también, se incluye en el artículo 10 del ICESCR, la necesidad de reconocer la familia como núcleo social dando especial atención a las madres durante su período de embarazo ofreciendo garantías laborales. Y por otra parte a los niños y adolescentes, a los cuales se debe velar contra la explotación económica y social, penando su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud.

Asumiendo que la Declaración “es considerada generalmente el fundamento de las normas internacionales sobre derechos humanos”,⁹¹ se puede apreciar también el involucramiento del tema de la salud en los diez principales instrumentos internacionales de DD.HH.⁹², por ello es necesario anotar que tal alcance eleva aún más la necesidad de que los responsables de negociar tales instrumentos lo hagan asumiendo el extenso bagaje que en la materia subyace para con la salud.

También en este sentido, es importante señalar que la OMS, pudo legitimarse en este cambiante contexto y dejar un legado aún vigente, sin mencionar la inclusión del factor salud en el Examen Periódico Universal (EPU) del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (UNHRC, en inglés).

⁹¹ ONU. La Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 [en línea] URL: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (Consultado: 21.03.2017; 14:52)

⁹² A saber: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares; la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas; la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad;

1.7. La salud como componente económico

Circunscrita en la tradición liberal de corte económico, la salud también se entiende bajo la premisa neoliberal de apropiación, eficiencia y eficacia.

De hecho, los principios neoliberales están presentes en la trayectoria constitutiva de los instrumentos jurídicos de la Cooperación Eficaz al Desarrollo, destacando la Declaración de París de 2005 que en el marco del 2^{do} Foro de Alto Nivel sobre la Eficiencia de la Ayuda, se establecieron los cinco principios para la eficacia de la cooperación: apropiación, alineación, armonización, responsabilidad mutua y enfoque en resultados; compromisos fundamentales de los países tanto del Norte como Sur Global.

Tal ha sido la relevancia que cobra la salud como un componente económico que la Economía de la Salud, como rama de la economía y campo de investigación ha proliferado en los últimos años.

En el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC, en adelante), esta ha llevado a cabo ejercicios conjuntos con la OMS, expresando el involucramiento en diversas áreas, por ejemplo sobre propiedad intelectual (especialmente en innovación y tecnologías médicas, sin olvidar patentes de productos farmacéuticos); normas sobre la inocuidad de los alimentos, la salud de los animales y la preservación de los vegetales [a través de la Comisión del Codex Alimentarius de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, en inglés) y la OMS]; obstáculos técnicos al comercio (OTC) y servicios sociales y salud (a través del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios, AGCS), mismos que figuran entre los que han sido objeto de menos compromisos.⁹³

Evidencia importante sobre el trabajo que ambas OO.II. han abordado es la publicación del estudio *Los acuerdos de la OMC y la salud pública* en 2002⁹⁴ y la modificación a las normas de la OMC relativas a la propiedad intelectual a fin de facilitar el acceso de los países pobres a medicamentos asequibles el 23 de enero de 2017.⁹⁵ Ambos esfuerzos revelan la

⁹³ OMC. *La OMC y la OMS* [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/wto_who_s.htm (Consultado 30.08.2018; 23:28)

⁹⁴ OMC/OMS. *Los acuerdos de la OMC y la salud pública*, 2002, pp. 195 [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf (Consultado 30.08.2018; 23:28)

⁹⁵ Consejo General/OMC. “Enmienda del Acuerdo sobre los ADPIC” [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/wtl641_s.htm (Consultado 30.08.2017; 23:50)

conciliación que puede existir al negociar adecuadamente en campos que podrían parecer distantes.

El estudio explica, además, la relación que los Acuerdos de la OMC guardan con diferentes aspectos de las políticas sanitarias. La finalidad del informe es proporcionar a quienes se encargan de formular, comunicar o debatir cuestiones de política relacionadas con el comercio y la salud una visión más completa de las cuestiones clave; abarcando esferas como los medicamentos y los derechos de propiedad intelectual, la inocuidad de los alimentos, el tabaco y muchas otras cuestiones que han sido objeto de un apasionado debate. Con este esfuerzo común, por cierto el primero en su género, la OMS y la Secretaría de la OMC han tratado de ofrecer una exposición de los hechos pertinentes.⁹⁶

La entonces Directora General de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, y el Director General de la OMC, Mike Moore, confirman en el prefacio que “hay mucho terreno común entre el comercio y la salud”,⁹⁷ aunque también lanzan el mensaje de que “los responsables de la política sanitaria y de la política comercial no pueden sino beneficiarse de una cooperación más estrecha para velar por la coherencia entre sus respectivas esferas de responsabilidad”.⁹⁸

Por otra parte, el Protocolo por el que se enmienda el Acuerdo sobre los ADPIC, adoptado por unanimidad por los Miembros de la OMC en 2005, da carácter permanente a un mecanismo encaminado a facilitar el acceso de los miembros más pobres de la OMC a medicamentos genéricos asequibles producidos en otros países entró en vigor el 23 de enero de 2017.⁹⁹

La enmienda confiere a los países en desarrollo y los países menos adelantados importadores con problemas de salud pública y sin capacidad para producir medicamentos genéricos la facultad de obtener esos medicamentos de productores de terceros países, en el marco de acuerdos de “licencias obligatorias”.

⁹⁶ OMC. *Los acuerdos de la OMC y la salud pública — un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC* [en línea] Dirección URL: https://www.wto.org/spanish/news_s/pres02_s/pr310_s.htm (Consultado 30.08.2017; 23:50)

⁹⁷ *Ídem.*

⁹⁸ *Ídem.*

⁹⁹ OMC. “Se modifican las normas de la OMC relativas a la propiedad intelectual a fin de facilitar el acceso de los países pobres a medicamentos asequibles” [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/news_s/news17_s/trip_23jan17_s.htm (Consultado 30.08.2017; 00:05)

Lo habitual es que los medicamentos producidos con arreglo a licencias de ese tipo solo se puedan suministrar en el mercado interno del país en el que se producen. Esta enmienda permite a los países exportadores otorgar licencias obligatorias a proveedores de medicamentos genéricos, con el fin exclusivamente de fabricar y exportar los medicamentos necesarios a países que carecen de capacidad de producción.¹⁰⁰

Otro ejercicio interesante y circunscrito en la perspectiva de mirar la salud como un componente económico y es el *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993* del Banco Mundial (BM), en el que una comisión de la prestigiada revista británica *The Lancet* reconsideró el argumento a favor de la inversión en salud y desarrolló un nuevo marco de inversión para lograr mejoras dramáticas en materia de salud para el año 2035, a través del *Informe Salud Global 2035*.¹⁰¹ Tal informe representa un nuevo y ambicioso marco de inversiones destinadas a cerrar esta brecha en los sistemas de salud en el transcurso de una generación.

Esta Comisión creada en 2013, estuvo conformada por 25 reconocidos especialistas en salud global, entre ellos el Dr. Julio Frenk, reconocido especialista mexicano en la materia.¹⁰²

El informe ofrece una guía para lograr mejoras radicales en la salud global a través de una gran convergencia en lo que respecta a las muertes por enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil y materna, una reducción pronunciada de la incidencia y las consecuencias de las Enfermedades No Transmisibles (ENT, en adelante) y las lesiones, así como la promesa de una cobertura de salud universal “en favor de los pobres”.¹⁰³

Además, pone de relieve los casos de los “4 países C” —Chile, China, Costa Rica y Cuba— que inicialmente presentaban niveles de ingresos y tasas de mortalidad similares a

¹⁰⁰ Ídem.

¹⁰¹ The Lancet Commission on Investing in Health. *Salud Global 2035: Un mundo convergiendo en el lapso de una generación*. Traducción del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría de Salud de México (en la traducción participaron Mariana Bercianos Bula y Baudelio Ramírez Loya), 2013; pp. 81 [en línea] URL: <http://www.globalhealth2035.org/sites/default/files/launch/global-health-2035-spanish.pdf> (Consultado 08.08.2017; 11:54)

¹⁰² The Lancet. The Lancet Commissions. *Global health 2035: a world converging within a generation*, Vol. 382, núm. 9908. 2013 [en línea] URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext) (Consultado 08.08.2017; 19:31)

¹⁰³ The Lancet Commission on Investing in Health. *Salud Global 2035: Un mundo convergiendo en el lapso de una generación*. Traducción del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría de Salud de México (en la traducción participaron Mariana Bercianos Bula y Baudelio Ramírez Loya), 2013; pp. 81 [en línea] URL: <http://www.globalhealth2035.org/sites/default/files/launch/global-health-2035-spanish.pdf> (Consultado 08.08.2017; 11:54)

los que tienen los países de ingresos bajos hoy, pero que lograron una disminución marcada de las muertes prevenibles para el año 2011. Estos “4 países C” actualmente se encuentran entre los países de ingresos medianos con los mejores resultados.

Asimismo, contiene cuatro mensajes clave, cada uno acompañado de oportunidades para los gobiernos nacionales de países de ingresos bajos y medios y para la comunidad internacional:

1. En primer lugar, invertir en salud acarrea enormes rendimientos económicos. Las impresionantes ganancias son un fuerte argumento a favor de un aumento en el financiamiento nacional de la salud y de asignar una mayor proporción de la Asistencia Oficial al Desarrollo de la salud.
2. En segundo lugar, en el modelo creado por la Comisión se encontró que es posible lograr para el año 2035 una gran convergencia en salud, consistente en la reducción de las tasas de mortalidad materna, infantil y por infecciones a niveles universalmente bajos. Tal convergencia requeriría la ampliación de las herramientas de salud existentes y un incremento agresivo de nuevas herramientas, y podría ser financiada en su mayor parte con recursos derivados del crecimiento económico esperado de los países de ingresos bajos y medios. La mejor manera en que la comunidad internacional puede apoyar la convergencia es financiando el desarrollo y suministro de nuevas tecnologías de salud y frenando la resistencia a los antibióticos.
3. En tercer lugar, las políticas fiscales (como los impuestos al tabaco y al alcohol) son una palanca poderosa y subutilizada que los gobiernos pueden emplear para detener el avance de las ENT y las lesiones, a la vez que elevan los ingresos públicos para la salud. La acción internacional sobre las ENT y lesiones debería enfocarse en proporcionar asistencia técnica sobre políticas fiscales, en cooperación regional para el combate al tabaquismo y en financiar investigación sobre políticas e implementación para ampliar las intervenciones que enfrenten estos problemas.
4. En cuarto lugar, la universalización progresiva [una vía hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) que incluya desde el comienzo a los pobres] es una manera eficiente de lograr la protección a la salud contra riesgos financieros. Para los gobiernos nacionales,

la universalización progresiva produciría elevadas ganancias en salud por cada dólar que se gaste en ésta, y los pobres serían quienes más ganarían en términos tanto de salud como de protección financiera. La mejor manera en que la comunidad internacional puede brindar apoyo a los países para implementar una CUS progresiva es financiando la investigación sobre políticas e implementación, por ejemplo, sobre la mecánica del diseño e instrumentación de la evolución del paquete de beneficios conforme crezca el presupuesto para las finanzas públicas.

Como es comprensible, la mayor parte de la responsabilidad para operar tales propuestas involucra un sólido panorama financiero así como una importante estructuración de política pública en la materia. Por ello, se reitera la relevancia que el eje financiero representa para una sólida estrategia en salud y que debe estar muy asociada con la dinámica diplomática de los países.

Entorno a los medicamentos, como factor en el tratamiento de enfermedades y como elemento activo en la economía de los países existe una cuestión sumamente importante: actualmente, hay dos problemas principales que ahora están limitando su acceso:¹⁰⁴

1. Uno de ellos es que son muy caros; o más bien, el precio asignado es demasiado alto, aunque el coste para producirlos sea de tan solo una fracción de ese precio.
2. El desarrollo de medicamentos está orientado a obtener el máximo beneficio económico, no social, lo que sesga los esfuerzos dirigidos al desarrollo de medicamentos que son esenciales para el bienestar de la humanidad.

Como los pobres disponen de poco dinero para gastar, las compañías de medicamentos, bajo las disposiciones actuales, tienen mínimos incentivos para realizar investigaciones sobre las enfermedades que padecen los pobres.

El ganador del premio Nobel de Economía en 2001, Joseph E. Stiglitz, señala ante tales desafíos que “a nivel global nuestro sistema de innovación necesita cambios más profundos,

¹⁰⁴ Joseph E. Stiglitz. “Una gran oportunidad para la salud global: Es esencial desvincular los incentivos a la I+D de los precios de los medicamentos” en *El País*, Opinión, 26 de mayo de 2012 [en línea] URL: http://economia.elpais.com/economia/2012/05/25/actualidad/1337956626_236385.html (Consultado 10.08.2017; 12:19)

por ello los intentos de la OMS para fomentar reformas sustanciales a nivel internacional son cruciales”.¹⁰⁵

En 2012 el informe *Investigación y Desarrollo para Atender las Necesidades de Salud en los Países en Desarrollo*,¹⁰⁶ elaborado por el Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: financiación y coordinación (CEWG, en inglés) de la OMS, recomendó un enfoque amplio que incluya contribuciones financieras obligatorias de los gobiernos para la investigación de las necesidades de salud en los países en desarrollo, coordinación internacional para definir las prioridades en los servicios de salud y su aplicación y un observatorio global que se encargue de detectar dónde hay más carencias por atender.

Por ejemplo, a pesar de que el mercado farmacéutico mexicano “está entre los primeros 15 del mundo, y es el segundo de América Latina”,¹⁰⁷ señala la Dra. Lucila Castro, académica de la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP), que la llamada “política farmacéutica” de México “hasta hoy se ha enfocado en acelerar la autorización de productos farmacéuticos y abrir de manera entusiasta los mercados, con la finalidad de asegurar el acceso a medicamentos innovadores”.¹⁰⁸

Sin embargo, apela la Dra. Castro que “a la larga, la infiltración en nuestro sistema sanitario de pruebas diagnósticas sin registro, medicamentos falsificados, medicamentos que se compran en acuerdos de negocio poco transparentes e incluso caducos ponen en riesgo al mismo sistema de salud, autoridades y aún más importante a los pacientes”;¹⁰⁹ que desafortunadamente han sufrido las consecuencias de tales acciones y omisiones como lo ocurrido en Veracruz en 2017, donde el exgobernador Javier Duarte y su exsecretario de

¹⁰⁵ *Ídem*.

¹⁰⁶ OMS. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación “Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales”, 2012 [en línea] URL: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_ES.pdf?ua=1 (Consultado 10.08.2017; 12:33)

¹⁰⁷ Ruy Alonso Rebolledo. “¿Cómo le va a la industria farmacéutica en México?” en *El Economista*, 10 de junio de 2017 [en línea] URL: <http://eleconomista.com.mx/industrias/2017/06/10/como-le-va-industria-farmaceutica-mexico> (Consultado 10.08.2017; 10:10)

¹⁰⁸ Lucila Castro. “Acceso a medicamentos no es suficiente” en *Milenio*, sección “Firmas”, 28 de febrero de 2017 [en línea] URL: http://www.milenio.com/firmas/expresiones_udlap/Acceso-medicamentos-suficiente_18_911488898.html (Consultado 10.08.2017; 10:07)

¹⁰⁹ *Ídem*.

salud, Juan Antonio Nemi Dib, desviaron hasta 650 millones de pesos que serían destinados al sector salud.¹¹⁰

Por lo tanto, y de acuerdo con la Dra. Castro, es necesario que “una política farmacéutica integral habrá de contemplar, por tanto, el seguimiento farmacoterapéutico, la educación al paciente, la vigilancia de los efectos adversos de los medicamentos y de los errores de medicación así como un monitoreo agresivo de la calidad y de la legitimidad de los medicamentos que circulen en el mercado mexicano”.¹¹¹

Advierte Stiglitz que reformar nuestro sistema de innovación no es solo una cuestión de economía. En muchos casos “es un asunto de vida o muerte”.¹¹²

Compartimos la idea de que es esencial desvincular los incentivos para las actividades de investigación y desarrollo de los precios de los medicamentos, y promover un mayor intercambio de los conocimientos científicos; que ha logrado alentar la DSG, y que desde México se debe motivar aún más ante ejercicios como el que lleva a cabo con la República Islámica de Irán a través del Memorándum de Entendimiento de Cooperación en las Áreas de Salud, Investigación y Tecnología Médica y el Protocolo de Cooperación en Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos.

1.8. La salud como componente de la seguridad: un acercamiento a la Seguridad Sanitaria Internacional y la Seguridad Humana

Tanto en el caso de las personas como en el de los países o los gobiernos, la seguridad es un concepto cercano a la subjetividad, puesto que lo que constituye, o es percibido como una amenaza para uno, no lo es para otro y viceversa.

En vista de la imposibilidad de ponerse de acuerdo en una agenda de seguridad uniforme o común, cada quien formula la propia de acuerdo con sus criterios, intereses y percepciones.¹¹³ No en el caso de la salud.

¹¹⁰ Ximena Mejía. “Duarte debe comprobar destino de 650 mdp en salud: Narro” en *Excelsior*, Corrupción, 18 de julio de 2017 [en línea] URL: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/07/18/1176305> (Consultado 10.08.2017; 10:25)

¹¹¹ Lucila Castro. *Op. Cit.*

¹¹² Joseph E. Stiglitz. *Op. Cit.*

¹¹³ Walter Astié-Burgos. “Seguridad internacional y diplomacia para la salud global” en *Revista Mexicana de Política Exterior N°102 México y la cooperación internacional para el desarrollo*. Instituto Matías Romero-SRE: Ciudad de México. 2014; p. 148.

Aunque los problemas de la salud siempre han incidido en la prosperidad, desarrollo, avance, riqueza, fortaleza y poderío de una nación, su vínculo con la seguridad nacional sólo se estableció hasta la Primera Guerra Mundial (1914-1918), cuando surgió el concepto de “Seguridad Sanitaria”.

Posteriormente hacia el final de la Segunda Guerra Mundial (1945), los vencedores del conflicto decidieron crear una red de organismos internacionales que asegurase su hegemonía y evitase un nuevo conflicto internacional.

El centro de esta red fue la ONU, que nació en San Francisco en mayo de 1945. Parte esencial de la red, formada por agencias especializadas de la ONU (conocidas como multilaterales, para diferenciarlas de instituciones bilaterales o filantrópicas y acentuar la cooperación intergubernamental) fue la OMS.¹¹⁴

Lo anterior fundamentalmente se debió a los efectos colaterales de la guerra sobre la salud, pues al margen de los muertos y heridos causados por el enfrentamiento bélico, también se vieron sumergidos el masivo desplazamiento de tropas, las condiciones de hacinamiento de las mismas, su mala nutrición, y las malas condiciones sanitarias.¹¹⁵

No era la primera vez que se intentaba algo por el estilo. Desde 1907 funcionaba en París la Office International d'Hygiène Publique (OIHP, por sus siglas en francés) para registrar los acuerdos sanitarios internacionales y poco después de acabar la Primera Guerra Mundial se había creado una sección de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO, por sus siglas en inglés), la cual, desde Ginebra, trabajaba en varias partes del mundo.

Asimismo, en América existía desde 1902 la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), ligada a la Unión Panamericana. Sin embargo, las dos primeras no habían podido consolidar su autoridad a nivel internacional y la OSP funcionaba cercana al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Además, entre las tres existían tensiones por la inevitable duplicación de trabajo.

Fue el 29 de marzo de 2007 que se celebró el Día Mundial de la Salud, el cual fue dedicado a la Seguridad Sanitaria Internacional (SSI, en adelante) y tuvo como objetivo “instar a

¹¹⁴ Marcos Cueto, Theodore Brown y Elizabeth Fee. “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría” en *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 38, núm. 69, 2011; p. 131.

¹¹⁵ *Ídem*.

gobiernos, organizaciones y empresas a invertir en salud para forjar un porvenir más seguro”.¹¹⁶

Las enfermedades emergentes, como el SARS y la gripe aviar, las emergencias humanitarias, los riesgos para la salud que entrañan el cambio climático o la degradación del medio ambiente y otras amenazas agudas para la salud pueden definirse todos ellos como emergencias de salud pública.

Hoy en día, la SSI es la primera línea de defensa contra crisis sanitarias que pueden devastar pueblos, sociedades y economías en todo el mundo. El 2 de abril de 2007, como preludeo de la jornada, tuvo lugar en Singapur un debate mundial de alto nivel encaminado a resaltar la importancia de la SSI. La discusión de amplio espectro mantenida emplazó a los expertos participantes a abordar los obstáculos que en los terrenos de la salud pública, los negocios y la diplomacia se oponen a la mejora de la cooperación transfronteriza y les apremió a buscar la manera de imprimir más eficacia a la colaboración.¹¹⁷

A pesar de los esfuerzos de la Organización, algunas críticas continúan vigentes sin que esta asuma decisiones que parecen sujetas a intereses superiores, particularmente de la industria nuclear. La más contundente fue una crítica a la OMS que resurgió el 11 de marzo de 2011, con la catástrofe nuclear en Fukushima, Japón.

El Acuerdo WHA-12-40, celebrado entre la OMS y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) el 28 de mayo de 1959, ya había sido reprobado por la comunidad internacional después de lo acontecido el 26 de abril de 1986 en el accidente nuclear en Chernóbil, actualmente Ucrania.

De acuerdo con el portal de la iniciativa “IndependentWHO”, la Organización tuvo una nula participación en ambos acontecimientos (Fukushima y Chernóbil), respaldando en su momento la posición de la OIEA respecto a las consecuencias, consideradas mínimas, a pesar de la cobertura mediática que mostraba lo contrario.

Son diversas las organizaciones que fundaron IndependentWHO, entre ellas se encuentran: Enfants de Tchernobyl Bélarus; PSR / IPPNW [la sección suiza de IPPNW (Médicos

¹¹⁶ OMS. Documento temático: "Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro", 2007 [en línea] URL: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/issues_paper/es/ (Consultado: 15.05.2017; 12:34)

¹¹⁷ OMS. Día Mundial de la Salud. 2007: seguridad sanitaria internacional [en línea] URL: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/es/> (Consultado: 10.08.2017; 13:03)

Internacionales para la Prevención de la Guerra Nuclear) con sede en Boston, EE. UU.]; People's Health Movement (PHM); Comisión de Investigación e Información Independiente sobre Radioactividad (CRIIRAD, por sus siglas en inglés), entre otras.¹¹⁸

De acuerdo con Thierry Brugvin, “en 1995, la OMS había organizado un coloquio sobre las consecuencias de Chernóbil, con 700 investigadores, médicos, científicos”.¹¹⁹ El representante de la IPPWN, Michel Fernex, afirmó en el año 2000 que “las actas de este coloquio han sido simple y llanamente censuradas. Los lobbies nucleares y la OIEA ejercieron toda su potente influencia para que no se publicaran las intervenciones y las minutas de este encuentro”.¹²⁰

El entonces Director General de la OMS, el Dr. Hiroshi Nakajima confirmó, en un programa de la televisión suiza italiana de 2001, “que la censura de las actas es consecuencia de los vínculos jurídicos entre la OMS y la OIEA (...). Esta última ‘depende del Consejo de Seguridad, desde donde coordina la promoción de la energía nuclear comercial. Mientras que la OMS y otras agencias dependen únicamente del Consejo Económico y Social’”.¹²¹

Al respecto, resulta interesante analizar la SSI y asociar el papel de la Seguridad Humana. Fue en el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) titulado *Nuevas dimensiones de la seguridad humana* donde se acuñó el término “seguridad humana” en el sistema de la ONU. El informe destacó cuatro características básicas de la seguridad humana: *i*) universalidad, *ii*) interdependencia de sus componentes, *iii*) centrada en las personas y *iv*) mejor garantizada mediante la prevención temprana y siete ámbitos relacionados: 1) seguridad económica, 2) alimentaria, 3) de la salud, 4) del medio ambiente, 5) personal, 6) comunitaria y 7) política.¹²²

¹¹⁸ IndependentWHO. Página Oficial [en línea] URL: <http://independentwho.org/en/> (Consultado 21.08.2018; 15:10)

¹¹⁹ Thierry Brugvin. “La OMS bajo el poder de la industria nuclear”, traducido para *Rebelión* por Marina Almeida, p. 1 [en línea] URL: <http://www.rebellion.org/noticias/2011/4/125554.pdf> (Consultado 21.08.2018; 15:21)

¹²⁰ Michael Fernex. The Chernobyl Catastrophe and Health [en línea] URL: http://independentwho.org/media/Documents_Autres/Michel_Fernex_The_Chernobyl_catastrophe_and_health_03May2000_EN.pdf (Consultado 21.08.2018; 15:21)

¹²¹ Thierry Brugvin, *Op. Cit.*, p. 1

¹²² Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana/ONU. La seguridad humana en las Naciones Unidas, Nueva York, 2012, p. 7 [en línea] URL: https://www.unocha.org/sites/dms/HSU/Outreach/12-41684_Spanish%20HUMAN%20SECURITY%20Brochure_web_December%2010.pdf (Consultado 27.08.2018; 13:25)

De acuerdo con el informe, “los proyectos del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana han examinado el efecto combinado de factores como la pobreza, el desplazamiento, la violencia, el medio ambiente y una deficiente infraestructura de servicios y saneamiento en el estado de salud de las personas más vulnerables”.¹²³

Es posible también apreciar lo anterior en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (que entró en vigor en 1994), que en sus artículo 1° y 4° inciso f), expresan los efectos adversos del cambio climático y los compromisos con miras a reducir los impactos a la salud pública.¹²⁴

Basado en lo anterior, efectivamente se debe promover un análisis multidimensional en clara referencia a una mejor comprensión y acción en la salud de los seres humanos. Con ello “se contribuye a fortalecer la formulación de respuestas integradas en todos los sectores y se aprovechan las ventajas comparativas de diferentes interesados para ofrecer respuestas más focalizadas, eficientes y eficaces en función de los costos”.¹²⁵

Sin embargo, cabe señalar ¿hacia dónde también no estamos observando?, si casos como el de los desastres nucleares o los brotes epidémicos como el haitiano, en el que se vio involucrado la ONU de forma oficial,¹²⁶ ¿qué sucede con las minorías, con los grupos vulnerables? A continuación algunas reflexiones sobre ello.

1.9. Otras miradas a la salud

Así como es necesario señalar el espacio público, oficial en torno al tema, también lo es el apuntar que ante los individuos o grupos con menor intervención política, están presentes reflexiones sobre el abordaje de la salud como discurso.

Aunque los puntos anteriores han logrado alentar el tema de la salud en el escenario internacional, aún desde el centro de la OMS se cuestiona sagazmente la inclusión de otras variables en la formación, desempeño y evaluación de los mecanismos de acción de los países así como de sus respectivos sistemas de salud.

¹²³ *Ibidem*, p. 25.

¹²⁴ ONU. Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático [en línea] URL: <https://unfccc.int/sites/default/files/convsp.pdf> (Consultado 23.09.2018; 17:45)

¹²⁵ *Ídem*.

¹²⁶ Rick Gladstone. “La ONU llevó el cólera a Haití y no ha podido controlar el brote” en The New York Times (en español), sección América Latina, 30 de junio de 2017 [en línea] URL: <https://www.nytimes.com/es/2017/06/30/onu-haiti-colera-reparacion/> (Consultado 27.08.2018; 13:45)

De acuerdo a John H. Estrada; Marleny Valencia y Diana P. Betancurth: “Para los investigadores sociales se convierte en prioritario escuchar las voces silenciadas —la voz del otro—; estos espacios de debate nos brindan como participantes un espacio, un oasis para reflexionar colectivamente y rescatar, desde una postura libre y abierta, la expresión de sentimientos, emociones y desafíos ante las problemáticas visibles que vivimos en la actualidad”.¹²⁷

En esta línea, Eduardo Alfonso Rueda-Barrera, profesor del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, advierte en el campo de la salud que “[...] el menoscabo en la salud de las personas se convierte en patología social cuando resulta de la perpetuación o profundización de formas estructurales de disposición social de las cuales los afectados no son responsables”.¹²⁸

Además, “si las decisiones jurídico-políticas que buscan impedir la prolongación de patrones crónicos de desventaja quieren ser públicamente aceptables, habrán de basarse en una evaluación, deliberativamente procesada, de su relevancia real en el contexto de las vidas particulares de los ciudadanos a quienes tales decisiones están destinadas”.¹²⁹

Es necesario por lo tanto, que el esquema tradicional de dirección e intervención diplomática también comience a desvanecer el paradigma que con más profundidad se presentará en el capítulo tres.

Ahora bien, uno de los principales ejercicios que lograron consolidarse en este marco fue el *Reporte de la OMS del año 2000, sobre Sistemas Nacionales de Salud*. Los criterios metodológicos y la evaluación a la que fueron sometidos los Sistemas Nacionales de Salud (SNS, en adelante) en todo el mundo, hicieron notar ampliamente las brechas sanitarias que en diversos rubros se cataloga. Desafortunadamente ha sido el único instrumento a tal escala en el que la Organización se ha aventurado a establecer indicadores sobre la infraestructura en salud bajo un esquema crítico, arrojando datos sumamente interesantes respecto a los SNS alrededor del mundo. Sin embargo, las críticas a las que fue sometido trascendieron los esfuerzos de la Organización por orientar un producto de investigación de tales dimensiones.

¹²⁷ John Harold Montoya Estrada, Marleny Valencia Arredondo, Diana Paola Betancurth Loaiza. “Teoría crítica en salud” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, Vol. 33, núm. 0, 2015; p. S87.

¹²⁸ Eduardo Alfonso Rueda-Barrera. “Teoría Crítica, riesgo y justicia en salud pública” en *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, Pontificia Universidad Javeriana: Colombia, Vol. 11, núm. 22, 2012, p. 15.

¹²⁹ *Ídem*.

De acuerdo con Vicenç Navarro, catedrático y director del Programa de Políticas Públicas en la Universidad Pompeu Fabra y The Johns Hopkins University; “la publicación de tal informe tuvo un gran impacto mediático. Por varios días tal informe fue noticia internacional, es decir, todos los medios de comunicación, bien fuera escrita u oralmente, dieron gran publicidad a los resultados de tal informe”.¹³⁰

El informe de la OMS evaluaba los sistemas sanitarios según tres criterios, a saber: su eficacia, su sensibilidad al usuario y la progresividad en su financiación (ver Esquema 1.3). Si bien, tales criterios parecían razonables, el problema aparecía cuando se analizaban los métodos por los cuales se quería cualificar estos criterios.

Las críticas se centraron entonces “no tanto en el propio cuerpo del informe como en el anexo estadístico en el que trata de comparar el logro y el rendimiento de los sistemas de salud de los países miembros [...]. La crítica al cuerpo del informe se ha hecho, en general, desde posicionamientos más bien ideológicos ya que la OMS estaría respaldando la introducción de mercados y competencia en los sistemas de salud sin ninguna evidencia de que estos sistemas operen mejor, alineándose de esta manera con los planteamientos neoliberales de otras agencias financieras internacionales (Banco Mundial) y de los gobiernos que suponen la principal fuente de financiación del sistema de Naciones Unidas (EE.UU.)”.¹³¹

La segunda crítica, la más contundente y argumentada técnica y políticamente, fue el ranking de países que se incluye. Varios gobiernos descalificaron el informe acusando a la OMS de falta de transparencia y de diálogo con los países antes de publicar una clasificación tan comprometedoras.¹³² Efectivamente, realizar un ranking sobre las consideraciones antes señaladas, evaluando los SNS como si de una carrera se tratase, representó una errónea forma de concluir el Informe, por no mencionar el costo a la imagen de los países en los primeros y últimos lugares.

No obstante, tal clasificación pudo suponer una oportunidad para repensar la estructuración de los respectivos SNS. Si bien, algunos de los datos que sustentaban el perfil

¹³⁰ Vicenç Navarro. “Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS «WHO Health Systems: improving performance» y su relevancia en España” en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 15, núm. 5, 2001; p. 461.

¹³¹ Vicenç Navarro. “Assessment of the World Health Report 2000” en *The Lancet*, Vol. 356, núm. 9241, 2000; pp. 1598-1601.

¹³² *Ídem*.

de los países estaban desactualizados, suponían entonces un importante problema con respecto a sus sistemas de información y bases de datos relativos a la evaluación de la estructura sanitaria nacional.

Aseverar que dicho informe representa un espacio de análisis crítica tal vez signifique una contradicción metodológica, pero es menester generar una apertura de canales de reflexión sobre las implicaciones que el mismo expresamente aborda: repensar la naturaleza de la plataforma nacional que habrá de brindar el grado máximo de salud para su población.



Esquema 1.3: Tríada metodológica de la evaluación de los SNS. Informe sobre la Salud Mundial 2000¹³³

Acertadamente, John H. Estrada; Marleny Valencia y Diana P. Betancurth concluyen que “seguir asumiendo la investigación de forma reduccionista y biologista, enfocada en la enfermedad, es un ejemplo de inequidad, pues se soslayan así otras dimensiones de la vida humana, cuando son los procesos de determinación social los que condicionan que unas personas se enfermen más que otras”.¹³⁴

Interesante resulta, además, apreciar otras perspectivas alrededor de la salud: desde el feminismo, se define claramente que “las mujeres se hacen invisibles para la atención

¹³³ Elaboración propia con base en: Christopher J.L. Murray y Julio Frenk. Theme Papers: “A framework for assessing the performance of health systems” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, núm. 6. 2000; p. 721.

¹³⁴ Montoya Estrada. *Op. Cit.*, p. S89

sanitaria, para el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, sus síntomas son confundidos, minimizados, o no son correctamente diagnosticados, y sus quejas son frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, todo esto hace replantear en que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres”.¹³⁵

Además de las problemáticas sobre el acceso a la salud, también se agregan los relativos a derechos sexuales y reproductivos. Y esto, sólo por mencionar este grueso de la población que en nuestro país cuenta lamentablemente con altos índices de violencia en todas sus expresiones.

Se vuelve entonces prioritario, no sólo para nuestro país mirar hacia los grupos vulnerables a través de la salud. Y como lo sugiere el INSP, por medio de líneas de investigación sobre salud y grupos vulnerables.

De acuerdo con el Instituto, “la vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales, por lo que no corresponde a una condición natural ni predefinida”.¹³⁶ Apunta que “los denominados ‘grupos vulnerables’ no son vulnerables *per se*: son las condiciones sociales en que viven los indígenas, migrantes, mujeres, niños, ancianos, jóvenes y otros grupos, las que definen su condición de vulnerabilidad. La comprensión integral de tales desigualdades puede abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador y relevante para el estudio de la vulnerabilidad”.¹³⁷

La clave para la DSG es implementar “profesionales de diferentes disciplinas de las ciencias sociales y la salud pública que estudian las condiciones de salud y sus determinantes en grupos sociales específicos”.¹³⁸ Lo anterior considerando como eje de análisis la vulnerabilidad social en salud, “concebida como un resultado de las desiguales condiciones de vida, exposición y capacidades diferenciales para el manejo de riesgos, movilización de recursos y redes sociales, disponibilidad y acceso a servicios de salud, entre otras categorías que determinan la salud de los grupos sociales”.¹³⁹

¹³⁵ Asociación Entrepueblos/Entrepobles/Entrepobos/Herriarte. Aportaciones feministas a la salud: Nuestros cuerpos, nuestras vidas [en línea] URL: <http://www.entrepueblos.org/index.php/2639-nuestros-cuerpos-nuestras-vidas> (Consultado: 8.01.2018; 16:12)

¹³⁶ INSP. Línea de investigación en Salud y grupos vulnerables [en línea] URL: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables.html> (Consultado: 8.01.2018; 17:06)

¹³⁷ Ídem.

¹³⁸ Ídem.

¹³⁹ Ídem.

En contraste, uno de los acontecimientos que ha expuesto a la OMS a fuertes críticas desde la esfera de la financiación, fue el gasto realizado y los excesos que tuvo durante la intervención contra el ébola en África (2015). Una investigación de la agencia The Associated Press destacó que la OMS se gastó más en viajes de personal que en combatir la malaria, la hepatitis y el VIH juntos: “200 millones de dólares, o 178 millones de euros, fue el gasto total durante 2016. En las tres enfermedades juntas invirtió 191 millones de dólares”.¹⁴⁰ El fotógrafo Samuel Aranda de *The New York Times*, en 2015 señalaba en una entrevista:

Volví con mucho odio hacia las Naciones Unidas. Es lo peor que he visto en la vida. No quiero decir palabrotas, pero no hicieron absolutamente nada. Se pasaban el día en el hotel de cinco estrellas, con conciertos de música en directo, barra libre de alcohol y prostitutas menores de edad para los jefes de estos grupos. Publicamos artículos de opinión contra ellos y tuvimos enfrentamientos directos, sobre todo con la OMS. Todo lo contrario que con Médicos Sin Fronteras (MSF, por sus siglas en francés). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) llega a los campos de refugiados y hace la estructura, como un gran elefante. A veces se equivoca, pero nunca había visto una barbaridad como lo que la OMS hizo con el ébola.¹⁴¹

Reflexión final

En conclusión, los argumentos antes señalados de naturaleza epistémica, antropocéntrica, económica y cultural, no sólo evidencian la importancia de posicionar el tema de la salud en el ámbito local, nacional e internacional; sino también contrarrestar el imaginario colectivo de rezagar tal tema en la política internacional y con ello continuar perpetuando una línea poco ortodoxa sobre el papel del científico social ante un panorama complejo sobre la salud que será examinado en el sucesivo capítulo. Dichos argumentos conforman líneas discursivas relevantes en la construcción de un tejido en este siglo que ampare las actividades a favor de la salud y brinde perspectivas más allá de los asuntos estrictamente biomédicos y bioéticos que implican la arquitectura de políticas que favorezcan el grado máximo de salud posible en todas sus dimensiones y escalas.

¹⁴⁰ Maria Cheng. “AP Exclusive: Strapped UN health agency spends big on travel” en *AP News*, 22 de mayo de 2017 [en línea] URL: <https://www.apnews.com/3d8569ea7bd140e4ba02bc1712cd12ab> (Consultado 15.08.2017; 17:41)

¹⁴¹ German Aranda. “Los excesos de la OMS: fiestas en hoteles en plena crisis del ébola” en *PlayGround*, 26 de mayo de 2017 [en línea] URL: https://www.playgroundmag.net/studio/excesos-OMS-conciertos-privados-prostitutas_22593738.html (Consultado 15.08.2017; 20:32)

CAPÍTULO 2. UN MUNDO ENFERMO: LA SALUD GLOBAL EN EL SIGLO XXI

Históricamente la problemática que representa la coordinación entre Estados en materia de salud ha demostrado ser sumamente dinámica. Incluso antes del Estado Westfaliano en 1648, las dimensiones sobre epidemias y otros problemas de salud pública aquejaban a las poblaciones alrededor del mundo e incluso, repercutiendo en otros aspectos.

En América, durante el periodo de la Conquista de México en 1521, la población indígena fue azotada por la viruela, hasta entonces desconocida en el continente.¹ En Asia, en el marco de la apertura de mercados europeos, principalmente del Imperio Británico en China, la comercialización del opio desempeñó un factor importante que mermo al Imperio Chino, más allá del problema de salud pública originado por la adicción de la población por esta droga.²

En Europa, la peste bubónica (una enfermedad causada por la bacteria *Yersinia pestis*) se cree que azotó a más del 50% de la población de la época. Por supuesto, el África subsahariana ha sido también un foco de atención de la comunidad internacional: la histórica referencia del VIH, y hasta hace muy poco los brotes generalizados de ébola. Sin olvidar que en Australia en abril de 2018 ha brotado una epidemia en la población del estado de Victoria por casos de úlcera de Buruli, una enfermedad que destruye los tejidos cutáneos.³

Lo anterior revela de forma breve que las enfermedades ha supuesto un importante factor en las relaciones internacionales. Sin embargo, ¿a qué nos enfrentamos en este siglo? ¿Hacia dónde deben mirar los diplomáticos en salud global? Para fines de la presente investigación, este capítulo representa un panorama vigente, aunque limitado, de lo que en nuestro planeta acontece en términos de salud.

Con el *Informe sobre la salud en el mundo de 1995. Reducir las desigualdades*, ya se abría a debate la cuestión de abordar la salud desde un ámbito fuera del espacio médico. En este sentido, el informe “indica que la pobreza ejerce su influencia destructiva y a menudo mortal

¹ Carlos Franco-Paredes, Lorena Lammoglia y José Ignacio Santos-Preciado. “Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo” en *Gaceta Médica de México*, Vol. 140, núm. 3, mayo-junio 2004, Academia Nacional de Medicina de México A.C., Ciudad de México, p. 322.

² Juan Rivas Moreno. “Opio para el pueblo, la droga que aseguraba el monopolio del té” en *El Mundo*, sección “La Aventura de la Historia”, 25 de junio de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/la-aventura-de-la-historia/2014/06/25/53aa95d8ca474106308b457a.html> (Consultado 29.04.2018; 13:26)

³ BBC Mundo. “Una epidemia causada por una bacteria que devora la piel intriga a los médicos en Australia” en *BBC Mundo*, 21 de abril de 2018 [en línea] URL: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43850218> (Consultado 04.04.2017; 10:02)

en todas las etapas de la vida. Existen en el mundo diferencias cada vez mayores entre ricos y pobres y entre los que tienen acceso a la atención de salud y los que no”.⁴

Desde entonces, los planteamientos que la OMS ha diseñado en la evolución de los informes, revela el peso que la Organización otorga al enfatizar el trabajo interdisciplinario abogando por una mejor calidad de vida de todos los seres humanos y considerando el cuadro clínico de las enfermedades que en el mundo ha evolucionado a la par de los avances científicos en la materia.

Para el año 2010, en el informe denominado *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* la OMS hace hincapié en “identificar con este lo que los países pueden hacer para modificar sus sistemas de financiación, de manera que puedan avanzar más rápidamente hacia este objetivo, la cobertura universal, y mantener los logros que ya se han conseguido”.⁵ Con la publicación de este informe, se traza un antecedente para repensar la forma en que la Política Económica en materia de salud se ha dirigido. Es necesario, por lo tanto que se defina desde tal ámbito la transición de un correcto proyecto económico nacional en el cual intervenga el Estado activamente.

Por ello, más allá de brindar un marco específico sobre la situación de las enfermedades en el planeta, acudiremos a una panorama manifestado por la OMS y diversos especialistas, acotando las problemáticas que más aquejan a la población mundial. Es importante señalar que el modelo metodológico está basado en los estudios en Salud Global, por ello se vuelve entonces indispensable conocer los instrumentos que dirigen este ejercicio.

El primero de ellos es el Reglamento Sanitario Internacional (RIS) del 2005 cuyo objetivo es “servir de marco jurídico para la prevención, detección y contención en origen de los riesgos para la salud pública, antes de que se propaguen a través de las fronteras, mediante la acción conjunta de los Estados Partes y la OMS”,⁶ y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

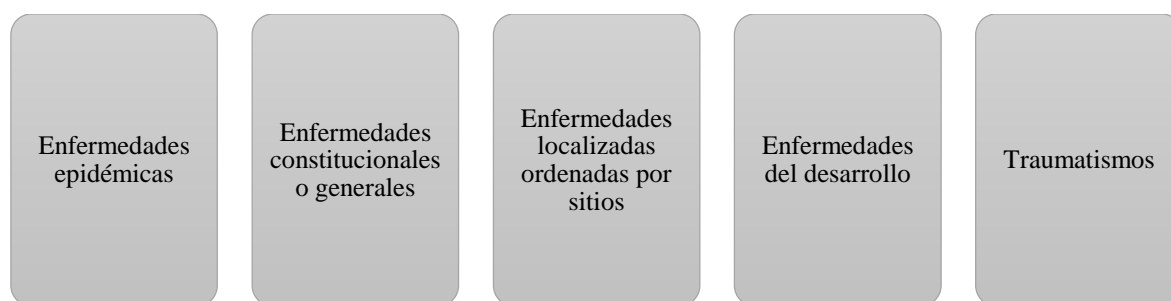
El segundo instrumento es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (ver Esquema 1.4). Su esquema fue que para

⁴ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 1995. Reducir las desigualdades* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/1995/es/> (Consultado 04.04.2017; 09:37)

⁵ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/2010/es/> (Consultado 04.04.2017; 09:47)

⁶ OMS. *Reglamento Sanitario Internacional (2005)* 2ª ed., p. vii [en línea] URL: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado 8.01.2018; 16:18)

todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente:



Esquema 2.1: Agrupación de las enfermedades del CIE-10⁷

La CIE es un sistema de clasificación de eje variable. Su estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta por William Farr en la época en que comenzaron las discusiones internacionales sobre la estructura de una clasificación.⁸ La CIE-10 fue respaldada por la 43^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y se empezó a usar en los Estados Miembros de la OMS a partir de 1994.

Una vez previsto lo anterior, se anota que el presente capítulo tiene el objetivo de ofrecer una lectura general de las principales enfermedades en el mundo, subrayando el carácter de los determinantes sociales en la salud y sobre el repensar la financiación público-privada en la materia, a favor del robustecimiento de mecanismos que proyecten mejoras en las finanzas sanitarias globales, a través de la cual se contribuya a la coordinación de iniciativas y esquemas de cooperación en el marco de la DSG.

2.1 Principales causas de defunción en el mundo

Con base a la actualización de enero de 2017 de la OMS, de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación.⁹ Sin embargo, en el año 2000 otro panorama

⁷ Elaboración propia con base en: OPS/OMS. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* [en línea] URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-information-analysis&Itemid=2560&lang=en (Consultado 15.08.2017; 17:41)

⁸ *Ídem.*

⁹ OMS. Las 10 principales causas de defunción (última actualización: 24 de mayo de 2018) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)

predominaba. La evolución de esta transición en sólo 15 años, arroja datos interesantes (ver Gráficas 2.1 y 2.2).

En 2015 las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos años.¹⁰

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2015, y esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo en 2015.¹¹

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en 2015 causaron 3,2 millones de defunciones en todo el mundo.

La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo a la mitad entre 2000 y 2015, fue de 1,4 millones de muertes en 2015. También han disminuido las muertes por tuberculosis durante el mismo periodo, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,4 millones de fallecimientos.¹²

En cambio, la infección por el VIH/SIDA ya no figura entre las 10 primeras causas; si, en 2015, fallecieron 1,1 millones de personas por esta causa, en 2000 esta cifra se redujo hasta los 1,5 millones. Los accidentes de tránsito cobraron 1,3 millones de vidas en 2015; tres cuartas partes de las víctimas (el 76%) fueron varones.¹³

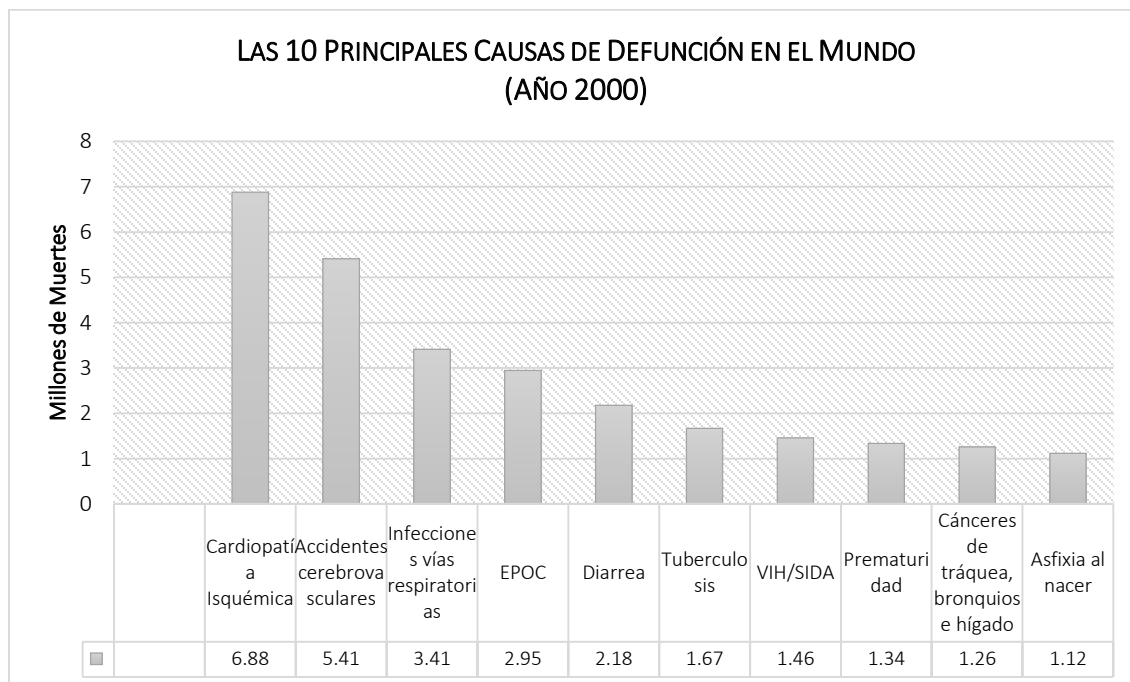
Como es posible apreciar, en los primeros 15 años de este milenio la humanidad ha constatado una evolución importante respecto a las principales causas de mortalidad, que no sólo explican una transición epidemiológica preocupante, sino también un incremento sustancial respecto a cardiopatías isquémicas, accidentes cerebrovasculares, EPOC, y cánceres.

¹⁰ *Ídem.*

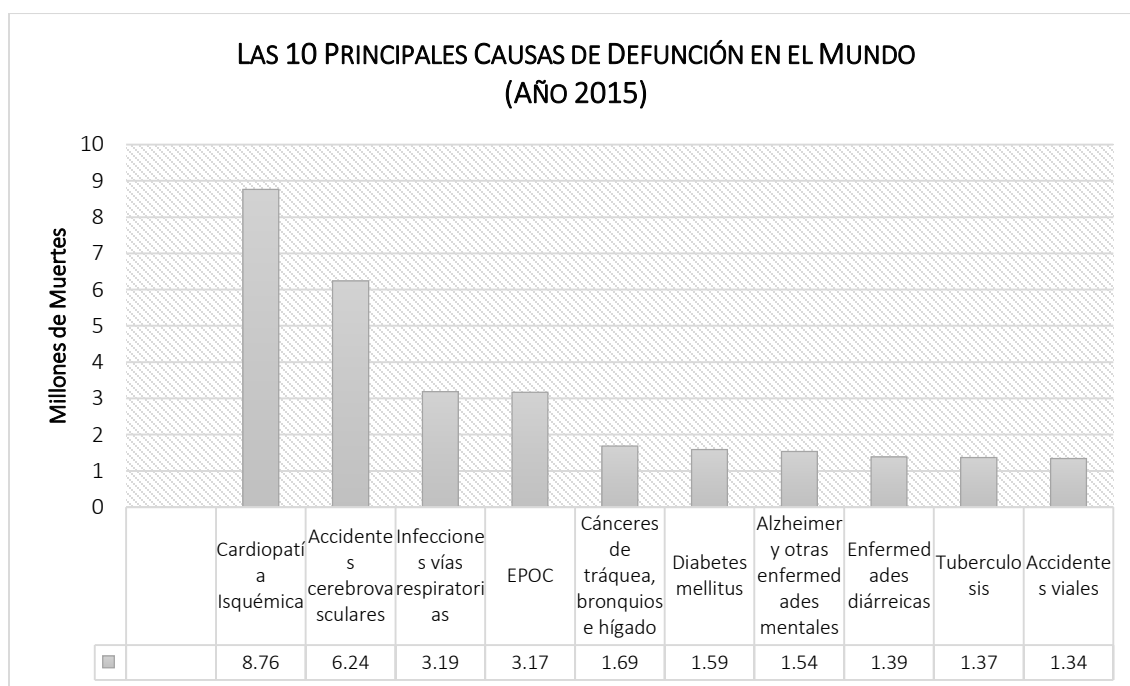
¹¹ *Ídem.*

¹² *Ídem.*

¹³ *Ídem.*



Gráfica 2.1: Las 10 Principales causas de defunción en el mundo 2000¹⁴



Gráfica 2.2: Las 10 Principales causas de defunción en el mundo 2015¹⁵

¹⁴ Elaboración propia con base en: OMS. Las 10 principales causas de defunción: ¿Por qué necesitamos saber las causas de muerte? (última actualización: enero 2017) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)

¹⁵ Ídem.

Si este primer acercamiento presenta matices profundos y variables destacables, cuando de Determinantes Sociales de la Salud se trata, el panorama nos brinda aristas alarmantes.

2.2 Determinantes Sociales de la Salud

Aunque es posible limitar de forma superficial este acercamiento, el problema de establecer una aproximación a las estadísticas de mortalidad y morbilidad en el mundo se torna aún más complejo cuando están presentes patologías sociales que vulneran en un sentido más amplio o agravan la condición de salud en la población.

La OMS define los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.¹⁶ Agrega que “esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.¹⁷

De acuerdo con la Red de Determinantes Sociales de la Salud (SDH-Net, en inglés), el enfoque de DSS, permite comprender los factores que contribuyeron a la mala salud de una persona.¹⁸ Estos a su vez pueden ser clasificados de acuerdo a la naturaleza de los factores, de la siguiente forma:¹⁹

- Contexto socio-económico y político: siendo factores la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y públicas, y los valores culturales y sociales.
- Posición social: donde el género, la educación, la raza/etnicidad, el ingreso y las condiciones ocupacionales, laborales, desempeñan un factor importante.
- Determinantes intermedios: como los factores biológicos y del comportamiento, las circunstancias socio-ambientales o psicosociales, las circunstancias materiales asistiendo también al Sistema de Salud.

¹⁶ OMS. Definición: Determinantes Sociales de Salud [en línea] URL: http://www.who.int/social_determinants/es/ (Consultado 09.08.2017; 12:02)

¹⁷ *Ídem.*

¹⁸ SDH-Net. Infografía “*El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud*”, diseñado por el INSP-México (traducción financiada por la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud de México) [en línea] URL: http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnnet/recursos/SPA_infografico.pdf (Consultado 21.03.2018; 12:02)

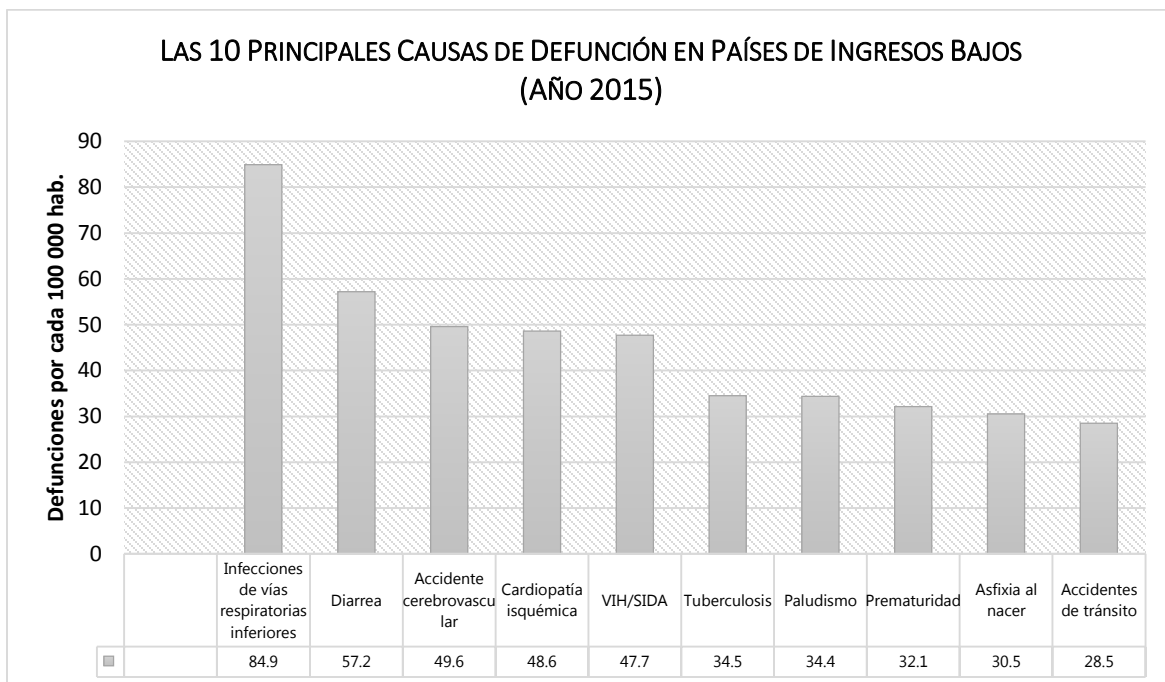
¹⁹ *Ídem.*

Sin duda, tales determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, “de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”.²⁰ La OMS, explorando sólo la dimensión del ingreso, obtuvo los siguientes resultados (ver Gráficas 2.3 a 2.6):²¹

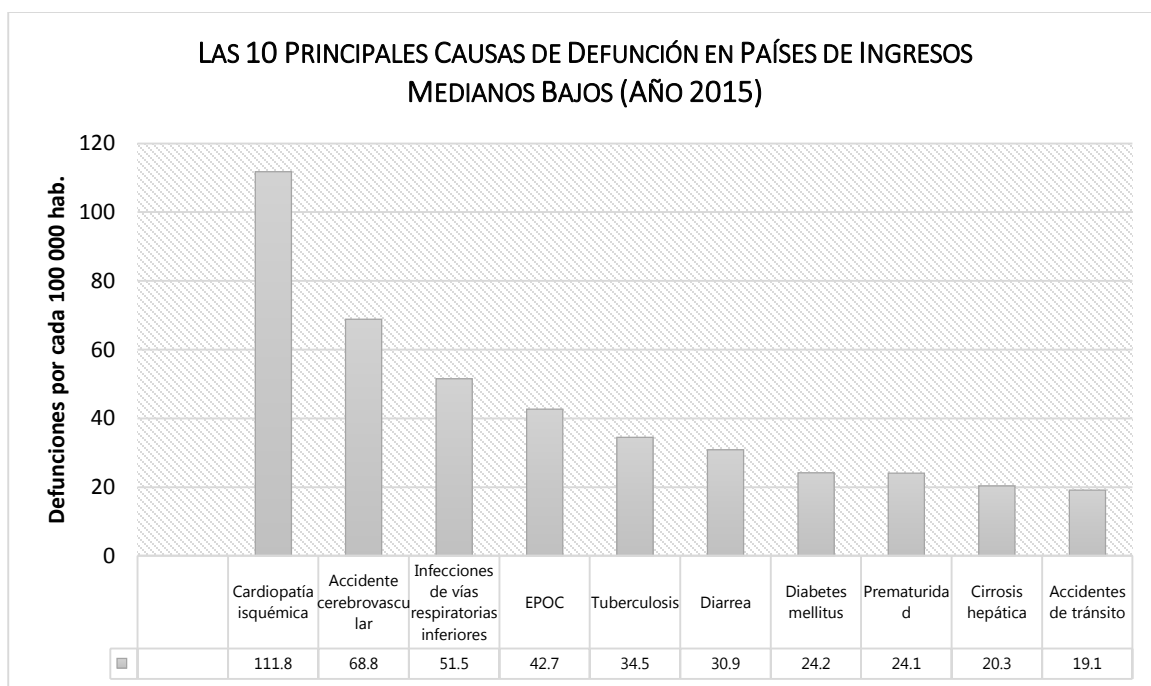
- Más de la mitad (el 52%) de las muertes registradas en 2015 en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades del grupo I, que abarca las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales.
- Sin embargo, en los países de ingresos altos, el grupo I causa solamente solo el 7% de las defunciones.
- Las infecciones de las vías respiratorias inferiores se encuentran entre las principales causas de muerte, con independencia del nivel de ingresos.
- Las ENT causaron el 70% de las muertes en el mundo, si bien esta proporción varió entre el 37% de los países de ingresos bajos y el 88% de los países de ingresos altos.
- En el grupo de países de ingresos altos, 9 de las 10 principales causas de muerte son ENT, aunque en cifras absolutas el 78% de las defunciones por estas enfermedades ocurrió en los países de ingresos medianos y bajos.
- Los traumatismos causaron 5 millones de muertes en 2015, más de una cuarta parte (el 27%) como consecuencia de accidentes de tránsito. La mortalidad por estos accidentes, que a nivel mundial es de 18,3 defunciones por cada 100 000 habitantes, es más acusada en los países de ingresos bajos, donde alcanza las 28,5 defunciones por cada 100 000 habitantes.
- Los accidentes de tránsito también se encuentran entre las 10 causas principales de muerte en los países de ingresos medianos, tanto en la franja inferior como en la franja superior.

²⁰ *Ídem.*

²¹ OMS. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)



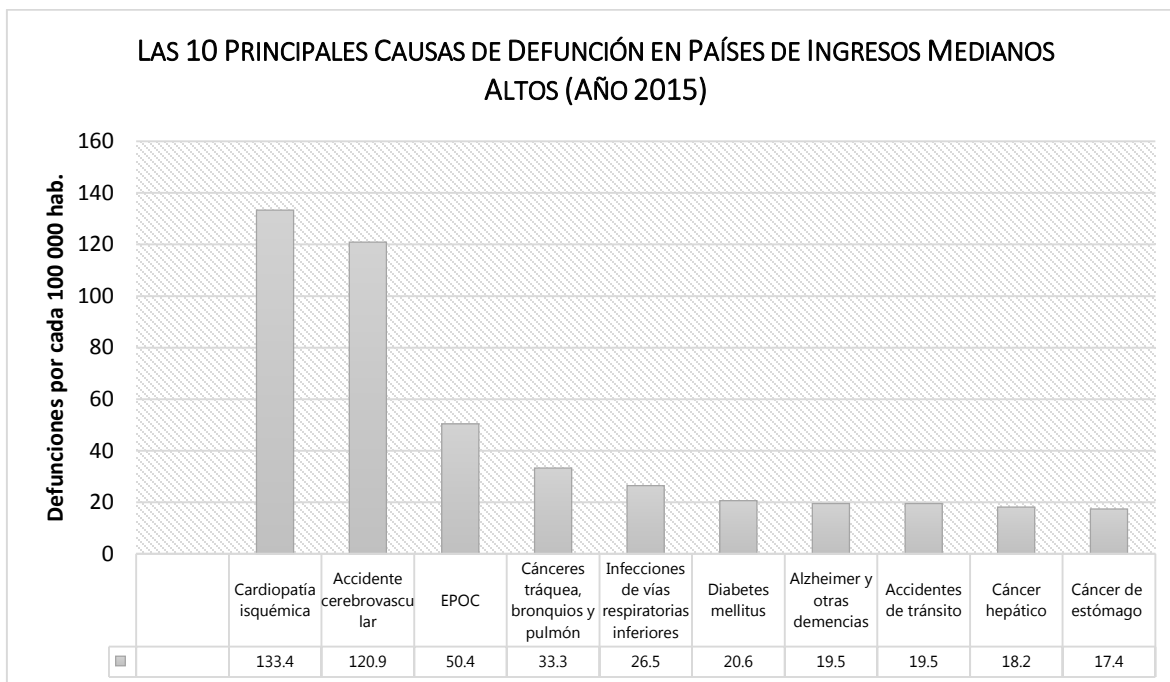
Gráfica 2.3: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Bajos (2015)²²



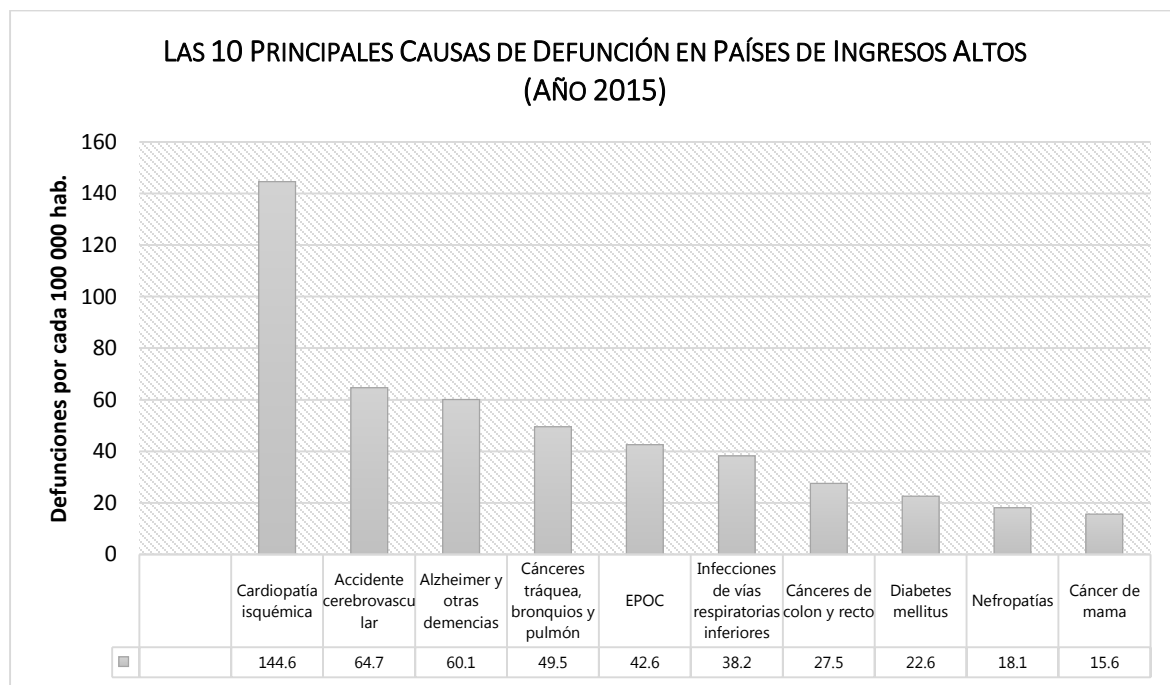
Gráfica 2.4: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Medianos Bajos (2015)²³

²² Elaboración propia con base en: OMS. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)

²³ Ídem.



Gráfica 2.5: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Medianos Altos (2015)²⁴



Gráfica 2.6: Las 10 Principales Causas de Defunción en Países de Ingresos Altos (2015)²⁵

²⁴ *Ídem.*

²⁵ *Ídem.*

A pesar de aproximar una evaluación en función del ingreso, la OMS incluye otros determinantes que inciden sobre manera en la configuración del esquema de mortalidad en el mundo. Por ello, en respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores que este nuevo siglo propone, en su alocución dirigida a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, el entonces Director General, Dr. Lee Jong-wook (1945-2006), anunció la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en marzo de 2005.²⁶

La CDSS fue “una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la OMS reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables”.²⁷ Tal comisión poseía la misión de asesorar a los países involucrados en la manera de mitigarlas. Desafortunadamente la vida de esta fue corta, debido al ejercicio *ad hoc* con el cual se propuso su creación hasta mayo de 2008.

En su informe final, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas; 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3. Medición y análisis del problema.

Su principal preocupación son las llamativas carencias en materia de resultados sanitarios, y el objetivo es una mayor equidad.

El informe además “reta a los gobiernos a que hagan de la equidad un objetivo político explícito en todos los sectores gubernamentales. Son las decisiones políticas las que determinan en última instancia cómo se gestiona la economía, cómo se estructura la sociedad y si los grupos vulnerables y desvalidos reciben protección social”.²⁸

Reconocer la presencia profunda de estos es uno de los elementos más importantes que la DSG asume como un eje en la construcción de su campo de estudio y formación.

Gracias al antecedente que sentó la CDSS, actualmente la OMS cuenta con la Unidad de Determinantes Sociales de Salud, creada en el marco de la Conferencia en Determinantes

²⁶ Asamblea Mundial de la Salud-OMS. “Alocución del Director General a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud”, A57/3 (18 de mayo de 2004) [en línea] URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21205/1/A57_3-sp.pdf (Consultado 09.08.2017; 17:33)

²⁷ WHO. Social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008 [en línea] URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/ (Consultado 11.11.2017; 09:45)

²⁸ Consejo Ejecutivo-OMS. “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría” 124ª reunión del Consejo Ejecutivo, EB124/9 (4 de diciembre de 2008) [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf (Consultado 03.01.2018; 09:45)

Sociales de Salud a través de la Declaración de Rio, firmada en Rio de Janeiro, Brasil en octubre de 2011.

Ciertamente, en las Iniciativas en Salud Global (ISG) se enfatiza el carácter que las tres recomendaciones pueden adquirir si se eleva a un plano de acción más allá de la buena voluntad de los Estados, afrontando la estrecha relación a la financiación. Algunos ejemplos de estas serán abordados en el apartado 3.4.

2.3 Repensar la financiación de la Salud Global

Aunque en esencia la DSG es una herramienta política, no cabe duda que la política económica en el campo opera como un factor sumamente importante.

En octubre de 2008, la Dra. Margaret Chan, entonces directora de la OMS, ofreció un discurso ante la Asamblea General de la ONU, llamada *Globalización y salud*, en la que además de señalar que “la función del cuerpo diplomático es fundamental en muchos de los aspectos clave de la salud mundial”,²⁹ apuntaba tres puntos importantes que involucran argumentos vigentes respecto a la influencia que imprime la economía, concretamente, la financiación en la salud:³⁰

1. Afrontamos una crisis energética, una crisis alimentaria, una crisis financiera grave y un clima que ha empezado a cambiar de manera ominosa.
2. Todas estas crisis tienen causas mundiales y consecuencias mundiales. Todas tienen consecuencias profundas, y profundamente injustas para la salud.
3. El sector de la salud no tenía ni voz ni voto cuando se formularon las políticas que han causado estas crisis, pero la salud está sufriendo la mayor parte de las consecuencias.

En la Asamblea, la Dra. Chan se permitió sentenciar con base en el último informe de la CSDSS, que “la aplicación de las recomendaciones de la Comisión depende de que haya cambios en el funcionamiento de la economía mundial”.³¹ Esto, por supuesto generó cierto escepticismo, pues como lo señaló la exdirectora de la OMS: “¿Desde cuándo ha tenido el

²⁹ Oficina del Director General-OMS. Discursos 2008. Margaret Chan. “Globalización y salud. Intervención ante la Asamblea General de las Naciones Unidas” (24 de octubre de 2008) [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/> (Consultado 03.01.2018; 16:24)

³⁰ Ídem.

³¹ Ídem.

sector de la salud poder para cambiar la economía mundial? Antes bien, la salud ha estado tradicionalmente a merced de la economía mundial, siendo un sector cuyo presupuesto se ha recortado cuando ha escaseado el dinero”.³²

La Dra. Chan, en este sentido preguntaba sobre tal afirmación en el contexto de la crisis económica de 2008, develando certidumbre y fortaleza a los argumentos que dirigía a los miembros de la Asamblea General. Finalmente señalaba que “la globalización tiene sus aspectos positivos y negativos. Aporta beneficios, puede incrementar la riqueza e inspira un sentido de solidaridad y responsabilidad compartida con respecto a la salud”.³³ Pero, indicaba también que el problema se refleja en que “la globalización carece de reglas que garanticen una distribución justa o equilibrada de los beneficios”.³⁴

Poco después de que la Comisión diera a luz su informe, la revista *The Economist*, (por cierto con una línea editorial neoliberal) publicó una reseña en la que elogiaba la importancia de sus argumentos y recomendaciones.³⁵ A pesar de los esfuerzos de la Comisión, la revista consideraba que los ataques a los desequilibrios de la distribución del poder y dinero eran en gran parte un lamento inútil.³⁶

Asimismo, acorde a la Comisión, “los beneficios económicos de la globalización tienden a ir a parar a los países y poblaciones que ya eran más ricas, dejando a los demás cada vez más atrás”.³⁷ Otro ejemplo que evidencia este rubro es la crisis que la OMS develó ya en el año 2009, al solicitar préstamos contra futuros ingresos a fin de mantener sus operaciones. Particularmente, como expone Oscar Lanza, periodista del diario español *Nueva Tribuna*, el tema “no es sólo financiero, sino de voluntad política de los Estados. El proyecto de presupuesto de la OMS para años 2016-2017 previó un gasto de USD 2.2 billones/año, considerado insuficiente”.³⁸

³² *Ídem.*

³³ *Ídem.*

³⁴ *Ídem.*

³⁵ The Economist. 2008. Global Health: “The Price of Being Well. Is it time for a new paradigm for health and development? A heavyweight panel with an egalitarian ideology claims to have found one”, 28 de agosto de 2008 [en línea] URL: <http://www.economist.com/node/12009974> (Consultado 03.01.2018; 11:13)

³⁶ *Ídem.*

³⁷ *Ídem.*

³⁸ Oscar Lanza. “Organización Mundial de La Salud. Hacia una Nueva Gobernanza por la Salud Global” en *Nueva Tribuna*, 6 de mayo de 2015 [en línea] URL: <http://www.nuevatribuna.es/articulo/mundo/nueva-gobernanza-salud-global/20150506105311115558.html> (Consultado: 15.05.2017; 09:42)

Afortunadamente, la OMS “ha puesto en marcha un amplio programa de reforma a fin de estar bien equipada para afrontar los cada vez más complejos retos sanitarios del siglo XXI”.³⁹

A pesar de los esfuerzos de la Organización desde 2014 por generar mecanismos de rendición de cuentas transparentes a través del portal electrónico: “The WHO Programme Budget Portal”⁴⁰ (Portal del Programa de Presupuesto de la OMS) detallando los programas de financiación anuales, se perfila preocupante la inclusión del sector privado y su poder en la reestructuración de la dinámica de la Asamblea Mundial de la Salud, órgano más importante en la estructura de gobierno y de financiamiento de la OMS. Según datos oficiales, tan sólo durante 2015, recibió 90 millones de dólares en donaciones de grandes farmacéuticas.⁴¹ Sin embargo ¿cómo está estructurado el Programa de Financiamiento de la OMS? Un desglose sobre las áreas prioritarias que la OMS señala y el comportamiento de la entrada de ingresos en sus diversas modalidades desde la creación de la plataforma electrónica financiera (ver Tablas 2.1 y 2.2), considerando las resoluciones WHA66.2 Programme budget 2014-2015;⁴² WHA68.1 Programme budget 2016-2017;⁴³ WHA70.5 Programme budget 2018-2019.⁴⁴

³⁹ OMS. Financiación de la OMS [en línea] URL: <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/es/> (Consultado: 15.05.2017; 09:53)

⁴⁰ WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)

⁴¹ Javier Bañuelos. “La OMS recibió 90 millones de dólares en donaciones de grandes farmacéuticas” en *Cadena SER*, sección Sociedad, 25 de agosto de 2016 [en línea] URL: http://cadenaser.com/ser/2016/06/13/sociedad/1465814899_603885.html (Consultado 21.01.2018; 12:33)

⁴² WHO. Programme budget 2014-2015 [en línea] URL: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Programme/Description/> (Consultado 15.05.2017; 13:24).

Consúltese también: WHO. Programme budget 2014-2015 [en línea] URL: http://www.who.int/about/resources_planning/PB14-15_en.pdf (Consultado 15.05.2017; 13:24)

⁴³ WHO. Resolution WHA68/2015/REC/1. Programme budget 2016-2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27 (Consultado 15.05.2017; 14:24)

⁴⁴ WHO. Programme budget 2018-2019 [en línea] URL: http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/PB2018-2019_en_web.pdf?ua=1 (Consultado 14.02.2018; 22:03)

PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS BIANUALES DE LA OMS (I)				
Período Bidual		2014-2015	2016-2017 ¹	2018-2019 ²
Categoría	Área	Total: US\$ 3 977.2 million	Total: US\$ 4340.4 million	Total: US\$ 4421.5 million
1	Enfermedades Contagiosas (Transmisibles)	US\$ 792.1 million	US\$ 783.5 million	US\$ 805.4 million
2	Enfermedades No Contagiosas (No Transmisibles)	US\$ 317.9 million	US\$ 376.0 million	US\$ 351.4 million
3	Promoviendo la salud a través del curso de la vida	US\$ 345.6 million	US\$ 381.7 million	US\$ 384.3 million
4	Sistemas de Salud	US\$ 531.1 million	US\$ 594.5 million	US\$ 589.5 million
(E)	Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS	N/A ³	US\$ 485.1 million	US\$ 554.2 million
6	Habilitación de funciones / servicios corporativos	US\$ 684.0 million	US\$ 733.5 million	US\$ 715.5 million
	OTRAS ÁREAS:			
	Erradicación de Polio, investigación de enfermedades tropicales e investigación en reproducción humana	US\$ 792.0 million	US\$ 986.1 million	US\$ 1 021.2 million
	Respuesta a brotes y crisis	US\$ 227.5 million	US\$ 204 million	N/A

Tabla 2.1: Evolución del Presupuesto de la OMS 2014-2019⁴⁵

¹ Incluye el incremento de presupuesto debido a la reforma de la actual categoría (E) en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud (A69/DIV./3). Apartado WHA69 (Sección 9);

² Para tal período bidual, sólo se considera la propuesta del programa de la OMS. En los períodos bianuales 2014-2015 y 2016-2017 se consideran las cifras ya aprobadas;

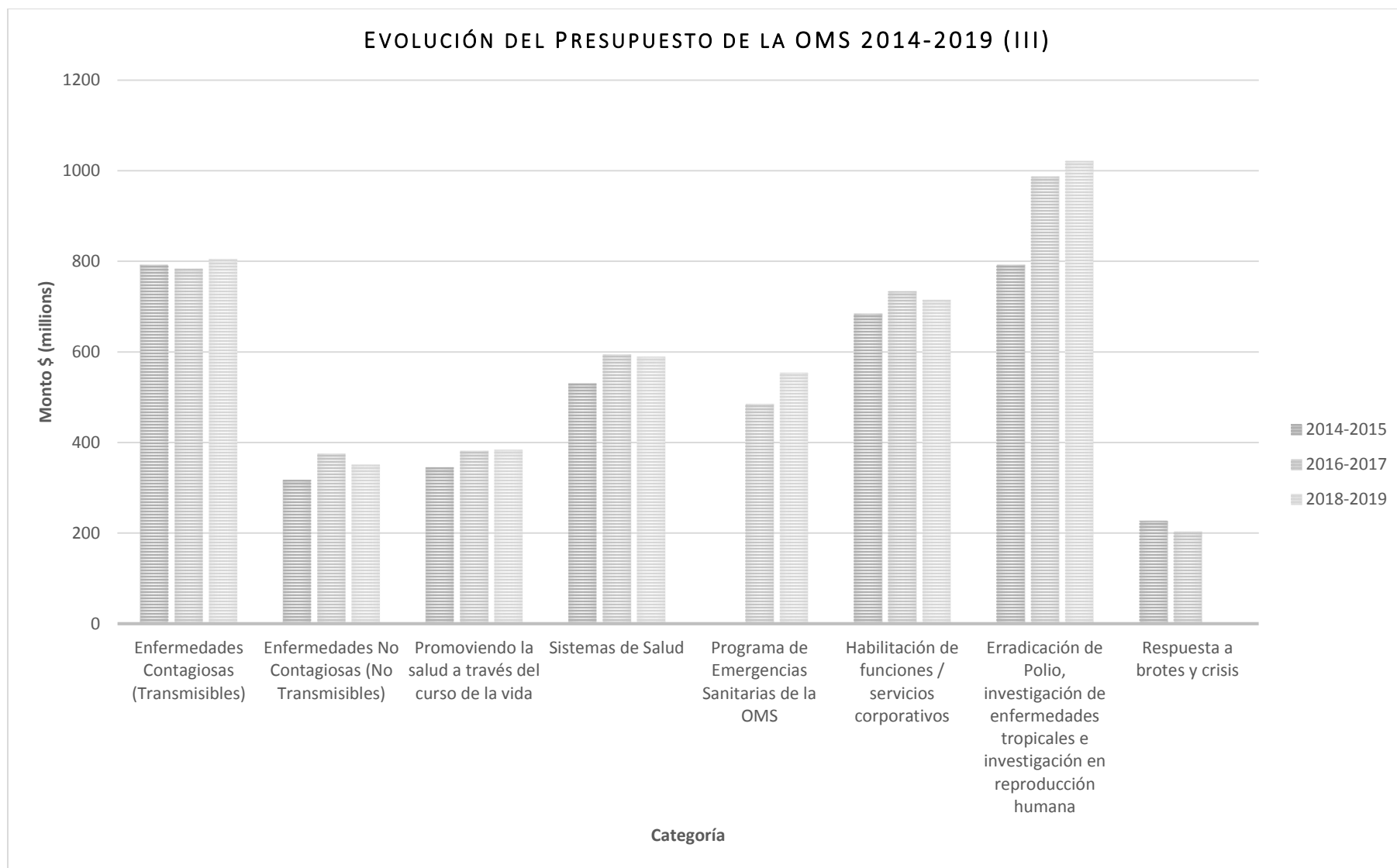
³ Rubro reformado en el Presupuesto del Programa 2016-2017, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud (A69/DIV./3). Apartado WHA69 (9)

⁴⁵ Elaboración propia con base en: WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)

PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS BIANUALES DE LA OMS (II)		
Categoría	Área	Grupo
1	Enfermedades Contagiosas (Transmisibles)	VIH; Hepatitis; Tuberculosis; Malaria; Enfermedades tropicales desatendidas; Enfermedades prevenibles a las vacunas; Resistencia Antimicrobiana
2	Enfermedades No Contagiosas (No Transmisibles)	Enfermedades No Transmisibles; Salud mental y abuso de sustancias; Violencia; Discapacidad y Rehabilitación; Nutrición; Seguridad Alimentaria
3	Promoviendo la salud a través del curso de la vida	Salud Reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente; Envejecimiento y salud; Género, equidad y Derechos Humanos; Determinantes Sociales de la Salud; Salud y Medio Ambiente
4	Sistemas de Salud	Estrategias, políticas y planes nacionales en salud; Centros de Integración y servicios de salud; Acceso a medicamentos, tecnologías de la salud y Fortalecimiento de capacidad reguladora; Sistemas de Salud, Información y Evidencia
(E)	Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS	Administración de riesgo; Servicios de Emergencia
6	Habilitación de funciones / servicios corporativos	Liderazgo y Gobernanza; Transparencia, Rendición de Cuentas; Coordinación de recursos, Planeación estratégica y Reporte; Administración y Manejo; Comunicación estratégica
	OTRAS ÁREAS:	
	Erradicación de Polio, investigación de enfermedades tropicales e investigación en reproducción humana	Erradicación de Polio, investigación de enfermedades tropicales e investigación en reproducción humana
	Respuesta a brotes y crisis	Respuesta a brotes y crisis

Tabla 2.2: Grupo de enfermedades de acuerdo al Área del Presupuesto de la OMS 2014-2019⁴⁶

⁴⁶ Elaboración propia con base en: WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)



Gráfica 2.7 Evolución del Presupuesto de la OMS 2014-2019⁴⁷

⁴⁷ Elaboración propia con base en: WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)

Respecto al esquema de los contribuyentes a la Organización para cada uno de los Programas Bianuales, la evolución ha sido la siguiente considerando dos rubros respecto a la naturaleza de las contribuciones (ver Tabla 2.3): 1) mediante las evaluaciones netas en los Estados Miembros ajustadas por los ingresos estimados no evaluados por los Estados Miembros, esto es, considerando la cuota anual de los países miembros de la Organización y 2) de contribuciones voluntarias, que representan los ingresos principalmente del sector privado, a través de fundaciones, industria farmacéutica, entre otros.

PRESUPUESTO DE LOS PROGRAMAS BIANUALES DE LA OMS (IV)			
Período Bidual	2014-2015	2016–2017 ¹	2018-2019
	Total: US \$4882 million	Total: US\$ 4385 million	Total: US\$ 4421.5 million
(1) mediante las evaluaciones netas en los Estados Miembros ajustadas por los ingresos estimados no evaluados por los Estados Miembros	US\$ 929 million + US\$251 million by Core Voluntary Contributions	US\$ 929 million	US\$ 956.9 million
(2) de contribuciones voluntarias	US\$ 3702 million	US\$ 3456 million	US\$ 3464.6 million

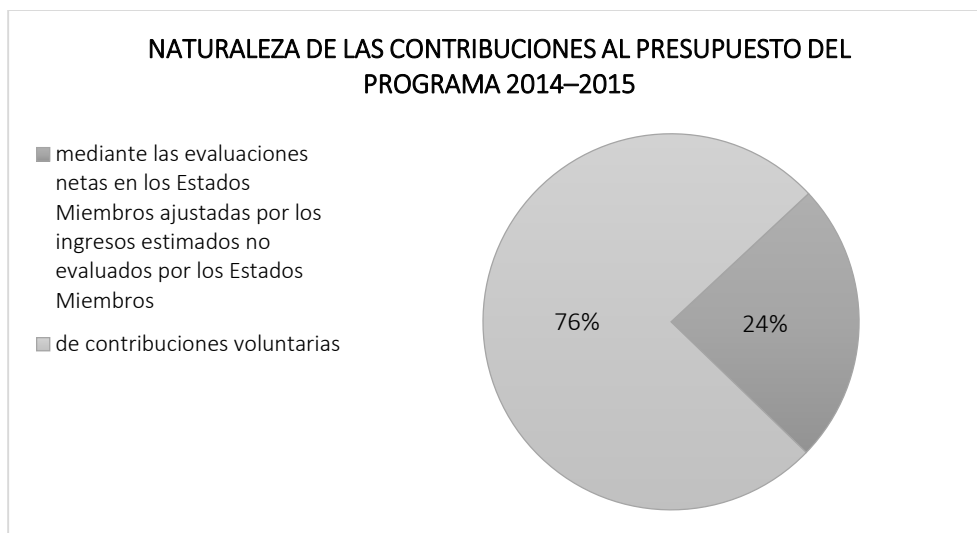
¹ No incluye el incremento de presupuesto debido a la reforma de la actual categoría (E) en la 69° Asamblea Mundial de la Salud (A69/DIV./3). Apartado WHA69 (9)

Tabla 2.3: Evolución de las Contribuciones al Presupuesto de la OMS 2014-2019⁴⁸

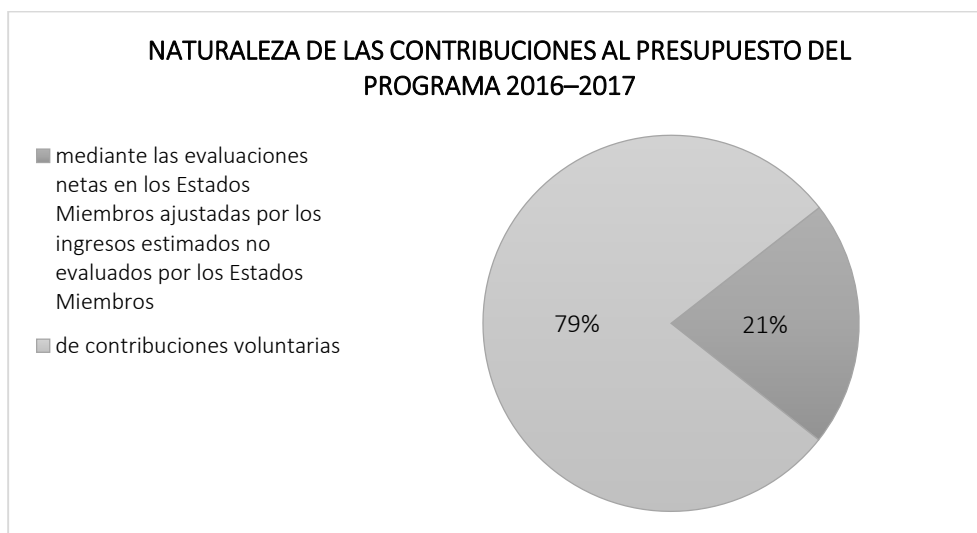
Como es posible apreciar, la evolución del esquema de financiamiento a la Organización, cuenta con mínimas variaciones que delatan la presencia cada vez más notable del sector privado ante el público (ver Gráficas 2.7, 2.8, 2.9), que a su vez ha generado la configuración de la agenda en salud a escala global. Especialistas coinciden en que la participación del sector privado ha logrado moldear la agenda de la Organización, con objetivo de alentar

⁴⁸ Elaboración propia con base en: WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)

mecanismos virtuosos a favor de la salud global. Aunque este, también ha vulnerado la salud con ejercicios bioéticos cuestionables.



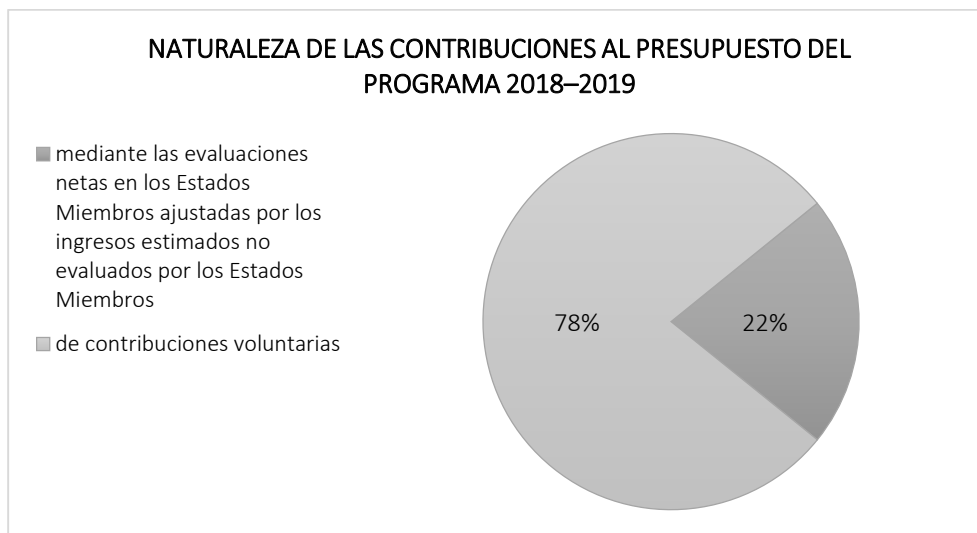
Gráfica 2.8: Distribución del Presupuesto del Programa 2014-2015⁴⁹



Gráfica 2.9: Distribución del Presupuesto del Programa 2016-2017⁵⁰

⁴⁹ Elaboración propia con base en: WHO. Programme budget 2014–2015 [en línea] URL: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Programme/Description/> (Consultado 15.05.2017; 13:24). Consúltese también: WHO. Programme budget 2014–2015 [en línea] URL: http://www.who.int/about/resources_planning/PB14-15_en.pdf (Consultado 15.05.2017; 13:24)

⁵⁰ Elaboración propia con base en: WHO. Resolution WHA68/2015/REC/1. Programme budget 2016–2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27 (Consultado 15.05.2017; 14:24)



Gráfica 2.10: Distribución del Presupuesto del Programa 2018-2019⁵¹

En la 71^o Asamblea Mundial de la Salud, celebrada del 21 al 26 de mayo de 2018, se presentó el Documento A71/INF./2, un ejercicio de transparencia exhaustivo en el que se arrojan datos interesantes respecto a las contribuciones voluntarias que emiten tanto Estados como empresas, fundaciones, bancos, o centros de investigación de todo el mundo.⁵²

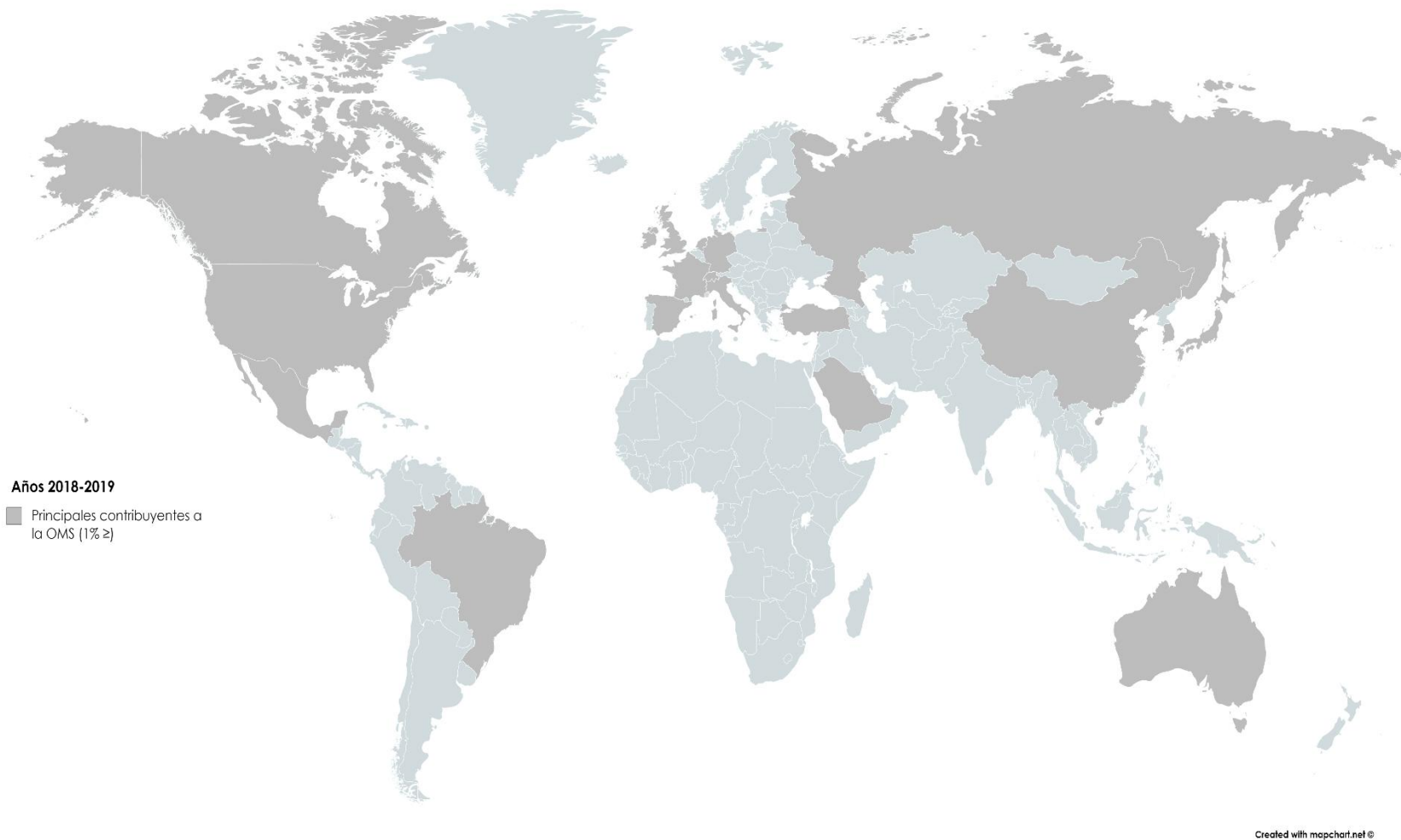
Para el período 2018-2019, los Estados que más contribuciones otorgan a la OMS pueden apreciarse en el Mapa 2.1., basado en la Resolución WHA70.9, adoptada en el marco de la 70^o Asamblea Mundial de la Salud; donde se considera para fines de la presente investigación sólo aquellos gobiernos que otorgan $1\% \geq$ de acuerdo al esquema de contribuciones señaladas.⁵³

Mismas que se definen con base en las cuotas que los miembros otorgan a la ONU, puesto que en mayo de 2003, la 56.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA56.33, en la que decidió, entre otras cosas, aceptar en adelante la última escala de cuotas de las Naciones Unidas conocida como base para determinar las contribuciones señaladas a los Estados Miembros.

⁵¹ Elaboración propia con base en: WHO. Programme budget 2018–2019 [en línea] URL: http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/PB2018-2019_en_web.pdf?ua=1 (Consultado: 14.02.2018; 22:03)

⁵² OMS. Documento A71/INF./2, 19 de abril de 2018 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_INF2-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:30)

⁵³ OMS. Resolución WHA70.9 “Escala de contribuciones para 2018-2019”, 29 de mayo de 2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R9-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:18)



Mapa 2.1 Estados con mayor participación en el financiamiento de la OMS, de acuerdo a contribuciones señaladas (2018-2019)⁵⁴

⁵⁴ Elaboración propia con ayuda de: <https://mapchart.net/>

De acuerdo a la Resolución WHA70.9, los porcentajes exactos de las contribuciones de los miembros de mayor a menor, son: Estados Unidos de América 22,0000 %; Japón 9,6802 %; China 7,9212 %; Alemania 6,3892 %; Francia 4,8592 %; Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte 4,4632 %; Brasil 3,8232 %; Italia 3,7482 %; Rusia 3,0882 %; Canadá 2,9211 %; España 2,4431 %; Australia 2,3371 %; República de Corea 2,0391 %; Países Bajos 1,4821 %; Arabia Saudita 1,1461 %; México 1,4351 %; Suiza 1,1401 %; Turquía 1,0181 %.⁵⁵

Es importante mencionar que la resolución de la Asamblea General, A/RES/72/266 “Cambiar el paradigma de gestión en las Naciones Unidas”, del 24 de diciembre de 2017, ha aprobado cambios al ciclo presupuestario del programa, con periodicidad bienal a uno anual, a partir del 2020.⁵⁶ Tal reforma habrá de influir también en la estructura financiera de la OMS.

Por otra parte, de todos los donantes privados destaca uno, la Fundación Bill & Melinda Gates, la organización del creador de Microsoft quien es la entidad privada que más aportó a la OMS que tan sólo en 2015, desembolsó 185 millones de dólares.⁵⁷

Al respecto, el portal oficial de Cadena SER (radiodifusora pionera de origen español), expone una investigación alrededor de este fenómeno.

En entrevista a Cadena SER, el Dr. Honoris Causa por la Universidad Complutense de Madrid, Germán Velásquez y quien fue Director del Programa de Medicamentos y Medicina Tradicional de la OMS por 20 años destaca que: “la Organización Mundial de la Salud ‘funciona en favor de intereses privados’ porque ‘ha sufrido un proceso de privatización’”.⁵⁸

El también autor principal de *Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a los medicamentos y la propiedad intelectual*, en español⁵⁹ (también conocido como el “Libro

⁵⁵ OMS. Resolución WHA70.9 “Escala de contribuciones para 2018-2019”, 29 de mayo de 2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R9-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:18)

⁵⁶ Asamblea General-ONU. Resolución A/RES72/266 “Cambiar el paradigma de gestión en las Naciones Unidas”, 24 de diciembre de 2017 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/RES/72/266> (Consultado 30.08.2018; 23:04)

⁵⁷ Javier Bañuelos. *Op. Cit.*

⁵⁸ *Ídem.*

⁵⁹ Germán Velásquez. “Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a los medicamentos y la propiedad intelectual”, El Centro del Sur-Farmamundi, 188 pp. [en línea] URL: <http://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf>

Rojo” de la OMS), revela las excepciones en patentes en cuanto a los derechos de propiedad intelectual y su relación con el comercio.⁶⁰

Sobre el proceso de privatización, relacionado a los canales en los que se destina la financiación a la Organización, añade Velásquez que “el problema de las donaciones voluntarias es que el donante decide para qué va [su dinero], de manera que se escapa de las deliberaciones y de la formulación de prioridades que fijan todos los países a nivel mundial. Para que lo entendamos, más del 80% del presupuesto de la OMS son contribuciones privadas o públicas, pero voluntarias, que se concentran en los diferentes países, en la Fundación Bill Gates y en la industria farmacéutica”.⁶¹

Apunta que: “cuando un donante da dinero, por ejemplo, la industria farmacéutica, estos representantes solicitan estar presente en los comités de expertos de los diferentes programas [de la OMS]. Hay un conflicto de intereses grave”.⁶²

Prueba de ello, fue el debate generado ante el surgimiento del virus AH1N1: “los posibles fabricantes de vacunas y de medicamentos, como el *Tamiflú*, estaban sentados en el comité que estaba decidiendo si se lanzaba una epidemia o no, evidentemente, [las farmacéuticas] empujaron a que se lanzara la epidemia y se diera una alarma global porque iban a tener un mercado impresionante”.⁶³

De origen colombiano, Genaro Velásquez ve certidumbre en la academia y propone “hacer un tratado internacional vinculante y que todos los países que lo firmen aprueben una ley en sus respectivos parlamentos. La OMS tiene la capacidad de negociar tratados vinculantes, pero en sus 65 años de historia sólo lo ha hecho una vez. Fue la Convención Marco contra el Tabaco y es evidente que fue una decisión increíblemente eficaz”.⁶⁴

⁶⁰ El Espectador (Redacción). “Colombiano Germán Velásquez, honoris causa en España”, en *El Espectador*, sección Salud, 27 de octubre de 2017 [en línea] URL: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/colombiano-german-velasquez-honoris-causa-espana-articulo-595558> (Consultado 26.01.2018; 01:33)

⁶¹ Javier Bañuelos. “Entrevista a Germán Velásquez: ‘Han privatizado la OMS, la financiación privada condiciona sus decisiones’” en *CADENA SER*, sección Sociedad, 25 de agosto de 2016 [en línea] URL: http://cadenaser.com/ser/2016/06/16/sociedad/1466079742_072124.html (Consultado 26.01.2018; 02:04)

⁶² *Ídem*.

⁶³ *Ídem*.

⁶⁴ Ana Flottats. “Germán Velásquez: ‘El 80% de los fármacos sólo tratan, en vez de curar, para ser rentables para la industria’” en *Público*, sección Sociedad, 25 de octubre de 2015 [en línea] URL: <http://www.publico.es/sociedad/german-velasquez-80-medicamentos-tratan.html> (Consultado 25.01.2018; 23:33)

La visión y experiencia de un académico y exfuncionario de la OMS si bien resulta controversial, evidencian los mecanismos financieros empleados no sólo por la industria sino también por gobiernos y organizaciones filantrópicas. Y aunque se puede plantear como un fenómeno de gobernanza global, no es gratuito que tal tema sea abordado con sumo cuidado cuando de DSG se trata.

2.4 La sociedad internacional ante la salud

En 2013, Julio Frenk, médico mexicano, especialista de la Universidad de Harvard y Suerie Moon, de la Escuela John F. Kennedy de Gobernanza Global, publicaron un artículo en la revista *The New England Journal of Medicine* (NEJM, por sus siglas en inglés), llamado *Governance Challenges in Global Health*⁶⁵ donde mencionaban los que a su juicio son los tres factores que más van a modelar la salud (y la enfermedad) a nivel internacional y que representan las mayores amenazas a nivel global (ver Esquema 2.1).

De hecho, María Valerio, columnista del diario español *El Mundo*, ofrece también su visión sobre el artículo⁶⁶. Ella recupera los siguientes aspectos del artículo.

Por un lado, el reto aún pendiente que suponen las enfermedades infecciosas, y que determinan sobre todo el perfil de los problemas en las regiones de bajos ingresos, donde infecciones como el VIH, la tuberculosis o la malaria; la malnutrición o los problemas de mujeres y niños durante el parto siguen siendo los tres mayores enemigos de la salud.

El segundo reto, tiene que ver con el preocupante aumento de las llamadas ENT, como el cáncer o las patologías cardiovasculares, que han dejado de ser amenazas exclusivas de los países ricos para emigrar a otros territorios con menos recursos a medida que éstos abrazan hábitos como el tabaquismo o una mala alimentación.

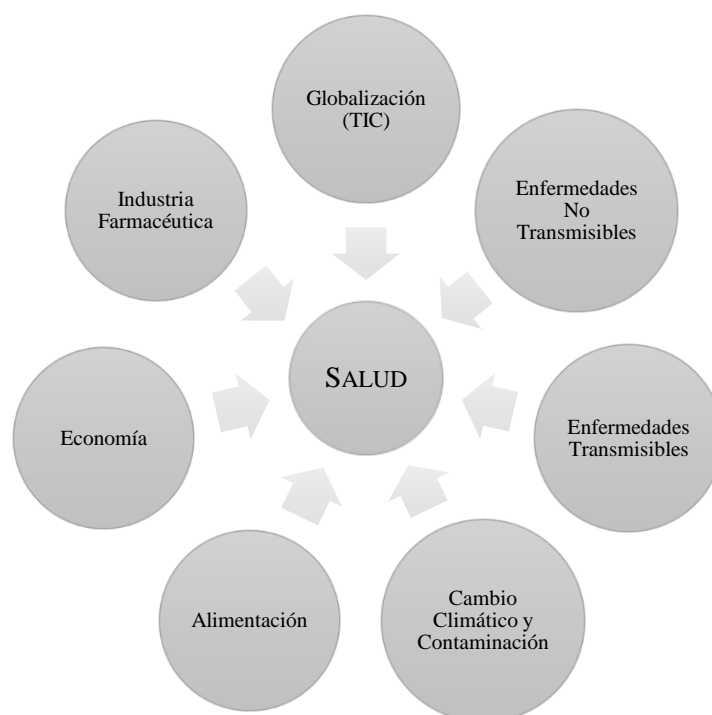
Finalmente, el tercer fenómeno al que habrá que prestar atención como agente de cambio en los problemas de salud que serán protagonistas en el siglo XXI es la propia globalización. Muchas de las enfermedades que nos acompañarán (y que de hecho ya están con nosotros) no entienden de fronteras, como se ha venido demostrando desde 2003 con la aparición de

⁶⁵ Julio Frenk y Suerie Moon. "Governance Challenges in Global Health" en *The New England Journal of Medicine*; núm. 368, pp. 936-942.

⁶⁶ María Valerio. "La Salud de un mundo global" en *El Mundo*, 23 de junio de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/salud/2014/06/23/53a41222e2704e387a8b4581.html> (Consultado 15.05.2017; 10:51)

nuevas infecciones como el SARS, diversas gripes de origen animal, coronavirus, etc., que viajan fácilmente gracias a los movimientos de población.

Sumado a estos tres grandes retos, se pueden agregar otros dos de gran relevancia: el cambio climático y la contaminación.



Esquema 2.2: Factores que habrán de modelar la salud a nivel global⁶⁷

Por lo tanto, reconocer las causas de mortalidad y morbilidad en el mundo, permitirán orientar esfuerzos no sólo de carácter diplomático en la materia, sino también detectar fallas estructurales y oportunidades en la gestión de estadísticas. Como lo advierte la OMS: “cuando la mortalidad por las cardiopatías y la diabetes se dispara en pocos años, es muy conveniente poner en marcha un programa potente para fomentar modos de vida que ayuden a prevenir estas enfermedades”.⁶⁸

⁶⁷ Elaboración propia con base en: Julio Frenk y Suerie Moon. *Op. Cit.*, pp. 936-942. Se agregan la Economía, la Alimentación y la Industria Farmacéutica.

⁶⁸ OMS. Las 10 principales causas de defunción: ¿Por qué necesitamos saber las causas de muerte? (última actualización: enero 2017) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)

Del mismo modo, “si en un país se registra una alta mortalidad infantil por neumonías y el presupuesto dedicado a ofrecer tratamientos eficaces es reducido, se puede aumentar el gasto en esta esfera”.⁶⁹

Actualmente, agencias de información como *Bloomberg* se aventuran a realizar estudios sobre la situación de la salud en el mundo. El Índice Global de Salud de esta agencia evalúa un conjunto de variables sanitarias de 163 países usando datos de la OMS, el BM y la ONU.

Entre las variables consideradas para la puntuación se encuentran la expectativa de vida en distintos puntos de desarrollo, causas de muerte, la tasa de mortalidad, la disponibilidad de agua potable, y otros factores. También se toman en cuenta otras medidas que podrían afectar la puntuación así como el riesgo sanitario, la malnutrición infantil y el porcentaje de la población con enfermedades como la hipertensión, el sobrepeso, el sedentarismo y las adicciones. La expresión de este fenómeno revela un interés real por globalizar la información en materia de salud y que puede perfilarse como una herramienta polisémica.

Resulta interesante, que sea Italia el líder respecto a la salud de sus habitantes, a pesar de la crisis económica de la cual no se ha recuperado (ver Anexo 2). Tal como señala *Playground* (uno de los portales más reconocidos por sus críticas respecto a información global): “Cuando uno piensa en el lugar del mundo donde las personas gozan de mejor salud, la postal suele ser la siguiente: ciudadanos adinerados, estabilidad política y crecimiento económico. Pero esto no es precisamente lo que pasa”.⁷⁰

Otros actores como el BM u organizaciones internacionales aparecen de forma más activa respecto a cuantificar y calificar el esquema de salud en el mundo. Este elemento debe ser tomado en cuenta sin lugar a dudas por los diplomáticos, junto a otros igual de importantes que ha resumido la OMS en 2017,⁷¹ quien ha logrado dibujar un escenario sobre el trabajo en esta área (ver Anexo 3).⁷²

⁶⁹ *Ídem*.

⁷⁰ Playground. “La nueva lista de Bloomberg con los 50 países más sanos no gustará en Sudamérica”, 12 de julio de 2017 [en línea] URL: https://www.playgroundmag.net/food/sano-mundo-crisis-economica-estragos_22584139.html (Consultado 21.10.2017; 14:39)

⁷¹ OMS. “Resumen del 2017: repaso de la salud mundial de la Organización Mundial de la Salud” [en línea] URL: <http://www.who.int/features/2017/year-review/es/#event-resumen-del-2017-actualidad-de-la-salud-mundial> (Consultado 21.10.2018; 16:39)

⁷² OMS. “Más sano, más justo, más seguro. La travesía de la salud mundial 2007 – 2017” [en línea] URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259204/1/9789243512365-spa.pdf?ua=1> (Consultado 21.01.2018; 19:02)

Reflexión final

En conclusión, se puede apreciar un panorama complejo respecto a las causas de mortalidad en el mundo, aún más cuando se incluye la perspectiva de los DSS, misma que revela la necesidad de mirar hacia la economía en sus respectivos niveles.

A pesar de la reestructuración de la OMS, se logra identificar la relevancia que imprime el sector privado y de la gradual configuración de la agenda de la Asamblea Mundial de la Salud sobre los temas a tratar. Esto, por supuesto invita a repensar sobre el cómo los Estados se comportan ante este fenómeno y comprenden que la clave, es observar en la DSG un mecanismo que logre armonizar tales relaciones, sin excluir variables exógenas como el cambio climático, la contaminación, la globalización y las ET y ENT; mismas que desempeñan un factor importante en el diseño de estrategias, espacios de discusión y negociaciones.

Un acercamiento a las características de la DSG, por lo tanto serán analizadas en el siguiente capítulo para comprender las dimensiones que desea afrontar ante los retos antes expuestos.

CAPÍTULO 3. HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL

Es un hecho que el carácter tradicional de la diplomacia enmarcada en el contexto europeo del siglo XVII ha sido desdibujado progresivamente por el continuo avance que ha traído consigo la globalización tecnológica, financiera, política y social. Si bien ese tipo de diplomacia prima y continúa vigente en este siglo, resulta necesario deconstruir lo que significa la y las diplomacias contemporáneas.

De acuerdo con el sociólogo alemán Ulrich Beck “vivimos, pensamos y actuamos en un mundo plagado de conceptos anticuados que, no obstante siguen gobernando nuestro pensamiento y acción”.¹

Siguiendo esta línea, la presencia cada vez más frecuente del término *new diplomacy* (nueva diplomacia) para conceptualizar algunas de las nuevas temáticas en las relaciones internacionales que se generan debido a la inclusión de cuestiones en las agendas de los Estados, ha operado como una constante ante los cambios que este siglo presenta.

El director del Instituto de Salud Global Barcelona (ISG), Manuel Manrique, explica que “este nuevo enfoque apareció a finales del siglo pasado —motivado por el final de la Guerra Fría y el aumento de globalización— y ha supuesto la inclusión de nuevos temas y la aparición de nuevos actores en la agenda de política exterior”.²

Y es que, tal como señala el académico y político español, Rafael Calduch sobre esta nueva configuración: “[...] hoy, como ayer, las relaciones diplomáticas forman, junto con la guerra, el comercio y la comunicación, el sustrato esencial de una sociedad internacional cuyo entramado de relaciones y actores ha experimentado una constante y creciente complejidad a lo largo de la historia”.³

Así, José Antonio Llorente, Socio Fundador y Presidente de LLORENTE & CUENCA; ha señalado que: “la diplomacia ya no se desarrolla de forma exclusiva entre los Ministerios o las Embajadas de los países sino que, en paralelo, trabaja codo con codo con la sociedad

¹ Ruslan Posadas Velázquez. “Apuntes sobre las reflexiones teóricas de Ulrich Beck” en *Revista de Estudios Políticos de la UNAM*, novena época, núm. 37 (enero-abril, 2016): p. 33.

² Manuel Manrique. Diplomacia en la salud global: promoción de la salud y poder inteligente. Documento de trabajo para el seminario de ISGlobal: Palau Macaya (Barcelona) 13 y 14 de septiembre. ISG, p. 7.

³ Rafael Calduch. “Capítulo 7: La Diplomacia en Dinámica de la Sociedad Internacional” en Rafael Calduch. *Dinámica de la Sociedad Internacional*. CEURA: Madrid, 1993. p. 1.

civil que ha acabado convertida en la embajadora de los intereses de las naciones en el exterior”.⁴

Y es que a diferencia del pasado, tal como señala Luciano Tomassini (1935-2010), en la actualidad las relaciones internacionales:⁵

- a) son protagonistas por un creciente número de centros de poder, cuya actuación externa no sólo representa los intereses del Estado sino también los de la sociedad civil organizada,
- b) se desenvuelven en torno a una agenda más compleja y menos jerarquizada a la cual se incorporan nuevos temas,
- c) son manejadas por nuevos y múltiples agentes, con frecuencia distintos del Estado, los cuales
- d) ponen en juego recursos de poder no tradicionales de una variedad de arenas mucho más numerosas, cambiantes y entrelazadas que antes.

Bajo tales premisas, las relaciones diplomáticas en materia de salud habían sido poco exploradas más allá del orden tradicional del poder inteligente⁶ en el seno de la OMS y de algunas iniciativas privadas, como las de la Fundación Rockefeller en países denominados de “renta baja”.

Partiendo de tal idea, hoy en día el incipiente desarrollo de la DGS como campo de estudio y formación ha reorientado la relevancia que la salud global imprime en las relaciones internacionales contemporáneas. El ejercicio de este poder inteligente se ha abierto a numerosos espacios.

En este sentido, como una nueva diplomacia, la DSG ha logrado generar un interés particular sobre la posibilidad de armonizar las RR.II. y el campo de la Salud Global,

⁴José Antonio Llorente. “La nueva Diplomacia” en *Revista Uno*, núm. 17 [en línea] URL: <http://www.revista-uno.com/numero-17/la-nueva-diplomacia/> (Consultado 16.08.2017; 19:35)

⁵ Luciano O. Tomassini. “El Marco de Análisis de la Política Exterior” en *Cursos de derecho internacional de Vitoria-Gasteiz = Vitoria-Gasteizko nazioarteko zuzenbide ikastaroak*, núm. 1, pp. 119-162. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea: País Vasco, 1990; p. 137.

⁶ Se recuerda que la noción de poder inteligente (*smart power*, en inglés) se circunscribe en el accionar diplomático de Estados Unidos. El llamado poder inteligente es un concepto, que en nuestra disciplina se ha definido por el académico y politólogo Joseph Nye como “la habilidad de combinar poder duro y suave en una estrategia ganadora”.

principalmente por la relevancia que esta reflejó en la construcción de los ODM, hoy ODS de la ONU.

El profesor David P. Fidler, quien fue consultor para la OMS, explica que la ascendencia de la salud en la política exterior en gran parte se entiende gracias a los discursos de seguridad, intereses económicos, dignidad humana y desarrollo. Mismos discursos que han constituido pilares fundamentales en las relaciones internacionales, particularmente desde 1990.

De acuerdo a Fidler, la ascendencia de la DSG se explica debido a que “la globalización forzó a los expertos en salud a enfrentar la protección y nuevos desafíos junto a oportunidades para los sistemas de salud, hasta entonces no preparados”.⁷ Sin embargo, también teme que esta sea “solamente otra moda política, un tema con su breve momento en el sol antes de ser oscurecido nuevamente por otros temas”.⁸

Pese a lo anterior, es necesario apuntar que la globalización de la información y el impacto de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) han permitido fortalecer la dialéctica de un nuevo patrón de comunicación tradicional y con ello otorgar un nuevo peso al modelo de relaciones internacionales.

Tal como lo señalaba Marshall McLuhan, en su obra *El medio es el mensaje: un inventario de efectos* (1967), sobre la revolución paradigmática de los medios de comunicación: “nuestro nuevo ambiente obliga al compromiso y a la participación. Cada uno de nosotros está ahora irrevocablemente envuelto en la vida de los demás, y es responsable de ellos”.⁹

Este siglo también se ha caracterizado por dar génesis a un nuevo perfil ciudadano, en el que actúa de forma innovadora, exigiendo y siendo proactivo ante nuevas circunstancias globales y entornos diferentes.

La tesis de la “aldea global”¹⁰ de McLuhan se ha redefinido. Un ciudadano en esta aldea logra influir, orientar, cuestionar o apoyar los actos, políticas y decisiones de los Estados de

⁷ David P. Fidler. Chapter 38 “Health Diplomacy” en *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*, Editado por Andrew F. Cooper, Jorge Heine y Ramesh Thakur, p. 692. Gran Bretaña, Oxford University 2013.

⁸ David P. Fidler. Presentación: Salud, Política Exterior y tica Exterior y Diplomacia: Resumen conceptual y advertencias. Día Mundial de la Salud, OPS, 2 abril de 2007 [en línea] URL: http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/images/Karla/documentos/concepto_salud_global/Salud_Politica_exterior_y_diplomacia.pdf (Consultado 16.08.2017; 10:02)

⁹ Marshall McLuhan y Quentin Fiore. *El medio es el mensaje: un inventario de efectos*. Editorial Paidós: España. 4ta reimpresión, 1997; pp. 167.

¹⁰ Mashall McLuhan y B.R Powers. *La Aldea Global*. Editorial GEDISA: Barcelona. 1995; pp. 203.

forma inmediata en la que los adopta. Y este a su vez, delinea nuevos procesos de negociaciones internacionales, suscripción de acuerdos y/o alianzas estratégicas, así como la toma de decisiones.

Se ha logrado configurar una diplomacia, no sólo en materia de salud, que expresa comunicaciones ágiles, transparentes, efectivas; en la que se modela y promueve el debate, la opinión pública, en la que todos interactúan ya sea desde oficinas, hogares, trabajo o en las calles. El siglo XXI también es el siglo de la Diplomacia 2.0¹¹ y que David Bollier ha definido como *netpolitik* y *mediapolitik*.¹²

Consecuentemente, esta renovada forma de establecer relaciones diplomáticas no sugiere que la DSG sea un tema de moda. Al contrario, se fortalece el argumento de que la dimensión de la salud global incentiva la inserción de tales temas como un imperativo que aunque desplazado por los temas de política dura (*hard politics*, en inglés) también se orienta en tales términos en el campo de la seguridad sanitaria internacional.

Ejemplo de lo anterior, es la considerable oportunidad de establecer tal dialéctica entre OO.II., gobiernos, las ONG, el sector privado y la sociedad civil, en foros de participación como *K-Pharma*, foro organizado por el gobierno de Corea del Sur, en el que México ha participado; The Center for Global Health and Diplomacy, de EE.UU. y plataformas promovidas por la OMS a través de su Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento, disponible en la página electrónica, <http://www.who.int/library/es/>, por mencionar sólo algunos.

Existe además la figura de departamentos y/o divisiones especializadas en las instituciones del exterior de algunos países, como Alemania¹³ (Coordinator for the Foreign Policy Dimension of Global Health Issues), EE.UU.¹⁴ (the Office of Global Health Diplomacy,

¹¹ Gabriel Terrés. "Diplomacia pública 2.0: una propuesta virtual para un mundo real" en *Revista Mexicana de Política Exterior* N°92. Instituto Matías Romero, SRE: Ciudad de México, 2011; pp. 97-126.

¹² David Bollier. *The Rise of Netpolitik: How the Internet is Changing International Politics and Diplomacy: a Report of the Eleventh Annual Aspen Institute Roundtable on Information Technology*. The Aspen Institute: Washington D.C., 2003, pp. 72 [en línea] URL: http://www.bollier.org/files/aspen_reports/NETPOLITIK.PDF (Consultado 21.09.2018; 18:51)

¹³ Federal Foreign Office, Germany. *Global health policy* [en línea] URL: <https://www.auswaertiges-amt.de/en/aussenpolitik/themen/gesundheit> (Consultado 03.06.2017; 14:48)

¹⁴ Office of Global Affairs (OGA) USA. *Global Health Diplomacy* [en línea] URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/oga/global-health-diplomacy/index.html> (Consultado 03.06.2017; 11:55)

OGHD), Japón¹⁵ (Global Health Policy Division), profesionales que cuentan con herramientas que les permiten confrontar tales temas, logrando armonizar la existencia de posibles desfases de conocimientos técnicos médicos con diplomáticos que observan o revisten una considerable importancia a tal situación.

Por ello, la presente investigación alienta la orientación a tal tema como uno de suma relevancia, alrededor de los ODS y de la necesaria voluntad política y de las operaciones que conjugan diversos actores en esta línea, relacionados a nivel global a través del binomio política exterior-salud.

3.1. Política Exterior y Salud

Si deseamos tener un acercamiento oportuno a la DSG, es necesario reconocer en primer lugar la relación presente entre dos campos que aparentemente pueden ser disímiles, pero que ciertamente poseen una relación más estrecha de lo que podríamos pensar: la política exterior y la salud, particularmente la salud pública.

La política exterior, entendida como “aquella parte de la política general formada por el conjunto de decisiones y actuaciones mediante las cuales se definen los objetivos y se utilizan los medios de un Estado para generar, modificar o suspender sus relaciones con otros actores de la sociedad internacional”¹⁶, opera como la directriz más importante de los Estados para orientar su quehacer en el entorno internacional.

Al respecto, cobra relevancia entonces el comportamiento que asumen los Estados en materia de salud, pues como señala el académico chileno, Luciano Tomassini Olivares: “La política exterior representa la forma en que un país se conduce frente a su contexto externo. Su formulación depende estrechamente de la visión que cada país tenga de dicho contexto. Una interpretación equivocada de éste, o la ausencia de una visión a ese respecto, dificultan tener una política adecuada”.¹⁷

En tanto esta ha sido diseñada por los Estados con base a suficientes postulados de la *realpolitik*, es decir, que “postula el principio de que los Estados se conducen, en su política

¹⁵ Ministry of Foreign Affairs of Japan (MOFA). Organization. International Cooperation Bureau [en línea] URL: <http://www.mofa.go.jp/about/hq/org.html> (Consultado 21.10.2017; 19:07)

¹⁶ Eduardo Vilariño Pintos. *Curso de Derecho Diplomático y Consular. Parte General y textos codificados*. Tecnos: Madrid, 1987; p. 90.

¹⁷ Luciano O. Tomassini. *Op. Cit.*, p. 137.

exterior, motivados por su interés nacional y no por consideraciones de ‘altruismo’, ‘amistad’, ‘idealismo’ o ‘solidaridad’, y que el poder juega un papel crucial en las relaciones internacionales”,¹⁸ se entiende que aunque tal tradición en el diseño de la política exterior se orientó en los períodos de postguerra, el cambio de paradigma en el sistema internacional con la creación de la ONU, aunado a un posterior y progresivo desarrollo del modelo neoliberal empuja motivaciones de orden liberal.

Debido a la construcción de una agenda internacional nunca antes vista, se comenzó a diversificar las líneas de acción de los países a través de la cooperación internacional, donde la salud encontró un lugar notable para su desarrollo.

Resulta interesante que pocos sean los países que han posicionado el tema de la salud como relevante desde sus diferentes aristas en sus respectivas agendas de política exterior, recuperando los casos de Estados Unidos, Japón, Noruega, Reino Unido, Suiza, y la Unión Europea (UE). Incluso muchos operando a través de sus respectivas agencias de cooperación para el desarrollo, a pesar de la existencia de un nicho de oportunidades que aún no se ha logrado potencializar.

En este sentido, en 2007 la entonces Directora General de la OMS, Margaret Chan, señaló que: “La salud es [...] un terreno fructífero y amigable para la diplomacia exterior. Es decisiva para impulsar el progreso económico y social. Contribuye a la estabilidad y es fundamental para la prosperidad. Una evolución hacia una mayor estabilidad y prosperidad mundiales beneficia a todos los países”.¹⁹

Asimismo, destacó la Dra. Chan que “en materia de salud nuestro mundo está extremadamente desequilibrado. Entre los países ricos y pobres la esperanza de vida acusa diferencias que pueden llegar a ser de 40 años”.²⁰ Cifra que apunta tan sólo uno de los muchos indicadores empleados en el diseño de una evaluación de la situación de la salud en el mundo.

El exsecretario de Salud de México, Julio Frenk enfatiza que “la salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio

¹⁸ Rodrigo Borja. Enciclopedia de la Política de Rodrigo Borja. *Realpolitik* [en línea] URL: <http://www.en.encyclopediadelapolitica.com/index.php?title=Realpolitik> (Consultado 02.05.2017; 13:03)

¹⁹ Oficina del Director General-OMS. Discursos 2008. Margaret Chan. “Salud y Política Exterior. Declaración pronunciada en la reunión ministerial sobre diplomacia y salud global” (27 de septiembre de 2007) [en línea] URL: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070927_newyork/es/ (Consultado 02.05.2017; 13:04)

²⁰ *Ídem*.

para la realización personal y colectiva”.²¹ Prosigue el Dr. Frenk, señalando que “constituye por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo”.²²

El 26 de noviembre de 2008, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución A/RES/63/33 cuyo texto reconoce “la estrecha relación existente entre política exterior y salud mundial y su interdependencia.”²³ Este sería una de las primeras resoluciones en la materia y que hasta el momento se le ha otorgado un seguimiento a través de las Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas: A/RES/64/108, A/RES/65/95, A/RES/66/115/, A/RES/67/81, A/RES/68/98 y A/RES/71/159.

Como se podrá apreciar a continuación, existen antecedentes interesantes sobre el seguimiento formal de la problemática que ha representado la procuración de la salud, partiendo de la preocupación que existe por establecer mecanismos nacionales ante desafíos globales, regionales, nacionales y locales.

3.2. Marco histórico de la Diplomacia en Salud Global (DSG)

El representante de la OPS en Argentina, Pier Paolo Balladelli señala que “a nivel internacional, cronológicamente, la historia de la ‘diplomacia en salud’ podría estructurarse en 5 períodos”.²⁴ A saber:

1. La primera fase o período considera al Consejo Supremo de Constantinopolis para Atención de la Salud, fue fundado en 1839 para controlar barcos extranjeros en puertos turcos, principalmente con el objetivo de controlar los brotes de cólera, que proliferaban en la época.

Posteriormente, en 1851 la primera Conferencia Sanitaria Internacional se organiza en París sobre enfermedades infecciosas y su impacto sobre el comercio y la navegación con participación de delegaciones de diplomáticos y médicos (los

²¹ Julio Frenk. *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica (FCE): México, 1994; p.25.

²² *Ídem*.

²³ Asamblea General-ONU. “Salud mundial y política exterior”, A/RES/63/33 (27 de enero de 2009) [en línea] Dirección URL: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/63/33&Lang=S (Consultado 15.05.2017; 11:18)

²⁴ Pier Paolo Balladelli. “El surgimiento de la diplomacia en salud y su desarrollo en la Argentina” [en línea] URL: www.paho.org/arg/images/gallery/ANM%208ago13.doc?ua=1 (Consultado 06.02.2017; 19:50)

diplomáticos fueron quienes guiaron las negociaciones). Ello permitiría hasta 1863 crear el Comité Internacional de la Cruz Roja.

2. En la segunda fase lo más relevante fue el establecimiento de cuerpos relacionados con salud a nivel regional e internacional. La Oficina Sanitaria Panamericana fue establecida en el año 1902, la Oficina Internacional de la Higiene Pública (OIHP) en 1903 y la Liga de Organización Naciones de Salud (LNHO) en 1920.

Además, iniciaron los primeros foros internacionales en donde la salud se posicionó como tema de interacciones formales entre los estados. En 1919 la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y en 1913 la Fundación Rockefeller empezaron a mover capitales privados para salud.

3. En la tercera fase, en 1948 nace una organización internacional unificadora de la OIHP y la LNHO: la OMS. Para respetar las diferencias de contexto regional y la presencia de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS estableció 6 oficinas regionales.

Se advierte a la OMS un mandato amplio: actuar como la autoridad de dirección y coordinación sobre la labor internacional en salud que posteriormente se extenderá más allá de los confines para el control de la difusión de las enfermedades para proteger la salud como un derecho humano.

4. En la cuarta fase, en 1978 la agenda de salud internacional da un paso decidido gracias a la Conferencia de Salud Primaria de Salud en Alma Ata, Kazajstán, donde se reafirma la salud como un derecho fundamental a través de la Atención Primaria de Salud para “lograr un nivel aceptable de salud para todas las poblaciones” y enfatizar el rol de los gobiernos en garantizar “Salud para Todos” en el nivel nacional. Esta a su vez reconoció de los gobiernos el rol fundamental de los actores no gubernamentales, así como la influencia de los actores sociales y económicos.

Tan importante ha sido la Declaración de Alma-Ata, que la Carta de Promoción de Ottawa de 1986 se construyó a partir de las estrategias definidas en Alma Ata. Esta fue producto de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre del mismo año, la cual a su vez, fue una

respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y que ha sostenido una notable trayectoria hasta nuestros días.

5. Finalmente, la quinta fase comprende el período desde el año 2000 hacia un mundo multipolar.

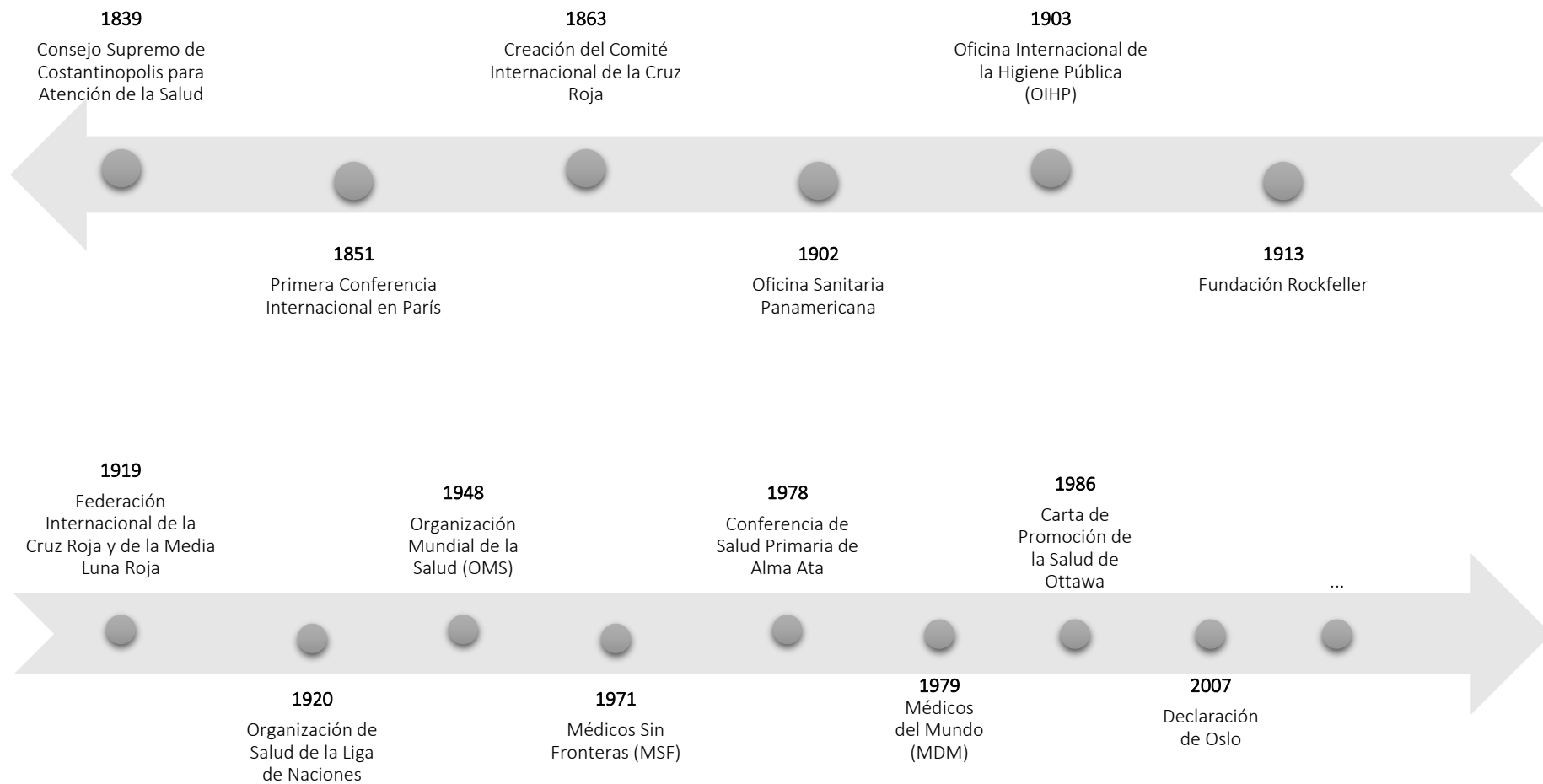
Asimismo, en la segunda parte del vigésimo siglo, cambios económicos y políticos alteran la manera en que la diplomacia fue conducida. Con el fin de la Guerra Fría, la redistribución del poder, la intensificación de la globalización, la brecha del desarrollo y la resurgencia de amenazas en salud (incluyendo el VIH/SIDA e influenza) plasman un nuevo contexto político.

En este período el sector financiero y privado toma un rol más importante en la salud internacional (entre ellos el Banco Mundial) y se vuelven muy importantes compañías público-privadas como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, en inglés) y el Fondo Mundial para el VIH-malaria-tuberculosis. Además, algunas ONG internacionales como OXFAM (aunque creada en 1942, tal como es conocida actualmente se reformó en 1965), Médicos Sin Fronteras (MSF) (1971) y Médicos del Mundo (1979) que jugaron un rol en la salud internacional, empezaron a desempeñar un papel más importante en llamar la atención global hacia temas adentro y afuera de los confines nacionales.

Finalmente, un cambio más importante: inicia un proceso en el que se transita de la conceptualización de Salud Internacional prefiriéndole el término a Salud Global.

Estos antecedentes conforman una sólida base que ampara la preocupación sobre la incidencia de las enfermedades en la salud de las personas y los Estados (ver Esquema 3.2).

Al respecto, también se vuelve necesario identificar las fuerzas que han orientado tales esfuerzos de concertación, reconociendo la transición fenomenológica y en consecuencia conceptual en el ámbito de la salud a escala global. ¿Cómo se explica el cambio histórico de actividades a favor de la salud pública?, ¿a partir de qué momento se genera este cambio y cómo evolucionó hasta consolidarse como una visión que asimila la realidad internacional y la interdependencia global? Un somero análisis sobre tales interrogantes se muestra a continuación.



Esquema 3.1: Esbozo Histórico de la Evolución de la DSG²⁵

²⁵ Elaboración propia con base en: Pier Paolo Balladelli. “El surgimiento de la diplomacia en salud y su desarrollo en la Argentina” [en línea] URL: www.paho.org/arg/images/gallery/ANM%208ago13.doc?ua=1 (Consultado 06.02.2017; 19:50)

3.2.1. La transición de la Salud Internacional a la Salud Global: una nueva conceptualización desde la OMS. Reflexiones en torno a una nueva Salud Pública

En el apartado anterior se revela que el abordar la salud a través de la colaboración ya sea local, nacional o global para generar un marco de acción de todos los países a favor de la misma y conviniendo en el involucramiento de Estados (a través de diplomáticos), OO.II., ONG, sociedad civil, empresas, entre otros grupos interesados, también abarca necesariamente diversas transiciones temáticas ante la multiplicidad de escenarios sanitarios.

Sin embargo, debe tomarse en cuenta que tal marco de acción ha estado sujeto a fuerzas históricas que orientaron tal necesidad. Hoy una fuerza llamada “neoliberalismo” arrasa de forma abrupta en cada rincón de nuestro planeta a una velocidad extraordinaria.

Comprender la transición de Salud Internacional a Salud Global exige en un segundo orden de ideas la definición de Salud Pública.

La **Salud Pública** como campo de estudio y como campo de acción, se entiende como: “la actividad encaminada a mejorar la salud de la población”.²⁶ Esta incluso opera entre la “vieja” salud pública y la “nueva” salud pública; aspecto de suma relevancia en la comprensión de la dimensión que adquiere la Salud Global.

De acuerdo con el Dr. Julio Frenk, la idea de una “nueva” salud pública no es en ella misma reciente. Ante el triunfo de la microbiología unas cuantas décadas antes, lo “nuevo” consistía en encontrar el agente específico de cada enfermedad.²⁷ En 1913, el doctor Hibbert Winslow Hill, entonces director del Instituto de Salud Pública de la ciudad de Londres en Ontario, Canadá señaló en su obra *The New Public Health*, que “el cambio esencial es este: la vieja salud pública se ocupaba del ambiente, la nueva se ocupa del individuo. La vieja buscaba las fuentes de las enfermedades infecciosas en el entorno del hombre: la nueva las encuentra en el hombre mismo”.²⁸ Es decir, esta visión permitía individualizar los problemas

²⁶ Vicenç Navarro. Capítulo 3: Concepto Actual de Salud Pública [en línea] URL: <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf> (Consultado 18.12.2017; 14:16)

²⁷ Julio Frenk. *Op. Cit.*

²⁸ Hibbert Winslow Hill. “The New Public Health” en *The Journal-Lancet of Minneapolis*. University of California, 1913 [en línea] URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.b3843880;view=1up;seq=1> (Consultado 03.02.2018; 17:20)

de salud, en contra de la anterior concepción que buscaba las causas de la enfermedad en la influencia inespecífica del ambiente.²⁹

El Dr. Frenk señala que esta perspectiva domino hasta 1988, año en que los ingleses John Ashton y Howard Seymour en su obra *The New Public Health* apuntaron una vez más que: “[...] la Nueva Salud Pública va más allá de la comprensión de la biología humana y reconoce la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas de salud que son causados por los estilos de vida... Muchos problemas de salud son por lo tanto vistos como algo social, más que como problemas solamente individuales”.³⁰

Siguiendo esta lógica, el esquema de gobernanza y política global en el que los Estados se encontraban sumergidos hasta antes de la entrada al siglo XXI, también se vio afectado con la consolidación del neoliberalismo.

Anteriormente, desde la década de los años cincuenta, el marco en el que se movilizaba la dinámica de la cooperación entorno a la salud en el mundo era denominado Salud Internacional.

El término de **Salud Internacional** fue popularizado por la Fundación Rockefeller a través de la creación de la Comisión de Salud Internacional en 1913 y con la fundación del International Health Board (IHB). Se destacó como una disciplina académica en la segunda parte del siglo XX (por ejemplo, en el London School of Hygiene and Tropical Medicine).

La salud internacional tuvo un enfoque asistencialista; se ocupaba de las condiciones sanitarias en los denominados países en desarrollo, principalmente con el fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas entre países, disminuir la carga de enfermedades y promocionar el desarrollo de sistemas de salud.

Desde el mundo desarrollado, el interés en la salud de países en desarrollo³¹ surgió notablemente en Estados Unidos, Inglaterra y Francia, como parte de las acciones destinadas a mantener saludable a sus fuerzas de colonización y expedicionarias. Esa disciplina fue definida como Salud o Medicina Tropical y se ocupaba mayormente de las enfermedades

²⁹ Julio Frenk. *Op. Cit.*

³⁰ René Jules Dubos. *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico*. Fondo de Cultura Económica (FCE): México, 1975; pp. 113-122.

³¹ Para fines de la presente investigación se asume la clasificación del Índice de Desarrollo Humano de la ONU.

infecciosas que afectan a las personas en climas tropicales.³² Este será el primer enfoque de la OMS.³³

El concepto de Salud Internacional en el siglo XX evolucionó a través de cinco etapas diferenciadas que en ocasiones se traslaparon.³⁴

- 1) En la primera etapa (1500-1800) las potencias coloniales desarrollaron actividades médicas en Asia, África y Las Américas con un fuerte énfasis curativo. Las actividades de salud internacional en esos días estaban orientadas básicamente a satisfacer las necesidades de los administradores de las colonias y de otros residentes europeos y sus respectivas familias.
- 2) La segunda etapa (1830-1924) incluye todas aquellas actividades de salud formales e informales orientadas a la prevención de la diseminación de las enfermedades infecciosas hacia los países vecinos y a la creación de las primeras organizaciones de salud internacional, cuyo principal objetivo era el control de enfermedades en las fronteras.
- 3) La tercera etapa (1900-1946) vio el surgimiento de actividades preventivas dentro de los países y ya no sólo en las fronteras y puertos, aunque el control de enfermedades siguió siendo el objetivo dominante. Durante este periodo las organizaciones privadas no religiosas jugaron un papel muy importante e introdujeron las primeras experiencias de servicios de salud integrales en el campo de la salud internacional.
- 4) La cuarta etapa (1946-1978) empezó con la creación de la OMS y se caracteriza por la ampliación de las funciones y objetivos de las agencias internacionales de salud. Aunque en este período se desarrollaron campañas de control de enfermedades, las actividades de salud internacional se diversificaron, la idea de servicios integrales

³² Octavio Gómez-Dantés, Babak Khoshnood. "La Evolución de la Salud Internacional en el siglo XX" en *Revista de Salud Pública*, Vol. 33, núm. 4, INSP, México, 1991, pp. 314-329.

³³ *Ídem*.

³⁴ *Ídem*.

de salud se desarrolló aún más, y la salud, y ya no el control de enfermedades, se convirtió en el objetivo explícito de las agencias internacionales.

- 5) La quinta etapa (1978 a la fecha) ha estado dominada por el conflicto entre la atención primaria a la salud y la atención primaria a la salud selectiva y por el resurgimiento de los programas de salud verticales tales como el Programa de Sobrevivencia y Desarrollo en la Infancia encabezado por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las Iniciativas de Maternidad Segura del Banco Mundial y el programa de Mejor Salud a través de la Planificación Familiar apoyado por el Consejo de Población (Population Council, en inglés).

Los efectos crecientes de la globalización económica y las instituciones financieras en los años noventa produjeron la evolución de la disciplina para enfrentar los nuevos desafíos que el VIH/SIDA, la malaria y la gestión de riesgos emergentes, entre otros, han venido representado desde aquel momento.

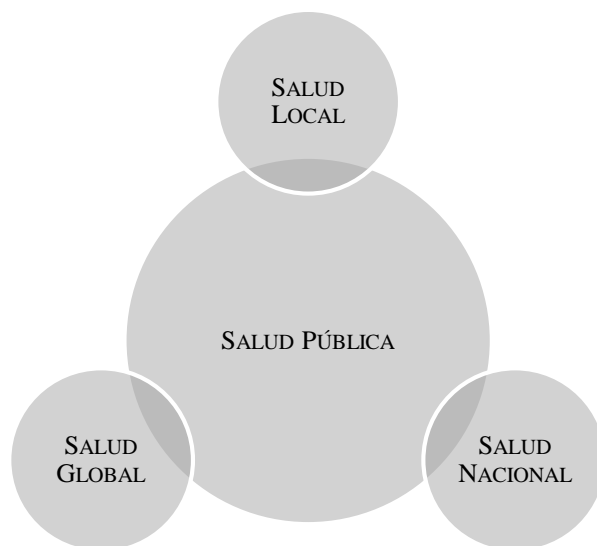
Será entonces el nuevo término de **Salud Global**, que represente esos cambios. Se le ha otorgado una renovada importancia a disminuir las inequidades a nivel mundial, al liderazgo desde los países en desarrollo, y a nuevos enfoques interdisciplinarios.

¿Cómo puede entenderse esta transición en la que el término “Salud Global” ha estado reemplazado la vieja terminología de “Salud Internacional” e incluso “Salud Mundial”? El término Salud Global emergió como parte de un extenso proceso político e histórico, en el que la OMS señaló el cambio de tal rol dominante y comenzó a reposicionarse a sí misma involucrando actores con mayor presencia en la dinámica de las relaciones internacionales contemporáneas.

Más allá de aseverar una transición conceptual meramente por la variable espacial, se entiende por Salud Global: “un proceso de salud poblacional dinámico influido por determinantes que superan las fronteras nacionales y se transforman en comunes, tales como los modelos de desarrollo, el comercio, el medioambiente, el avance tecnológico, las comunicaciones y el transporte, entre otros”.³⁵ Al hablar de Salud Global, en el campo

³⁵ Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Universidad de Chile. Concepto de Salud Global [en línea] URL: <http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/index.php/areas-programaticas/concepto-de-salud-global> (Consultado 6.11.2017; 22:34)

académico, se estaría refiriendo a “una disciplina orientada a formar, investigar y actuar en problemas, determinantes y soluciones, de carácter transnacional para lograr el mejoramiento de la salud y de la equidad en salud a nivel global”.³⁶



Esquema 3.2: La Salud Pública opera en tres espacios de acción a su vez interrelacionados entre sí

Particularmente entre 1948 y 1998, la OMS pasó de ser el líder incuestionable de la salud internacional a ser una organización en crisis, como se logró apreciar en el apartado 2.3, enfrentando un déficit presupuestario y un estatus disminuido, especialmente por la creciente influencia de nuevos y poderosos actores, principalmente del sector privado.

Ante este escenario, la OMS inició una reestructuración como la coordinadora, planeadora y líder de las iniciativas en salud global como una estrategia de supervivencia en respuesta a la transformación del contexto político internacional.³⁷

Los investigadores Theodore M. Brown (profesor de salud pública, humanidades e historia médica de la Universidad de Rochester), Marcos Cueto (historiador y profesor universitario peruano, jefe del Departamento de Salud y Ciencias Sociales de la Facultad de

³⁶ *Ídem*.

³⁷ Theodore M. Brown, Marcos Cueto y Elizabeth Fee. “The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health” en *American Journal of Public Health*, Vol. 96, núm. 1, 2006; pp. 62-72 [en línea] URL: http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/images/Karla/documentos/concepto_salud_global/Brown_et_al_WHO_and_SG.pdf (Consultado 21.01.2018; 18:22)

Salud Pública y Administración de la Universidad Cayetano Heredia) y Elizabeth Fee (investigadora del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [HHS, en inglés] y de los Institutos Nacionales de la Salud [NIH, en inglés]), sugieren que el término “Salud Global” está reemplazando rápidamente a la terminología más antigua de “Salud Internacional” y que esta transición está asociada a la OMS y su reforma ante los problemas manifestados en los albores de este siglo, repercutiendo en la salud internacional y mundial y en la transición de uno a otro.³⁸

Además sugieren que el término “Salud Global” surgió como parte de procesos políticos e históricos más amplios, en los que la OMS encontró su rol dominante desafiado y comenzó a repositionarse dentro de un conjunto cambiante de alianzas de poder.

A pesar de ser una definición general, Vicenç Navarro advierte que debe considerarse que “esta definición tiene un problema epistemológico importante. Asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, a saber, ‘salud’, ‘bienestar’ y ‘población’. Esta universalidad, sin embargo, es apolítica y ahistórica”.³⁹ En otras palabras: “la definición de la OMS evita el tema de quién define lo que es bienestar, salud y población, y presupone que ‘salud’ es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual. Evita, pues, el problema epistemológico del poder”.⁴⁰

El ejercicio de la conceptualización, es en este sentido, una orientación a reflexionar sobre la violencia epistémica con la cual se debe ser cuidadoso.

La violencia epistémica es un concepto que Marisa Belausteguigoitia toma de Gayatri Spivak, del artículo: *Can the subaltern speak?* (1988), y que consiste en la alteración, negación y en casos extremos como las colonizaciones, extinción de los significados de la vida cotidiana, jurídica y simbólica de individuos y grupos. Estas formas de ninguneo, alteración de una experiencia o ausencia de mediación, traen como consecuencia silencios.⁴¹

³⁸ *Ídem.*

³⁹ *Ídem.*

⁴⁰ *Ídem.*

⁴¹ Marisa Belausteguigoitia. “Descarados y deslenguadas: el cuerpo y la lengua india en los umbrales de la nación” en *Debate Feminista*, Año 12, Vol. 24, 2001; pp. 237-238 [en línea] URL: http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/024_14.pdf (Consultado 25.02.2018; 17:07)

Sin lugar a dudas, el contexto en el que se desarrolla este cambio envuelve una revolución del paradigma en el esquema de la CID, que en un primer momento se desplegaba entorno a la asistencia sanitaria hasta gradualmente evolucionar en la consolidación de un esquema diversificado de actores múltiples.

Actualmente, un número creciente de instituciones académicas, así como la OMS, están enfrentando la salud con una mirada global.⁴² Ya desde principios del año 2000 se miraba hacia este rumbo, donde la DSG tuvo un alcance extraordinario a partir del 2007.

La creación de plataformas circunscribe un interés creciente en este campo, por ejemplo: The Global Health Network y Global Health Governance, incluso entre las generaciones más jóvenes donde se extiende esta preocupación en redes de estudiantes como Global Health Next Generation Network (GHNGN), por mencionar algunas de las más importantes hasta el momento.

Desde The Graduate Institute of International and Development Studies, (Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo) de Ginebra, Suiza (IHEID, en adelante), el *thinktank* que lidera el estudio de la DSG a través de la profesora Illona Kickbusch (de origen alemán), en España con el Instituto Global para la Salud y en América a través del Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde (PLSI) de la OPS y OMS; el Diplomado en Diplomacia y Salud Global, impartido por el Centro de Investigación y Estudios de la Salud (CIES) Nicaragua y la Universidad de Chile que posee el Programa de Salud Global.

En México a través del Programa Salud Global del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con un importante seguimiento al campo en investigación, diplomados y líneas de formación, por mencionar sólo algunos.

Indudablemente, el incremento de la prominencia del término “Salud Global” ha ocurrido en paralelo con la popularización de la globalización, aunado a una mayor conciencia de vulnerabilidades comunes y un sentimiento de mayor responsabilidad compartida por las inequidades presentes en el mundo de hoy.⁴³

⁴² S.B Macfarlane, M. Jacobs and E.E. Kaaya. “In the name of global health: trends in academic institutions” en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 29, núm. 4, 2008; pp. 383-401 [en línea] URL: <https://www.jstor.org/stable/i40006920> (DOI: 10.1057/jphp.2008.25) (Consultado 26.02.2018; 23:09)

⁴³ *Ídem*.

Sin embargo, es necesario anotar que “la falta de consenso sobre lo que significa ‘salud global’ plantea una serie de problemas importantes, tanto para el presente como para las generaciones futuras”.⁴⁴

Ciertamente, hoy en día “se puede ver que la salud global está divorciada de las necesidades de salud de los países de bajos y medianos ingresos que están lidiando con una variedad de problemas de salud apremiantes y desafiantes”.⁴⁵

Ante esta problemática, entonces, ¿qué elementos conceptuales abarcan la DSG?, ¿cuáles son los elementos comunes que ofrecen indicios para el diseño y construcción de un marco conceptual de la DSG? A continuación algunas pistas para su entendimiento.

3.3. Diplomacia en Salud Global: orígenes y conceptualización

La revisión anterior de la relación entre política exterior y la salud, los antecedentes en la materia destacando la transición conceptual del abordaje de la salud global ha permitido justificar la dimensión y relevancia que puede orientar la DSG, así como las potencialidades que de ella puedan derivar en los Tres Niveles de Análisis.

El Dr. José Antonio Pagés, representante de la OPS y la OMS en Chile (2011-2013), señala que: “[...] nos encontramos con una amplia agenda política internacional donde la salud debe ocupar un espacio preponderante. La participación coordinada entre las autoridades de salud y los responsables de la política exterior en los países es imprescindible. La ‘Diplomacia en la Salud Global’ se enfrenta a una nueva oportunidad de actuación y demostración de la estrecha interrelación entre estos dos componentes”.⁴⁶

Desafortunadamente, ese ideal respecto al diseño de un gobierno mundial de la salud “tiene algunas limitaciones prácticas, como la propia inexistencia de organismos mundiales con capacidad de liderazgo (más allá de la propia OMS) o de mecanismos sancionadores por encima de la voluntariedad de los gobiernos nacionales”.⁴⁷

⁴⁴ The Journal of Global Health. What is Global Health? Why is This Important? [en línea] URL: <http://www.ghjournal.org/what-is-global-health/> (Consultado 25.12.2017; 03:07)

⁴⁵ Robert Beaglehole y Ruth Bonita. “What is global health?” en *Global Health Action*, Vol. 3, Issue 1, 2010; 2 pp. [en línea] URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852240/> (DOI: 10.3402/gha.v3i0.5142) (Consultado 25.12.2017; 01:33)

⁴⁶ José Antonio Pagés. *Op. Cit.*, pp. 167-169.

⁴⁷ *Ídem.*

Es necesario, en este punto, señalar que se presenta una diferencia sustancial ante acciones que se vuelven difusas en la práctica como la asistencia sanitaria, el derecho internacional humanitario y la gobernanza global. El centro de la DSG son las negociaciones que dan lugar a fenómenos antes mencionados.

¿Cómo se explica entonces, el incremento hacia el tema de la salud y la política exterior a través de la DSG? De acuerdo con Vijay Kumar Chattu,⁴⁸ recientemente, estamos siendo testigos de la mayor prioridad otorgada a la DSG por muchas razones. En primer lugar, el tema de la salud en sí se ha convertido en un tema prioritario que es discutido por diversos actores externos a la OMS para dar forma a la política global para los determinantes de la salud. De hecho, el área de la salud se ha convertido en parte de la diplomacia de las cumbres de la ONU en la que participan el G8, el G20, los BRICS y la UE”.⁴⁹

Entonces, para partir de una definición de DSG, es necesario deconstruir el concepto en dos espacios de análisis: por una parte, diplomacia; y por otra, salud global.

Es asertivo señalar que el término diplomacia reviste tres acepciones fundamentales: 1) ciencia o conocimientos de los intereses y relaciones de unas naciones con otras; 2) servicio de los Estados en sus relaciones internacionales; 3) fig. y fam, (figurado/a y familiar) cortesanía aparente e interesada.⁵⁰

Sin embargo, para fines de la presente investigación, se asumirá la definición del reconocido jurista gallego Eduardo Vilariño Pintos, quien apunta que la diplomacia es:

[...] aquella actividad ejecutora de la política exterior de un sujeto de derecho internacional, llevada a cabo por órganos y personas debidamente representativos del mismo, ante otro u otros sujetos de derecho internacional para, por medio de la negociación, alcanzar, mantener o fortalecer transaccionalmente la paz; ha de tener como finalidad última hacer posible, con tales medios, la construcción o existencia de una comunidad internacional justa que, a través de la cooperación, permita el pleno desarrollo de los pueblos.⁵¹

⁴⁸ Médico y especialista en Salud Pública, Política de Salud, VIH/SIDA, Salud Mental Global, Diplomacia en Salud y Relaciones Internacionales de la Universidad de las Indias Occidentales, San Agustín (UWI, en inglés)

⁴⁹ Vijay Kumar Chattu. “The rise of global health diplomacy: An interdisciplinary concept linking health and international relations” en *Indian Journal Public Health*; Vol. 61, Issue 2, 2017; pp. 134-136.

⁵⁰ Agustín Basave Fernández del Valle. “Capítulo XIX Estructura, Función y Fines de la Diplomacia” en *Filosofía del derecho internacional. Iusfilosofía y Politosofía de la Sociedad Mundial*. Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM: México, 2001; pp. 385.

⁵¹ Eduardo Vilariño Pintos. *Op. Cit.*, p. 90.

Como es sabido, el término cuenta con una trayectoria histórica relevante desde la Antigüedad, pero fue Edmund Burke en 1796 quien habla del “cuerpo diplomático”, y también usa “diplomacia” para referirse a la habilidad o la destreza en la conducción de las relaciones y negociaciones internacionales.⁵²

En este sentido, la diplomacia conjugará una relación con la salud global, desarrollando actividades entorno a iniciativas, mecanismos, proyectos, espacios de concertación o acciones así como cualquier otra acción con el objetivo de afrontar las problemáticas que podrían derivar del binomio política exterior-salud.

Lo anterior no significa sólo un abordaje práctico del ejercicio del arte de la negociación. Como se apreciará más adelante, la DSG conforma también un campo de estudio que está motivado con interesantes propuestas teóricas.

Por otra parte y de acuerdo con el INSP, una definición integral de Salud Global es:

Una manera de ver y abordar la salud como un bien público mundial, como un tema de justicia social y como un derecho universal. Sus características son que gira en torno a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos; analiza temas y riesgos nuevos y re-emergentes; privilegia el trabajo con grupos poblacionales en desventaja social; responde a los retos comunes con profundidad local y alcance global; promueve la participación ciudadana; impulsa la interdisciplinariedad e intersectorialidad; vincula a agentes económicos, políticos y sociales; traduce hallazgos a acciones concretas y cuantificables, y enfatiza colaboraciones horizontales y procesos compartidos entre países.⁵³

Entonces, la OMS, define la DSG de la siguiente manera:

La Diplomacia en Salud Global ofrece una conjunción entre disciplinas como la salud pública, las relaciones internacionales, administración, derecho y economía, centrándose en las negociaciones que comparten y dirige la política global entorno a la salud. La asociación entre la relación salud, política exterior y derecho han hecho de la DSG un campo innovador.⁵⁴

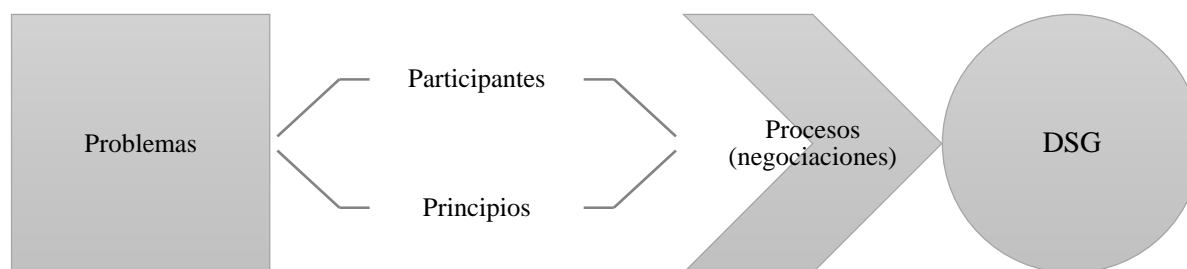
⁵² Ivor Roberts. Chapter 1 “Diplomacy - A Short History”, p. 5 en Satow’s Diplomatic Practice, Editado por Ivor Roberts, 6° Ed. Oxford, Oxford University Press, 2009 [en línea] URL: http://archives.cerium.ca/IMG/pdf/Roberts_2009_Diplomacy_A_short_history-1.pdf (Consultado 19.09.2017; 19:34)

⁵³ INSP. Concepto de Salud Global [en línea] URL: <http://www.saludglobalinsp.mx/index.php/informacion-programa-salud-global/110-concepto-de-salud-global> (Consultado 21.09.2018; 19:33)

⁵⁴ WHO. Trade, foreign policy, diplomacy and health: Global Health Diplomacy [en línea] URL: <http://www.who.int/trade/diplomacy/en/> (Consultado 14.2.2017; 11.17)

Sin embargo, una definición integral de la DSG constituye un desafío que hoy en día aún no ha logrado ser superado y tal como se ha previsto, la forma en que los países la puedan asimilar implica otro desafío, desde su conceptualización hasta la limitación de objetivos y herramientas. Esto no implica cierto consenso en torno a las principales características que de ella pueden analizarse (ver Esquema 3.1):

- En primer lugar, la DSG “ocupa la interfaz entre asistencia sanitaria internacional y relaciones políticas internacionales”,⁵⁵
- En segundo lugar, muchas definiciones destacan que las negociaciones son el núcleo de la DSG; a través de la existencia de múltiples niveles de negociaciones y la participación de diversos actores, componente esencial que la diferencia de la tradicional diplomacia entre Estados.



Esquema 3.3 Diplomacia en Salud Global, una aproximación conceptual⁵⁶

Donde divergen las opiniones es en las dimensiones normativas: en si el propósito final de la DSG debería ser cumplir los objetivos de política exterior o los objetivos de salud global, siempre que no se puedan promover ambos simultáneamente.

El profesor Thomas Novotny de la Universidad de San Diego y el profesor Vincanne Adams, del Departamento de Antropología, Historia y Medicina Social de la Universidad de San Francisco, California; la precisan como “una actividad de cambio político que cumple con los objetivos dobles de mejorar la salud mundial manteniendo al mismo tiempo y

⁵⁵ Ilona Kickbusch, Thomas E. Novotny, Nico Drager, Gaudenz Silberschmidt and Santiago Alcazar. “Global health diplomacy: training across disciplines” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 85, núm. 12., 2007; pp. 971 - 973 [en línea] URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/07-045856/en/index.html> (Consultado 12.11.2017; 11.17) (DOI: 10.2471/BLT.07.045856)

⁵⁶ Elaboración propia con base en: David Fidler, *Op. Cit.*, pp. 691-705

fortaleciendo las relaciones internacionales en el extranjero, particularmente en áreas de conflicto y entornos de escasos recursos”.⁵⁷

Sin lugar a dudas, se trata de un tema previsto ya desde la creación de la OMS, ya que en su Constitución, adoptada en 1948, se señala que “la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”.⁵⁸

Sumado a lo anterior, Rafael Calduch apunta que “la negociación constituye el medio esencial por el que discurre la actividad diplomática. Gracias a ella, la diplomacia se singulariza de otras formas de relación internacional”.⁵⁹

Añade también que “en efecto, cuando no hay negociación, entendiendo por tal la defensa de los propios intereses mediante la búsqueda de un compromiso o acuerdo aceptable para todas las partes afectadas, tampoco puede hablarse verdaderamente de diplomacia, aunque formalmente pudiera aparentarlo”.⁶⁰

Sobre los resultados que idealmente busca la DSG, estos se reflejan en tres efectos fundamentales:⁶¹

- a) garantizar una mejor seguridad sanitaria y los resultados de salud de la población para cada uno de los países involucrados (sirviendo a los intereses nacionales y globales)
- b) mejorar las relaciones entre los Estados y fortalecer el compromiso de una amplia gama de actores a trabajar para mejorar la salud.
- c) proporcionar una comprensión de la salud como un esfuerzo común para su garantía como un derecho humano y un bien público global, con los objetivos de lograr resultados que se consideran justos para una mayoría de la población.

⁵⁷ Kelley Lee y Richard Smith. “What is ‘Global Health Diplomacy’? A Conceptual Review” en *Global Health Governance*, Vol. V, núm. 1, 2011; p. 1 [en línea] Dirección URL: http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy_Fall-2011.pdf (Consultado 06.01.2018; 20:44)

⁵⁸ OMS. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948 [en línea] URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (Consultado 02.08.2017; 19:43)

⁵⁹ Rafael Calduch. *Op. Cit.*, p. 9

⁶⁰ *Ídem.*

⁶¹ Daney Ricardo Pérez Valerino. La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI [en línea] URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi082013.htm (Consultado 16.08.2017; 14:22)

Durante su presentación en el cuarto acto del Ciclo Científico Cultural 2013, desarrollado en la Academia Nacional de Medicina en Argentina, Pier Paolo Balladelli apuntó que “la diplomacia en salud permite acceder a bienes públicos de salud que generan beneficios compartidos por todos y de los cuales nadie puede ser excluido”.⁶²

Agregó que “estos bienes trascienden los confines entre los países. Tales bienes públicos globales solo pueden ser alcanzados mediante los esfuerzos cooperativos de todos los estados y todas las poblaciones”.⁶³

La diplomacia en sí misma ha evolucionado, y se ha adaptado a los nuevos fenómenos internacionales. Sin embargo, es necesario alentar la inclusión de nuevos temas que la alimenten y que paulatinamente ingresen no como un tema más para adornar la agenda internacional, sino más bien, de incluir un asunto que concierne de forma directa a la aldea global en la que habitamos.

La armonización entre ambos bloques de análisis y estudio lograron que en la 132ª sesión del Comité Ejecutivo de la OMS, celebrada en enero de 2013, se mencionara la frase “Diplomacia de la Salud” una y otra vez.⁶⁴

En este sentido, Ilona Kickbusch y Mihály Kökény, rememoran la trascendencia de este hecho: “En dos documentos publicados en el Boletín de la OMS en 2007, subrayamos la importancia de la diplomacia sanitaria mundial, en particular la necesidad de crear capacidad en este ámbito dentro de la OMS y en los Estados Miembros de la OMS, en consonancia con los cambios en el entorno mundial”.⁶⁵

Durante los años que han transcurrido desde entonces, ha quedado ampliamente claro que la DSG no es una moda transitoria. De hecho, el *Global Health Program 2012*, lanzado por el IHEID, para promover la investigación y la traducción y difusión del conocimiento, representa un punto de inflexión en la formación en la DSG.

⁶² OPS-OMS. La OPS llama a potenciar la diplomacia en salud para el bienestar local y global (7 de agosto de 2013) [en línea] URL: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1210&Itemid=225 (Consultado 19.09.2017; 19:34)

⁶³ *Ídem*.

⁶⁴ Ilona Kickbusch y Mihály Kökény. “Global health diplomacy: five years on” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, núm. 3, 2013; pp. 159-159A [en línea] URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/> (Consultado 18.01.2018; 19:19) (DOI: 10.2471/BLT.13.118596)

⁶⁵ *Ídem*.

Esta capacitación toma la forma de cursos presenciales y en línea para diplomáticos, personal de salud y personal de organizaciones internacionales. El personal de la OMS en la sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países, participan en el programa siendo China, Hungría, Indonesia y Turquía coorganizadores de cursos con el IHEID o la OMS.

Contrario a la tesis de Fidler de señalar este campo como una moda política, Ilona Kickbusch y Mihály Kökény aborda cuatro elementos que han contribuido al ascenso de la DSG:⁶⁶

- En primer lugar, los ministerios de asuntos exteriores se están involucrando cada vez más en la salud debido a su relevancia en términos de *soft power*, la política de seguridad, los acuerdos comerciales y la política ambiental y de desarrollo.

Los países deben abordar los desafíos transfronterizos que pueden socavar la estabilidad global, como las pandemias y el cambio climático.⁶⁷ La salud toca cuestiones de interés nacional y económico; encarna las tensiones entre la soberanía nacional y la acción colectiva global.

Se necesitan nuevas habilidades para negociar regímenes globales. Algunos países han abordado esto buscando una mayor coherencia “en casa” entre la política exterior y la política de salud a través de estrategias nacionales de salud globales que reúnen a diferentes ministerios interesados en asuntos nacionales y globales para que puedan hablar con una sola voz en el ámbito global.⁶⁸

- En segundo lugar, los terrenos de la diplomacia de la salud se están expandiendo; muchos nuevos actores externos a la OMS se han convertido en diplomáticos (de salud).⁶⁹

⁶⁶ *Ídem*.

⁶⁷ Ilona Kickbusch. “Global health diplomacy: how foreign policy can influence health” en *British Medical Journal (BMJ)*, Vol. 342, 2011; pp. 3 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/health-and-foreign-policy/global-health-diplomacy-how-foreign-policy-can-influence-health> (Consultado 11.01.2018; 17:39)

⁶⁸ Priyanka Kanth, David Gleicher, Yan Guo. “National strategies for global health” en Kickbusch Ilona, Graham Lister, Michaela Told, Nick Drager (editors). *Global health diplomacy*. Springer: New York, 2013; pp. 285-303.

⁶⁹ Daniel Low-Beer. “The health diplomacy of diversity” en Low-Beer Daniel (editor). *Global health diplomacy, Vol. 1, Innovative Health Partnerships*. World Scientific Publishing Co.: Singapore, 2012; pp. 1-28.

La “diplomacia en salud global” se refiere tanto a un sistema de organización como a procesos de comunicación y negociación que configuran el entorno de política global en la esfera de la salud y sus determinantes. La salud es parte de la diplomacia de la cumbre en las Naciones Unidas y de la diplomacia de los clubes y jefes de Estado que involucra a países como el Grupo de los Ocho (G8), el Grupo de los Veinte (G20) y BRICS (Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica). La UE ha adoptado las conclusiones del Consejo Europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial en 2010 y la Organización de Cooperación Islámica ha establecido recientemente una unidad para cuestiones de salud. La diplomacia de asuntos mundiales continúa en relación con la infección por el VIH, la salud de los niños y las ENT, y es particularmente en este ámbito que las ONG, las fundaciones y las empresas se han convertido en diplomáticos de salud. Los ministerios de salud ahora cumplen una doble función: promover la salud del país y mejorar la salud de la comunidad mundial.

- En tercer lugar, la globalización, las nuevas relaciones entre donantes y receptores, los nuevos tipos de alianzas de salud y el aumento de la cooperación entre países de ingresos bajos y medianos han aumentado la necesidad de una diplomacia sanitaria.⁷⁰

Más procesos de negociación a largo plazo, tanto vinculantes como no vinculantes se han llevado a cabo: el Marco de Preparación para la Influenza Pandémica de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010, un hito en la gobernanza sanitaria mundial;⁷¹ la Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedades No Transmisibles de la ONU de 2011, que adoptó la Declaración Política sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles; el Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, adoptado por las partes en el marco del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2012.

⁷⁰ Paulo Marchiori Buss y Miriam Faid. “Power Shifts in Global Health Diplomacy and New Models of Development: South–South Cooperation” en Kickbusch Ilona, Graham Lister, Michaela Told, Nick Drager (ed.). *Global health diplomacy*. Springer: New York, 2013; pp. 305-332.

⁷¹ David P. Fidler y Lawrence O. Gostin. “The WHO Pandemic Influenza Network: a milestone in global governance for health” en *Journal American Medical Association*; Vol. 306, núm. 2, 2011; pp. 200-201 [en línea] URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/issue/306/2> (Consultado 14.02.2018; 19:38) (DOI: 10.1001/jama.2011.960 pmid: 21750298)

Sin embargo, también existen nuevos desafíos como negociar formas de implementar las recomendaciones del Grupo de Trabajo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo y finalizar las decisiones sobre el proceso de reforma de la OMS.

- En cuarto lugar, necesitamos diplomáticos de salud competentes más que nunca. Las negociaciones de salud de ida y vuelta para la salud ya no son suficientes.⁷² Es decir, no se trata de negociaciones meramente formales de comunicación entre Estados. Hoy en día las numerosas negociaciones de salud que tienen lugar en diferentes lugares implican interacciones en muchos niveles de gobernación y una nueva interfaz entre la política nacional y la exterior. Representantes de países y otros actores interesados están continuamente involucrados en negociaciones en centros como Ginebra, Nueva York, Bruselas y Addis Abeba, y los agregados de salud juegan un papel importante, pero no muchos países pueden dedicar recursos sustanciales a estos procesos de negociación. En la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (marzo de 2013), los Estados Miembros subrayaron la importancia de una buena preparación a nivel nacional y, cada vez más, a nivel regional.

Ambos autores concluyen que “la DSG, si se lleva a cabo correctamente, mejora la salud global, aumenta la equidad, mejora las relaciones y la confianza entre los Estados y genera un compromiso fortalecido por parte de los interesados para trabajar juntos para mejorar la salud a nivel nacional y mundial”.⁷³

Si bien, queda asentado un marco conceptual delimitado y que precisa articulaciones entre conceptos, resulta necesario ahondar si los mismos están relacionados a una teoría de la DSG.

3.3.1. ¿Existe una teoría de y para la DSG?

Así como se han generado esfuerzos académicos e institucionales por definir la DSG, también existe un debate sobre el carácter teórico que pueden sostener estudios teóricos en la materia.

⁷² Ilona Kickbusch y Roskam Ellen. *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. World Scientific Publishing Co.: Singapore, 2011; pp. 433.

⁷³ Ilona Kickbusch y Mihály Kökény. *Op. Cit.*, pp. 159-159A.

Por un lado, autores como Rachel Irwin, Ronald Labonté y Arne Ruckert, señalan que el estudio de la salud global es más una colección de herramientas de la salud que en sí un campo de investigación propiamente dicho. Por ello y en extensión a tal argumento, estos autores encuentran que la DSG también se define bajo una agenda dirigida por la fragmentación en preguntas de investigación y enfoques en investigación.

Añaden a este punto Rachel Irwin, Ronald Labonté y Arne Ruckert que esta es la cuestión central: muchos estudios sobre la Diplomacia en Salud Global no son ni teóricos ni metodológicamente rigurosos, una fractura que fue el impulso detrás de la creación del *Journal of Health Diplomacy* en 2013.⁷⁴ Sin embargo, alrededor de la teorización de la DSG, no está desligada la solidez de bloques teóricos, y en este sentido, Rachel Irwin et al, apuntan ejemplos de esfuerzos intelectuales con sustento teórico.⁷⁵

- Por ejemplo, Michelle Gagnon analiza las estrategias de salud y política exterior de los gobiernos, a través de su estudio *Salud Global del Reino Unido: una estrategia del gobierno del Reino Unido 2008-2013*, con un enfoque en el cual combina las conceptualizaciones de salud y de política exterior de David Fidler -revolución, remediación y regresión- y el Modelo de Vertientes Múltiples (MVM) de John Kingdon para desentrañar el papel de las comunidades de políticas y los emprendedores de políticas.^{76 77}
- Sonya Jakubec y Janet Rankin usan la etnografía institucional (IE, en inglés) de Dorothy E. Smith para explorar el derecho a la salud como parte del régimen de salud mental global.

⁷⁴ Rachel Irwin, Ronald Labonté y Arne Ruckert. "Where's the theory in health diplomacy?" en *The Journal of Health Diplomacy*, Vol. 1, Issue 2, 2014; pp. 4 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/sites/default/files/Introduction1.pdf> (Consultado 12.09.2017; 10:13)

⁷⁵ *Ídem*.

⁷⁶ Michel Gagnon and Ronald Labonté. "Understanding how and why health is integrated into foreign policy - a case study of health is global, a UK Government Strategy 2008-2013" en *Globalization and Health*, Vol. 9, núm. 24, 2013; pp. 19 [en línea] URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-24> (Consultado 21.01.2018; 20:20)

⁷⁷ Michel Gagnon. "Using empirical research and a novel theoretical framework to advance an understanding of the theory and practice of global health diplomacy" en *Journal of Health Diplomacy*, Vol. 1, Issue 2, 2014; pp. 18 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/sites/default/files/gagnon.pdf> (Consultado 21.01.2018; 20:20)

El enfoque de IE combina teoría y métodos para vincular la organización institucional y las prácticas de la vida cotidiana, centrándose en las vías interdependientes que controlan la vida cotidiana y cómo estos tropos de control afectan las relaciones entre evidencia, investigación, traducción de políticas y diseño institucional (o rediseño, o refuerzo).

Por otra parte, en un examen profundo sobre este tema, David Fidler sugiere tres posibles interpretaciones del aumento de la salud global en las agendas de política exterior:⁷⁸

1. La primera interpretación señala que la salud global es un importante objetivo de la política exterior en sí mismo y que la salud se ha vuelto un preeminente valor político para la humanidad en el siglo XXI.

Esta perspectiva concluye que la salud global puede transformar los intereses del Estado que ha definido históricamente la política exterior. Kickbusch sugiere que la política exterior está ahora siendo conducida sustancialmente por la salud. Por otra parte, Horton sugiere que la salud puede mover la política exterior hacia un debate sobre intereses al altruismo global y que potencian la dimensión moral en las relaciones internacionales.

2. La segunda perspectiva ve a la salud global como meramente una herramienta, un instrumento de valor de quien extiende su valor más allá que su utilidad al servicio del interés material y las capacidades del Estado.

Más allá de ser una transformación, la salud global es simplemente otra materia que los “diseñadores” de la política exterior abordan en función de los intereses del Estado (de una clase).

3. La tercera y última perspectiva ve la relación entre salud global y política exterior como una dinámica envuelta entre los imperativos de la política exterior y la ciencia de la Salud Global. Esta perspectiva no desconoce que los intereses del Estado se conducen por la política exterior, pero reconoce que influye de ambas formas.

⁷⁸Harley Feldbaum, Kelley Lee y Joshua Michaud. “Global Health and Foreign Policy” en *Epidemiologic Reviews*, Vol. 32, Issue 1, 2010; pp. 82-92 [en línea] URL: <https://academic.oup.com/epirev/article/32/1/82/497521> (Consultado 02.01.2018; 16:34)

Como podrá apreciarse cada una de las interpretaciones apunta al liberalismo político como un eje rector de la diplomacia en materia de salud global.

Tal como se consideró en el apartado 1.3, la filosofía del liberalismo en las RR.II. cree que las sociedades humanas necesitan ser mejoradas y seguir el camino del progreso. Precisamente es a través de la diplomacia, la cooperación internacional y la construcción de puentes de comunicación y espacios de concertación que la DSG encuentra su origen y desarrollo.

Además, en el entendido de que ésta ha sido formulada desde el 2007 en gran medida por la Declaración de Oslo y promovida por la Dra. Illona Kickbusch, considerada en el ámbito académico como la precursora del estudio e introducción de la DSG a través del IHEID; quien además se ha desempeñado como promotora de salud y como académica a favor de la formalización de la DSG.

A la fecha, es profesora adjunta en el IHEID y directora del Programa Global de Salud. Su producción literaria, no sólo ha abogado por la inclusión de la salud en sus diversos niveles en la política exterior de los Estados; sino también como un necesario campo de estudio.

3.4 Iniciativas y actividades para potenciar la oportunidad estratégica de incorporar la Salud Global en la política exterior

Preocupados por los problemas que puede derivar el incorrecto abordaje en temas de Salud Global, algunos países han procurado orientar esfuerzos para enfrentar diversos asuntos en la materia, algunos de los más esenciales son descritos a continuación. Tales instrumentos logran cristalizar el producto de las negociaciones y establecen bases para una adecuada gobernanza en la materia.

3.4.1. La Declaración de Alma-Ata (1978)

La relevancia que sostiene Alma-Ata se encuentra en la formalización de las ambiciones por generar un marco jurídico internacional que abogará por un proyecto de Atención Primaria a la Salud (APS) y con el cual pudiese formalizarse la consecución de la CUS, a través del programa “Salud para Todos”.

La exdirectora de la OMS, la Dra. Margaret Chan, durante el 30° aniversario de la Declaración, señalaba que “esta ambición, que lanzó el movimiento de salud para todos,

resultaba atrevida. Suponía que una política clara y novedosa podría incrementar el nivel de salud de las poblaciones desfavorecidas y, de ese modo, conducir al desarrollo general”.⁷⁹

Además, la Declaración amplió el modelo médico para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención, y la eficacia en la prestación de los servicios.⁸⁰

El efecto que ha sostenido esta Declaración que en principio no tuvo la influencia debida, es la conversión de la APS como una manera inteligente de enderezar el desarrollo sanitario.

3.4.2. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005)

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS.

El CMCT OMS es un tratado basado en pruebas que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco. La propagación de esta epidemia que se ve facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores como la mercadotecnia mundial; la publicidad, promoción y patrocinio transnacionales del tabaco, y el movimiento internacional de contrabando y falsificación de cigarrillos también han contribuido al incremento explosivo en el consumo de tabaco.⁸¹ Y que por supuesto, pone entredicho lo visto en el capítulo uno respecto a la participación de la OMC.

A pesar de ello, constituye una base sumamente importante respecto a la negociación de tratados de tal naturaleza y que sientan un antecedente en conducción de otros ejercicios.

⁷⁹ Margaret Chan. Regreso a Alma Ata (15 de septiembre de 2008) [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/20080915/es/> (Consultado 18.02.2018; 12:45)

⁸⁰ *Ídem*.

⁸¹ OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [en línea] URL: http://www.who.int/fctc/text_download/es/ (Consultado 21.02.2017; 23:04)

3.4.3. La Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Mundial: la Declaración de Oslo en Salud (2007)

A invitación del Ministro de Asuntos Exteriores noruego Jonas Gahr Støre y su colega francés, el Canciller Philippe Douste-Blazy, los ministros de asuntos exteriores: Celso Amorim de Brasil; Hasan Wirayuda de Indonesia; Cheikh Tidiane Gadio de Senegal; Nkosazana Dlamini-Zuma de Sudáfrica y Nitya Pibulsonggram de Tailandia, formaron la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global en septiembre de 2006.⁸²

La Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Mundial se presentó en el marco de la Declaración Ministerial de Oslo formulada en 2007 por los ministros de asuntos exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia. Estos ministros reiteraron su compromiso con la Declaración Ministerial de Oslo en 2010.⁸³

Los investigadores Sigrun Møgedal y Benedikte Louise Alveberg, reflexionan que “lo que reunió a los ministros fue la constatación de que el estado de la salud mundial tiene un profundo impacto en todas las naciones y está profundamente interconectado con el comercio y el medio ambiente, el crecimiento económico, el desarrollo social, la seguridad nacional, los derechos humanos y la dignidad”.⁸⁴ Estos son desafíos que, como se ha previsto en la investigación, van más allá del alcance de los ministerios de salud y representan áreas para las cuales la OMS, como agencia especializada de las Naciones Unidas para la salud, debe contar con un apoyo político más amplio de los países miembros”.⁸⁵

La Iniciativa se presentó en el marco de la Declaración Ministerial de Oslo formulada el 20 de marzo de 2007 quienes reiteraron su compromiso con la Declaración Ministerial de Oslo en 2010.⁸⁶ A través de ella, los ministros expusieron:

⁸² Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time [en línea] URL: http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf (Consultado 14.02.2018; 20:07)

⁸³ WHO. WHO's work with the United Nations: Global health and foreign policy in the UN [en línea] URL: <http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-foreign-policy/en/> (Consultado 21.02.2017; 22:50)

⁸⁴ Sigrun Møgedal y Benedikte Louise Alveberg. “Can Foreign Policy Make a Difference to Health?” en *PLOS Medicine*, Vol. 7, Issue 5, 2010; pp. 3 [en línea] URL: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000274> (Consultado 21.02.2017; 23:40)

⁸⁵ *Ídem.*

⁸⁶ WHO. WHO's work with the United Nations: Global health and foreign policy in the UN [en línea] URL: <http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-foreign-policy/en/> (Consultado 21.02.2017; 22:50)

Texto Original

In today's era of globalisation and interdependence there is an urgent need to broaden the scope of foreign policy. Together, we face a number of pressing challenges that require concerted responses and collaborative efforts. We must encourage new ideas, seek and develop new partnerships and mechanisms, and create new paradigms of cooperation. We believe that health is one of the most important, yet still broadly neglected, long-term foreign policy issues of our time. Life and health are our most precious assets. There is a growing awareness that investment in health is fundamental to economic growth and development. It is generally acknowledged that threats to health may compromise a country's stability and security. We believe that health as a foreign policy issue needs a stronger strategic focus on the international agenda. We have therefore agreed to make impact on health a point of departure and a defining lens that each of our countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies, and to engage in a dialogue on how to deal with policy options from this perspective. As Ministers of Foreign Affairs, we will work to: increase awareness of our common vulnerability in the face of health threats by bringing health issues more strongly into the arenas of foreign policy discussions and decisions, in order to strengthen our commitment to concerted action at the global level; build bilateral, regional and multilateral cooperation for global health security by strengthening the case for collaboration and brokering broad agreement, accountability, and action; reinforce health as a key element in strategies for development and for fighting poverty, in order to reach the Millennium Development Goals; ensure that a higher priority is given to health in dealing with trade issues and in conforming to the Doha principles, affirming the right of each country to make full use of TRIPS⁸⁷ flexibilities in order to ensure universal access to medicines; strengthen the place of health measures in conflict and crisis management and in reconstruction efforts. For this purpose, we have prepared a first set of actionable steps for raising the priority of health in foreign policy in an Agenda for Action. We pledge to pursue these issues in our respective regional settings and in relevant international bodies. We invite Ministers of Foreign Affairs from all regions to join us in further exploring ways and means to achieve our objectives.

⁸⁷ Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

Traducción⁸⁸

En la era actual de globalización e interdependencia, existe una necesidad urgente de ampliar el alcance de la política exterior. Juntos, enfrentamos una serie de desafíos apremiantes que requieren respuestas concertadas y esfuerzos de colaboración. Debemos alentar nuevas ideas, buscar y desarrollar nuevas asociaciones y mecanismos, y crear nuevos paradigmas de cooperación. Creemos que la salud es uno de los asuntos de política exterior de largo plazo más importantes, pero aun ampliamente descuidados, de nuestro tiempo. La vida y la salud son nuestros activos más preciados. Existe una conciencia cada vez mayor de que la inversión en salud es fundamental para el crecimiento económico y el desarrollo. En general, se reconoce que las amenazas a la salud pueden comprometer la estabilidad y la seguridad de un país. Creemos que la salud como un tema de política exterior necesita un enfoque estratégico más fuerte en la agenda internacional. Por lo tanto, hemos acordado hacer un impacto en la salud como punto de partida y una visión definitoria que utilizará cada uno de nuestros países para examinar los elementos clave de la política exterior y las estrategias de desarrollo, y entablar un diálogo sobre cómo abordar las opciones políticas de esta perspectiva. Como Ministros de Relaciones Exteriores, trabajaremos para: aumentar la conciencia de nuestra vulnerabilidad común frente a las amenazas a la salud al incorporar las cuestiones de salud en los foros de debates y decisiones de política exterior, a fin de fortalecer nuestro compromiso de acción concertada en la región. nivel global; construir una cooperación bilateral, regional y multilateral para la seguridad sanitaria mundial mediante el fortalecimiento de los argumentos a favor de la colaboración y la intermediación de un amplio acuerdo, responsabilidad y acción; reforzar la salud como elemento clave en las estrategias de desarrollo y lucha contra la pobreza, para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio; garantizar que se otorgue una mayor prioridad a la salud en el tratamiento de cuestiones comerciales y en conformidad con los principios de Doha, afirmando el derecho de cada país a hacer pleno uso de las flexibilidades de los ADPIC⁸⁹ para garantizar el acceso universal a los medicamentos; fortalecer el lugar de las medidas de salud en el manejo de conflictos y crisis y en los esfuerzos de reconstrucción. Para este fin, hemos preparado un primer conjunto de pasos procesables para elevar la prioridad de la salud en la política exterior en una Agenda para la Acción. Nos comprometemos a tratar estos temas en nuestros entornos regionales respectivos y en los organismos internacionales pertinentes. Invitamos a los Ministros de Asuntos Exteriores de todas las regiones a unirse a nosotros para seguir explorando formas y medios de lograr nuestros objetivos.

⁸⁸ Traducción del autor

⁸⁹ Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual

Esta Declaración hizo expresa la perspectiva que los países miembros de la Iniciativa vislumbraban ante los cambios del presente siglo. Tal Declaración es considerada el parteaguas sobre la posición de la Salud Global en la Política Exterior, dando así el mayor impulso a la DSG, hasta este momento.

Algunas otras iniciativas conocidas son la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Polio, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), las Alianzas Stop TB, Roll Back Malaria, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN), el Programa Multinacional contra el VIH/SIDA (MAP) del Banco Mundial, entre otros.

Otras acciones que han cobrado relevancia y han generados impactos positivos son la diplomacia médica cubana⁹⁰; Brasil y el caso del tratamiento antirretroviral (ARV)⁹¹ y la proyección global de España asistiendo sanitariamente a Mauritania, a través del proyecto “Apoyo institucional al sector de la salud pública en Mauritania focalizado en salud primaria”.⁹² Tales hechos constituyen ejemplos de cómo los medios de sanidad son puestos a disposición del Estado para ser empleados como elementos de diplomacia y su contribución a la seguridad internacional.

3.5. Retos en salud global para los responsables de política exterior

En el marco de la Resolución A/RES/63/33, se tuvo en cuenta que ambos campos (salud y política exterior) “no comparten elementos de referencia, perspectivas profesionales ni terminología, y reflejan ámbitos y obligaciones ministeriales diferentes a nivel nacional”.⁹³

⁹⁰ Alejandro Tarre. “Verdades de la diplomacia médica cubana” en *El País*, sección Tribuna, 29 de septiembre de 2016 [en línea] URL: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/05/25/actualidad/1432575666_671753.html (Consultado 12.05.2017; 12:41)

⁹¹ Esmee S. Heijstek. *Health diplomacy as a soft power strategy or ethical duty? Case Study: Brazil in the 21 century*. Leiden University: Países Bajos, 2015; pp. 29 [en línea] URL: <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/37392/Eind%20Thesis%20Health%20Diplomacy.pdf?sequence=1> (Consultado 21.05.2017; 10:36)

⁹² Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE). Documento de Opinión “Diplomacia médica: el caso de Mauritania, continuidad en la proyección global de España”, 23 de septiembre de 2016 [en línea] URL: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEO99-2016_Diplomacia_Medica_Castillejo-Navarro.pdf (Consultado 21.05.2017; 11:36)

⁹³ Naciones Unidas (NU), Asamblea General. *Op. Cit.*

A pesar de ello, se tuvo por bien en el mismo documento, identificar algunos de los aspectos que deberían ser prioritarios si se aspira a “mejorar la aportación de la política exterior a la salud mundial”.⁹⁴

Por un lado, los desafíos relacionados con la salud que habrán de afrontar los responsables de política exterior; y por otro, los desafíos de política exterior que afectan a la salud mundial.

La conformación del Grupo de Tareas sobre las Crisis Mundiales de Salud (1 de julio de 2016), ha sentado bases más sólidas para reconocer que son necesarios mecanismos armonizados ante futuras crisis sanitarias y fortaleciendo la estructura sanitaria mundial. Elementos que se cristalizaron en la Resolución A/70/723 de la Asamblea General de las Naciones Unidas *Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias, Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias*⁹⁵ y la Resolución A/70/824 *Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial: aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias*.⁹⁶

En resumen, los retos a los que los diplomáticos en salud global habrán de enfrentarse de forma contextual serán:

1. La consecución de la seguridad sanitaria a nivel nacional y mundial,
2. La consecución de los ODS referentes a la salud, y otras cumbres,
3. La consecución de medicamentos accesibles y asequibles; disponibilidad de muestras de virus, vacunas, medicamentos y otros beneficios,
4. La mejora del apoyo internacional para el fortalecimiento de los sistemas de salud,
5. Los obstáculos en el camino hacia un rendimiento de cuentas sanitario mundial.

Se logra comprender que bajo tal esquema, la diplomacia en diversas instancias y niveles puede representar un papel de suma relevancia. Aunque se sabe que las respuestas a estos retos se generan durante el quehacer cotidiano, tanto del sector salud como el de diplomacia, a la fecha no se había realizado un esfuerzo para estudiar, documentar y analizar estos

⁹⁴ *Ídem*.

⁹⁵ Asamblea General-ONU. Resolución A/70/723 “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias. Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias”, 9 de febrero de 2016 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/70/723> (Consultado 30.08.2018; 11:18)

⁹⁶ Asamblea General-ONU. Resolución A/70/824 “Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial: aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias”, 8 de abril de 2016 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/70/824> (Consultado 30.08.2018; 11:24)

procesos bajo la óptica de la salud global y la diplomacia.⁹⁷ En este sentido, señalan Juan José Gómez Camacho y Alejandro Alcalde Méndez, académicos y diplomáticos mexicanos que “la constante adaptación y la evolución de la actividad diplomática es una de las grandes tareas que enfrenta la política exterior mexicana”.⁹⁸

Reiteran Gómez Camacho y Alcalde Méndez que, “ahora más que nunca, no sólo se requiere una diplomacia activa, comprometida e innovadora que ayude a nuestro país a navegar por los escollos y vericuetos de la globalización, sino también el deseo de reflexionar sobre el perfil de los individuos que se encargarán de esta ingente tarea”.⁹⁹

Hoy incluso se habla de un nuevo concepto, de “salud planetaria”, que es el impacto sobre la salud humana del rápido cambio de los sistemas naturales, como el cambio climático y el tema de las enfermedades que transmiten los animales a los seres humanos”.¹⁰⁰

Tales acepciones se han extendido a un universo de instituciones de todo tipo que se han preocupado por afrontar desde sus respectivas nociones el campo de la Salud Global, algunas de ellas con miras también hacia la DSG. Con ello, habrá de darse observancia a:

1. El discurso de Derechos Humanos,
2. El cambio climático,
3. La crisis económica y financiera mundial,
4. La inseguridad alimentaria,
5. Las posibilidades en los ámbitos de seguridad, control de armamento, conflictos armados y periodos posteriores a los conflictos,
6. Los desastres naturales y respuestas ante situaciones de emergencia,
7. La mejora de la coherencia en materia de políticas,
8. La Migración.

⁹⁷ INSP. Boletín Informativo N° 27, julio 2016 “¿Qué es la Diplomacia de la Salud Global (DSG)?” [en línea] URL: http://www.saludglobalinsp.mx/pdf/boletin/B_S_G_%20270616.pdf (Consultado 12.07.2017; 16:37)

⁹⁸ Juan José Gómez Camacho y Alejandro Alcalde Méndez. “Hacia una diplomacia multilateral novedosa: una mirada desde Ginebra” en *Revista Mexicana de Política Exterior* N° 95. Instituto Matías Romero, SRE: Ciudad de México, 2012; pp. 5-8 [en línea] URL: <https://revistadigital.sre.gob.mx/images/stories/numeros/n95/introd.pdf> (Consultado 12.07.2017; 23:43)

⁹⁹ *Ídem*.

¹⁰⁰ Francisca Palma. “Salud Global: cómo enfrentar las problemáticas sanitarias más allá de las fronteras” en *Noticias*, Universidad de Chile, 23 de diciembre de 2016 [en línea] URL: <http://www.uchile.cl/noticias/129818/como-enfrentar-las-problematicas-sanitarias-mas-alla-de-las-fronteras> (Consultado 02.03.2018; 16:37)

Afortunadamente, la transición hacia la generación de líneas de investigación e inclusión de la salud, no sólo es asumida por diplomáticos, sino también por un abanico diversificado de actores que se han preocupado, desde su justa dimensión, llevar a cabo investigación y promoción de tales temas.

3.6. Grupos interesados en la Salud Global

Los esfuerzos de la academia han logrado ser consolidados en el campo de la Salud Global, donde instituciones han orientado intereses en la DSG, entre otros temas innovadores y de suma relevancia.

Algunas de las instituciones que han generado un esfuerzo de esta índole más allá del IHEID, son la Federación Mundial de Instituciones Académicas para la Salud Global (WFAIGH, por sus siglas en inglés)¹⁰¹ y la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG).¹⁰² De otra naturaleza, entorno a la investigación en la materia son:

- Organizaciones Internacionales: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); World Bank.
- Organizaciones Científicas: American Association for the Advancement of Science (AAAS); Science and Diplomacy; American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) American Thoracic Society (ATS); Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI); Consortium of Universities for Global Health (CUGH); CRDF Global; The Global Health Network; Infectious Diseases Society of America (IDSA); International Diabetes Federation (IDF); Planetary Health Alliance.
- Organizaciones Políticas: Center for Strategic and International Studies (CSIS) Global Health Policy Center; GBCHealth; The Earth Institute; Global Alliance for Chronic Diseases (GACD); Global Health Council; Global Health Technologies Coalition (GHTC); Kaiser Family Foundation (KFF) U.S.; Global Health Policy; Research!America Global Health R&D Advocacy.

¹⁰¹ World Federation of Academic Institutions for Global Health (WFAIGH). Who We Are [en línea] URL:<http://www.wfaigh.org/template/who-we-are.html> (Consultado 05.03.2018; 12:14)

¹⁰² Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG). Portal Oficial [en línea] URL: <http://www.alasag.org/es/index.php/inicio/bienvenida-secretaria-ejecutiva> (Consultado 05.03.2018; 11:03)

- Fundaciones: The Trilateral Commission, Accordia Global Health Foundation; Bill & Melinda Gates Foundation; Foundation for NIH (FNIH); UN Foundation (UNF); Wellcome Trust.

Reflexión final

En resumen, y de acuerdo con el Dr. Carlos Javier Regazzoni, se podrían enumerar seis características fundamentales derivadas del proceso de globalización que determinan la existencia de una Salud Global:

En primer lugar, las desigualdades socioeconómicas han aumentado efectivamente. Además, estas desigualdades son más notorias debido a los medios de comunicación. En este sentido la globalización de la información fomenta la construcción de algo parecido a una opinión pública global. De esta forma, las olas de influencia que desencadenan acciones de particulares como ser las corporaciones multinacionales o algunos inventos u opiniones individuales, es planetaria. Paralelamente aumenta la capacidad de grupos subestatales movidos por ideologías alentadas por la desigualdad, para desafiar a los estados nacionales, y por último, las dimensiones del negocio relacionado a la salud han aumentado de manera formidable. Esto impone que tanto el manejo de la opinión pública global, así como el efectivo fomento del desarrollo humano, sean dos elementos fundamentales del ejercicio del poder y del mantenimiento de un cierto orden mundial. Además, el control de la escalada global de la enfermedad y el control del negocio de la salud, son parte fundamental del mantenimiento de este orden.¹⁰³

Como es posible apreciar, la presencia de esta diversificación de bases de información es evidencia de la amplia globalización de la información y de los sectores involucrados y altamente comprometidos e interesados en la Salud Global en todas sus dimensiones.

A pesar de que existe una considerable cantidad de instrumentos jurídicos que velan por la relevancia entre la política exterior y la salud, la presencia de ISG está considerablemente apoyada por países desarrollados.

Para finalizar, en el capítulo 4 se desea realizar un acercamiento al caso mexicano, observando el comportamiento que tiene la DSG, replicando algunos de los elementos de los capítulos anteriores y con ello comprobar la hipótesis de la investigación, generando un ejercicio, aunque básico, apremiante sobre la salud desde nuestra disciplina.

¹⁰³ Carlos Javier Regazzoni. La Política de la Salud Global: agenda, actores y perspectivas, CARI, Argentina, 2007, p. 3 [en línea] URL: <http://www.cari.org.ar/pdf/salud-global.pdf> (Consultado 30.09.2018; 18:42)

CAPÍTULO 4. MÉXICO Y LA DIPLOMACIA EN SALUD GLOBAL: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

En los anales de la historia, México cuenta con una de las más reconocidas trayectorias diplomáticas en el mundo. La conjunción, relevancia y posición de su cuerpo diplomático y de doctrinas en materia de política exterior le ha permitido que la proyección del país hacia el exterior haya sido marcada por diversificadas líneas de acción, incluida la CID; medio ambiente así como ayuda humanitaria, traspasando la gestión de mecanismos de buenos oficios, entre otras.

Ejemplo de ello lo es el Premio Nobel de la Paz otorgado al diplomático mexicano Alfonso García Robles (1911-1991) en 1982 por su trabajo en las negociaciones de desarme de la ONU cristalizado en el Tratado de Tlatelolco y la No Proliferación Nuclear de 1967, y que además compartió con la diplomática y escritora sueca Alva Reimer Myrdal (1902-1986).

Sin embargo, como podrá observarse en el apartado 4.4, existe un cuestionamiento no sólo desde la SRE, sino también desde diversos sectores y la región misma sobre esa gloriosa etapa de la diplomacia de nuestro país. No obstante, en el marco de una nueva agenda de desarrollo se presenta hoy en día para México también una renovada oportunidad para rejuvenecer una diplomacia que aparentemente se encuentra comprometida con la salud.

Por ello cabe preguntarse sobre cuál es el estado del tema “salud” en la política exterior mexicana. ¿Existen líneas de acción más allá de la participación como miembro de la OMS, a través de la Asamblea Mundial de la Salud? Aún más interesante, se cuestiona si nuestro país contempla el ejercicio de la DSG como eje rector de la política exterior, o al menos como un tema importante.

De acuerdo con la Dra. Rebecka Villanueva Ulfsgard, México enfrenta al menos tres retos respecto a su política exterior en el marco de la Agenda para el Desarrollo de las Naciones Unidas¹:

- 1) El primero de ellos, es “el reto central para el gobierno de mantener su política exterior en apoyo de la agenda de desarrollo para después de 2015, en acciones concretas en el ámbito de políticas públicas”.²

¹ Rebecka Villanueva Ulfsgard. *Op. Cit.*, p. 17.

² *Ídem.*

- 2) El segundo, asociado al primero, implica “construir una gobernanza interna verdaderamente incluyente y democrática, que tome en cuenta la necesidad imperante de inclusión social en los procesos de toma de decisiones en todos los niveles del Estado, reconociendo como punto de partida los enormes déficits que existen en temas recurrentes que tienen que ver con el desarrollo”.³
- 3) Finalmente, el tercer reto para México es el de “convertirse en un actor global con un liderazgo en estos temas, haciendo que con el ejemplo de las acciones y los resultados obtenidos se pueda impulsar un cambio sustantivo en los países y las regiones donde tenemos posibilidad de incidir positivamente, lo que sin duda redundará en nuestra imagen y reputación internacional”.⁴

El Objetivo 3 “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades*”, de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por nuestro país en septiembre de 2015, establece metas e indicadores para medir el desempeño respecto a este compromiso (ver Anexo I).

De acuerdo con estimaciones del Institute for Health Metrics and Evaluation⁵ (IHME, por sus siglas en inglés), fundado por la Fundación Bill & Melinda Gates y la Universidad de Washington a través del Estado de Washington D.C., el puntaje respecto al seguimiento del “ODS3 Salud” para el 2030 se estima para México de 72/100. En 2018 se considera un puntaje de 67/100 (ver Ilustración 4.1).

De acuerdo con el IHME, el Índice Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud, a menudo abreviado como el “Índice ODS” (*SDG Index*, en inglés) es una medida resumida que refleja el desempeño de diversos países en relación con los indicadores de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

¿Cómo funciona este Índice? Se basa en el estudio *Global Burden of Diseases, Risk Factors and Injuries 2015 (GBD 2015)*, en el que se incluyeron 37 indicadores individuales en el Índice ODS relacionados con la salud. Por cierto que este, es el estudio epidemiológico observacional mundial más exhaustivo hasta la fecha. Describe la mortalidad y la morbilidad

³ *Ídem.*

⁴ *Ídem.*

⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. Health-related SDGs | Viz Hub [en línea] URL: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/> (Consultado 24.01.2018; 18:12)

derivadas de las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo para la salud a nivel mundial, nacional y regional. Examinar las tendencias desde 1990 hasta el presente y hacer comparaciones entre poblaciones permite comprender los cambios en los desafíos de salud que enfrentan las personas en todo el mundo en el siglo XXI.⁶

De regreso al Índice ODS, los investigadores encabezados por Stephen Lim, Director de Ciencias; Christopher J.L. Murray profesor y director del IHME, y Kate Allen especialista en el manejo de datos; aplicaron métodos estadísticos a datos compilados sistemáticamente para estimar el desempeño de 33 indicadores de ODS relacionados con la salud para 188 países de 1990 a 2015.

Los investigadores cambiaron la escala de cada indicador en una escala de 0 (valor peor observado entre 1990 y 2015) a 100 (mejor observado). Los índices que representan los 37 indicadores de ODS relacionados con la salud contienen además indicadores relacionados con la salud incluidos en los ODM e indicadores relacionados con la salud no incluidos en los ODM (“Índice no ODM”) calculado como la media geométrica de los indicadores reescalados por objetivo ODS. Además, utilizaron regresiones *spline* para examinar las relaciones entre el índice sociodemográfico (IDE, una medida resumida basada en el ingreso promedio por persona, el logro educativo y la tasa de fecundidad total) y cada uno de los indicadores e índices de ODS relacionados con la salud.

Si el lector se muestra más interesado en profundizar en la metodología del estudio puede referirse a la Guía del Usuario del Índice ODS en el portal electrónico del IHME.⁷

Aunque la puntuación del IHME puede ser incómoda, incluso cuestionable; se trata de una de las pocas plataformas globales a las que se puede acudir. Por supuesto, está demás advertir que se trata de estimaciones y que tan sólo esta cifra puede ser un recurso de orientación.

En este punto, es necesario reflexionar sobre la importancia de establecer un marco de referencia a través de la plataforma de los ODS, la cual permitiría reconocer la presencia de un esquema general de objetivos a cumplir por el país entorno a los temas que aquejan al mundo en materia de salud.

⁶ The Lancet. The Global Burden of Disease Study (GBD) (2010, 2013, 2015, 2016) [en línea] URL: <http://www.thelancet.com/gbd> (Consultado 10.03.2018; 23:12)

⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). User Guide: Health-related SDGs visualization [en línea] URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Data_viz/Health-related_SDG_User_Guide_2016.pdf (Consultado 10.03.2018; 12:20)

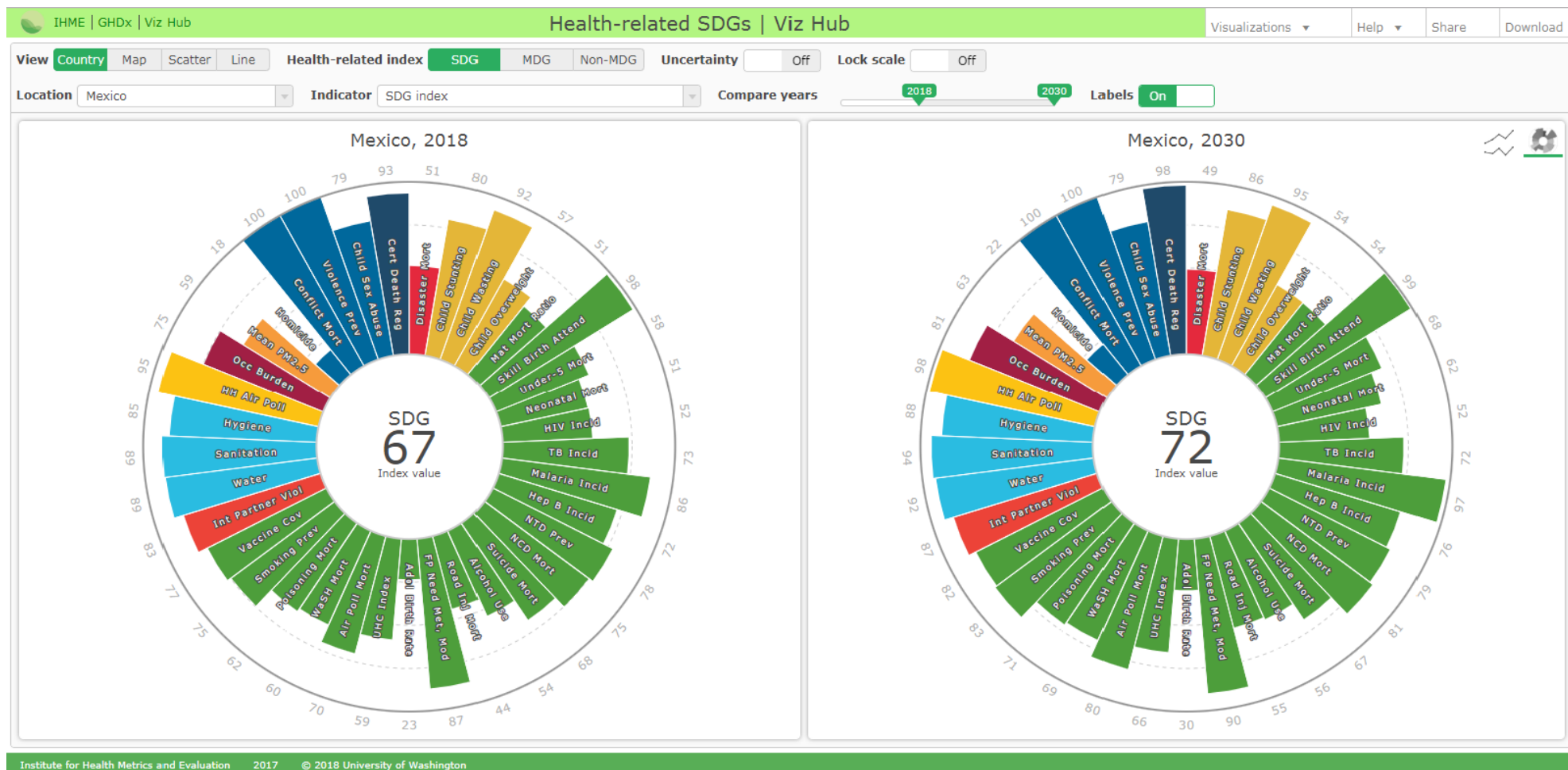


Ilustración 4.1: Calificación: estimaciones de alcance del ODS3 “Salud y bienestar” para México⁸

⁸ Tomado de: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. Health-related SDGs | Viz Hub [en línea] URL: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/> (Consultado 24.01.2018; 18:12)

La Dra. Gerry Eijkemans, nombrada Representante de la OPS/OMS en México desde febrero de 2016, señala que “los retos son muchos, por lo que algunos escépticos señalan que hay altas posibilidades que la Agenda 2030 se convierta en una declaración de intenciones que no será alcanzada por la dinámica de la *Realpolitik*”.⁹ Sin embargo, la Dra. Eijkemans también apunta a que “la humanidad ha tenido la virtud de reinventarse ante escenarios adversos en diversas ocasiones”.¹⁰

La consecución de tales objetivos permiten vislumbrar oportunidades en la consecución de beneficios de otra índole, particularmente, la imagen.

Acorde al estudio del Dr. César Villanueva Rivas, *La Imagen de México en el Mundo 2006-2015*, la imagen internacional de México ha sido señalada como uno de los problemas centrales que enfrenta la política exterior del país”.¹¹ Si bien, alrededor de una desgastada imagen, “no todo aparece como negativo, hay un conjunto de rasgos positivos que vale la pena resaltar, a pesar de que no son los más influyentes”.¹²

Señala Villanueva Rivas que la política exterior y su diplomacia aportan una cuota significativa de poder suave a México. Además, son dos razones que salen a la luz que legitiman el ejercicio de su diplomacia global: “su compromiso con la cooperación internacional, particularmente la relaciones con el desarrollo y los efectos positivos de segundo orden de la Doctrina Estrada”.¹³

Sin embargo, el Dr. Villanueva advierte que la imagen social es la señal de alerta más urgente para la imagen de México en el exterior, mostrando un deterioro en temas como la seguridad pública, violaciones a derechos humanos así como homicidios intencionales.¹⁴

Como puede apreciarse, el ajuste entre los retos e imagen de México al exterior se relacionan de una forma poco ortodoxa en tanto de desarrollo o ámbito social se refiere. Aún menos, en concordancia a la correlación entre salud y su política exterior.

⁹ Gerry Eijkemans. La Salud en México y América Latina: logros, escenarios y caminos, 4 de abril de 2017 [en línea] URL: <http://www.mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/1351-la-salud-en-mexico-y-america-latina-logros-escenarios-y-caminos#edn3> (Consultado 10.02.2018; 17:50)

¹⁰ *Ídem*.

¹¹ César Villanueva Rivas. *La Imagen de México en el Mundo 2006-2015*. Editorial Universidad Iberoamericana: Ciudad de México, 2016; p. 13.

¹² *Ibidem*, p. 55.

¹³ *Ídem*.

¹⁴ *Ibidem*, p. 63.

Al respecto, el reconocido internacionalista, académico y diplomático mexicano, Mario Ojeda señala en su artículo *La Política Exterior de México: Objetivos, Principios e Instrumentos* que “para la ejecución de una política exterior cualquiera se requiere, primero de la voluntad o el interés para seguirla y, segundo y más importante, del poder o la capacidad para realizarla”.¹⁵ Advierte Ojeda que “por ello, los objetivos de la política exterior, de cualquier país deben ser conmensurables con el grado de poder internacional que puede ejercer por sí mismo o en conjunción con otros países”.¹⁶

El primer paso para consolidar una estrategia en materia de DSG, consiste en adecuar una política exterior propia que determine el tema de la salud como una actividad relevante a favor de la imagen y solución de las problemáticas involucradas en el perfil epidemiológico y el SNS.

Consecuentemente, ¿México cuenta con las herramientas y plataformas para introducir y alentar la DSG en su política exterior?, ¿existen esfuerzos que vislumbren el ejercicio de esta en el país? Si bien la voluntad política por delinear este tipo de diplomacia gira en torno a la CID, no debe desestimarse que la política exterior mexicana no está exenta de despejar la influencia de EE.UU.

Anota Ojeda acertadamente que “México se mueve dentro de una realidad política concreta que le da el hecho de ser vecino directo de los Estados Unidos y de ser altamente dependiente de este país. En consecuencia, el dilema siempre presente de la política exterior de México es el de escoger -o conciliar- entre sus dos objetivos principales: mantener su línea anti-intervencionista y no contravenir demasiado a los Estados Unidos”.¹⁷

El artículo que fue publicado en el año 1984, continúa vigente sin lugar a dudas. No obstante, México puede apostar por otras propuestas en favor de sí mismo y en clara respuesta a los cambios que este siglo presenta. Hoy más que en cualquier otro momento de la historia diplomática mexicana, se requiere de incluir temas propositivos que tienen el potencial de solucionar una problemática con dimensiones históricas para el país, como lo es la salud.

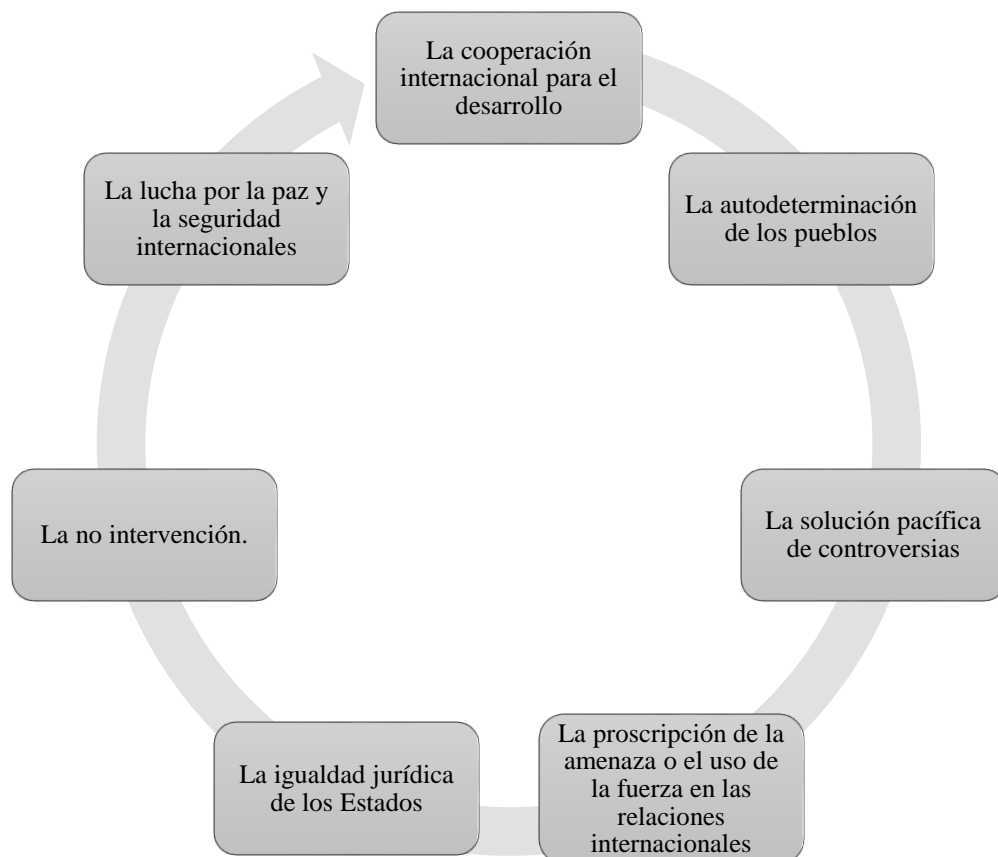
Una mirada a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, puede brindar algunas respuestas. De conformidad con el artículo 89°, fracc. X, el titular del Poder

¹⁵ Mario Ojeda. “La Política Exterior de México: Objetivos, Principios e Instrumentos” en *Revista Mexicana de Política Exterior*, Vol. 1, núm. 2, 1984, Instituto Matías Romero-SRE, Ciudad de México, p. 6.

¹⁶ *Ídem.*

¹⁷ *Ídem.*

Ejecutivo, en la conducción de la política exterior, deberá observar determinados principios normativos¹⁸ más allá del artículo 4° (ver Esquema 4.1). La inclusión a nivel constitucional de la CID en 1988, permitió que México “participara en el sistema de cooperación internacional, primero como receptor y cuarenta años más tarde como oferente, realizando colaboración de forma preferencial hacia Centroamérica, Sudamérica y El Caribe”.¹⁹



Esquema 4.1: Principios normativos de la Política Exterior de México²⁰

¹⁸ Alonso Gómez-Robledo Verduzco. “La Política Exterior Mexicana: sus principios fundamentales” en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, Vol. 1. IJ/UNAM: Ciudad de México, 2001, pp. 197-217.

¹⁹ Juan Pablo Prado Lallande. “La cooperación internacional para el desarrollo de México. Un análisis de sus acciones, institucionalización y percepciones” en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Vol. 59, núm. 222, FCPyS-UNAM, Ciudad de México, 2014; p. 53.

²⁰ Elaboración propia con base en: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 89, fracc. X, p. 57 [en línea] URL: <http://www.senado.gob.mx/comisiones/cogati/docs/CPEUM.pdf> (Consultado 14.02.2018; 14:30)

El embajador Bruno Figueroa Fischer reitera que “México, como actor responsable de la comunidad internacional, y consecuente con haber adoptado la cooperación como un principio constitucional, participa de manera entusiasta en estos esquemas”.²¹

A través de la adopción en 2011 de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID) y, en particular, del establecimiento de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), el 28 de septiembre de 2011, como un órgano desconcentrado de la SRE, con autonomía técnica y de gestión; que se ha dotado al país de las herramientas que permiten instrumentar la cooperación de manera planificada y sistemática.

En el marco de la intervención de la CID o de la trayectoria de México en el mundo en cuanto a labor diplomática, existe una línea histórica respecto a temas de salud poco conocida y que representa un antecedente potencial con el objetivo de renovar esfuerzos por alentar la inclusión de la DSG como una herramienta viable en nuestro país y como parte de su agenda de política exterior.

En 1983, señalaba el Dr. Manuel Quijano Narezo, entonces Director de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud que “cuando los diplomáticos se ocupan de asuntos de salud reconocen que los peligros que se quieren conjurar o los beneficios que se están negociando favorecerán por igual a los pueblos de los firmantes de tratados y convenios. La actitud de las partes es benevolente, altruista y edificante”.²²

La presencia de una línea histórica en este sentido por parte de nuestro país resulta un antecedente favorable y alentador sobre el tema.

Una de las referencias más representativas es la expedición planeada por Francisco Javier de Balmis y Berenguer (1753-1819), médico militar español y cirujano honorario de la corte del rey Carlos IV, que partió de Galicia en 1801 para traer a varios países de América y a las Filipinas la vacuna contra la viruela.

Por otra parte, a mediados del siglo XVIII se empezaba a desarrollar el comercio mundial en gran escala, en barcos de vapor y con mercadotecnia avanzada; era pues necesario que se

²¹ Bruno Figueroa Fischer. “Introducción: El nuevo rostro de la cooperación internacional mexicana” en *Revista Mexicana de Política Exterior* N° 102 “México y la cooperación internacional para el desarrollo”, Instituto Matías Romero-SRE, Ciudad de México, 2014, pp. 7-14.

²² Manuel Quijano Narezo. “México en las relaciones internacionales de salud” en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 25, núm. 5., INSP, México, 1983, pp. 519-520.

aplicaran medidas de cuarentena, y de paso, que no se obstaculizara demasiado la entrega de cargas valiosas. Fueron estas últimas razones las que impulsaron a convocar las Conferencias Sanitarias Internacionales, la primera en París en 1851, luego en 1859 en la misma ciudad, más tarde en Constantinopla en 1866 y en Viena en 1874.

En la quinta de esas conferencias, celebrada 30 años después de la primera y que tuvo lugar en Washington con la asistencia de delegados de 10 países latinoamericanos, lo más destacado fue el anuncio hecho por Carlos Finlay de su teoría de que la fiebre amarilla se transmitía de una persona a otra mediante un agente intermediario. En el marco de esta conferencia, México votó a favor de establecer comunicaciones directas entre los diferentes países en relación a cuestiones de salud así como ante la organización de cuerpos internacionales con la mira de recolectar datos epidemiológicos.

Continuando con esta línea histórica trazada por el Dr. Quijano; fue la Segunda Conferencia de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas (antecedente de la Organización de Estados Americanos, OEA) que tuvo lugar en México a principios de 1902, donde se recomendó que se citara a una convención de representantes de la administración de salud de cada país para formular acuerdos y reglamentaciones sanitarias que redujeran al mínimo las exigencias de cuarentena para el cólera, la peste bubónica, la fiebre amarilla, la viruela y otras pandemias.

Esa convención también recomendó la creación de un Comité Ejecutivo Permanente de no menos de cinco miembros, que debería llamarse Oficina Sanitaria Internacional, con sede en Washington, que más tarde cambió de nombre por el de Oficina Sanitaria Panamericana.

En el comité estaban Carlos Finlay de Cuba, Eduardo Moore de Chile, los doctores Jobuson y Glendower de los Estados Unidos y Felipe Carbó del Ecuador. Inmediatamente decidieron subir a siete el número de miembros y entraron los doctores Ulloa de Costa Rica y Eduardo Liceaga de México el 3 de diciembre de 1902.

Expresa también el Dr. Quijano que México al ya contar desde 1891 con un Código Sanitario, ofrecía al mundo un conjunto de leyes y disposiciones sobre higiene pública y personal y que además aceptó las reglas votadas en el Congreso de Roma en 1907, comprometiéndose a ayudar a la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París y suscribiendo todos los acuerdos panamericanos. Asistía con regularidad, a principios del siglo XX, a todos los congresos internacionales relacionados con la higiene pública y, según

parece, hacía aportaciones oportunas e inteligentes. Otros pasajes interesantes pueden encontrarse en su artículo y aunque revela un optimismo mayor por la OPS que la OMS, reitera que brindar salud a los seres humanos menos favorecidos siempre será una causa noble.

Afortunadamente en nuestro país no se han detenido los esfuerzos por realizar aportaciones de considerable valor, algunas de las más recientes que logré identificar son las siguientes:

- El químico Luis Ernesto Miramontes Cárdenas (1925-2004), originario de Tepic, Nayarit, fue el inventor del primer anticonceptivo oral. Químico graduado por la UNAM, a sus 26 años de edad llevó a cabo la síntesis de la noretisterona, un compuesto activo que dio origen a la píldora anticonceptiva.²³
- El trabajo académico y de investigación del Dr. Edmundo Hernández-Vela, profesor emérito de la UNAM, quien a ha logrado conciliar e impulsar los campos de la Medicina y las Relaciones Internacionales.

En el área de la salud, a través del desarrollo de un método de laboratorio (RA-Test) para el diagnóstico de la artritis reumatoide con un 96% de certeza e implementado por instrucción del Dr. Clemente Robles en el SNS; la creación del Servicio de Reumatología del Hospital Colonia de los Ferrocarriles Nacionales de México; y su importante participación en la fundación de las Sociedades Panamericanas de Anatomía y de Reumatología.

En el área de las RR.II., en 1970 siendo aún profesor de asignatura, fundamentó y auspició la creación de Centro de Relaciones Internacionales (CRI) dentro de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, en la que desde 1977 es profesor titular “C”, más allá de sus estudios en el Instituto Universitario de Altos

²³ Octavio Miramontes Vidal. Instituto Física-UNAM (Complex Systems Department). La píldora anticonceptiva, la UNAM y la mayor contribución de la ciencia mexicana de todos los tiempos [en línea] URL: http://scifunam.fisica.unam.mx/mir/mayor_contribucion.html (Consultado 23.01.2018; 18:24)

Estudios Internacionales de Ginebra, Suiza. Sólo por mencionar, algunos de sus tantos logros en ambas disciplinas.²⁴

- El Convenio Marco para el Control del Tabaco, que entró en vigor en 2005, constituye no sólo un éxito de la OMS a nivel internacional, sino también para México al haber sido el primer país latinoamericano en ratificarlo.
- México ha sido también un líder al introducir políticas progresivas de salud que incluyen la expansión del acceso al aseguramiento médico a través del Seguro Popular, y al ser el primer país en el mundo en aprobar un impuesto a las bebidas endulzadas con azúcar, en 2014.
- Las Ventanillas de Salud (VDS), que coordinan la Secretaría de Salud y el Instituto de los Mexicanos en el Exterior de la SRE, han sido distinguidas por la OEA con el Premio Interamericano a la Innovación para la Gestión Pública Efectiva (PIGEP) en la categoría de Innovación en la Inclusión Social.²⁵
- Actualmente, la propuesta mexicana del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) constituye el proyecto de mayor envergadura en términos de salud, específicamente de carácter regional.

No obstante, Mario Ojeda se plantea que si ante este tipo de esfuerzos por parte del Estado Mexicano “se estará cayendo necesariamente en una acción de voluntarismo político o de aventurerismo internacional que puede conducir más bien a perjudicar que a beneficiar”.²⁶ ¿En qué sentido? Probablemente en la forma en que los Estados miembro del SMSP operan, pues la inercia de estos puede alentar o desvincular la oportunidad de establecer mecanismos regionales en la materia, ante casos como el de Nicaragua y las manifestaciones por la reforma a la Ley del Seguro Social.²⁷

²⁴ DGAPA/UNAM. Semblanza del Dr. Edmundo Hernández-Vela. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales [en línea] URL: <http://dgapa.unam.mx/index.php/semblanzas-emeritos-anio-perpae-2015/semblanzas-2009-perpae/261-hernandez-vela-salgado-edmundo> (Consultado 18.09.2018; 14:37)

²⁵ Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). Las Ventanillas de Salud reciben el premio de la OEA a la Innovación para la Gestión Pública [en línea] URL: <https://www.gob.mx/ime/prensa/las-ventanillas-de-salud-reciben-el-premio-de-la-oea-a-la-innovacion-para-la-gestion-publica?idiom=es> (26.01.2018; 15:42)

²⁶ Mario Ojeda. *Op. Cit.*, p. 6.

²⁷ Sin Embargo. “Protesta contra la reforma de salud en Nicaragua deja 3 muertos y varios heridos; censuran a televisoras”, en *Sin Embargo*, sección Mundo, 20 de abril de 2018 [en línea] URL: <http://www.sinembargo.mx/20-04-2018/3409735> (Consultado 30.04.2018; 18:55)

De hecho, nuestro país parece avanzar lenta y gradualmente pero de forma alentadora hacia un camino incluyente de la DSG propiamente mexicana. El papel de la Universidad, Institutos y la misma SSA es la de alentar y sugerir caminos por los que pueda ser viable y posible la consolidación de la DSG.

De acuerdo al estudio *Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*,²⁸ de la revista *The Lancet*, México ha transitado al lugar 69° de 188 en cuanto a desarrollo de salud, desde el lugar 104° que ocupaba en 1982. Además “el índice señala una mejor categoría para el país: es el número 38, de los 188 países, en alcanzar mejoría de todos los estudiados”.²⁹

Resulta interesante en este punto preguntarse si México al catalizar la DSG podrá ir más allá de esta línea de voluntarismo político a pesar de continuar rezagado en materia de salud respecto a los países con el mejor desempeño de América Latina y de la OCDE, plataforma que permite clasificar a nuestro país como “desarrollado”.

4.1. México ante la OMS y la OPS

La primera plataforma directa que México contempla como puente internacional es la OPS. Esta representación opera desde 1952 (que hasta el año 1984 atendió también a Cuba, República Dominicana y Haití). La cooperación de la OMS/OPS con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de mayo de 1984.

El trabajo de la OPS/OMS en México tiene los retos diversos de aportar al desarrollo de las instituciones de salud de alto nivel científico con que cuenta el país; apoyar los esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas aún prevalentes; contribuir a la respuesta sanitaria que se está dando al envejecimiento de la población, el aumento de las ENT y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables.

La extensión territorial del país, su organización constitucional de tipo federal y el acceso segmentado de la población al sistema público de salud, condiciona que la cooperación

²⁸ Stephen Lim S. et al. 2016. “Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015” en *The Lancet*, Vol. 388, Issue 10053, 1813 - 1850 pp. [en línea] URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext) (Consultado 20.02.2018; 12:40)

²⁹ *Ídem*.

técnica genere iniciativas y trabaje con creatividad en apoyo a la interlocución y puesta de acuerdo entre las diversas instituciones y organizaciones del espectro sanitario: públicas y de la sociedad civil; con y sin fines de lucro; nacionales e internacionales.

La labor actual de la OMS y la OPS está enfatizada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus cuerpos directivos.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

Según la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS 2015-2018, “México es muy activo en cooperación internacional, en calidad dual de donante y receptor de cooperación”.³⁰ Especifica que “el sector salud participa a través de mecanismos de colaboración bilateral, también en foros subregionales como el Sistema Mesoamericano de Salud Pública, la Alianza del Pacífico, la Comunidad Iberoamericana y EurosociAL con la Unión Europea”.³¹

También participando de manera activa en diversos organismos y foros internacionales como miembro de la OEA, ONU, APEC, OCDE, entre otros”.³² Además, nuestro país cuenta con una agenda estructurada en la que se establecen cuatro prioridades estratégicas (ver Esquema 4.2).

A nivel regional, desde 1995 la OPS ha publicado anualmente *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos* de forma ininterrumpida, el cual representa el conjunto mínimo de información necesario para la caracterización de la situación de salud en la Región. En la edición del 2017³³, la OPS esquematiza para la población mexicana una

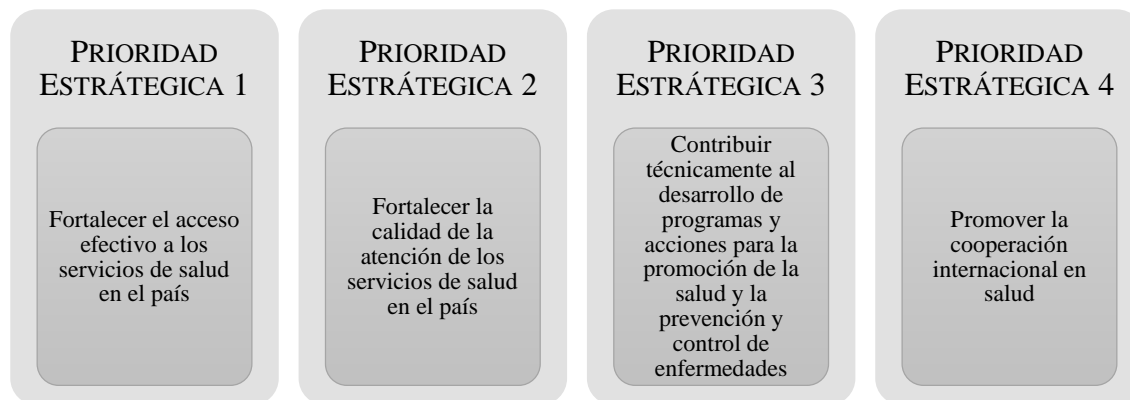
³⁰ OPS-OMS. Estrategia de Cooperación de la OPS y la OMS con México 2015 – 2018, pp. 97 [en línea] URL: http://www.paho.org/MEx/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1053-ccs-mex-1518-web0&Itemid=493 (Consultado 29.01.2018; 15:27)

³¹ *Ídem*.

³² *Ídem*.

³³ OPS-OMS. *Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017*. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2017 [en línea] URL: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado 22.11.2017; 19:53)

esperanza de vida al nacer en promedio de 77,3 años. Para hombres de 74,9 años y para mujeres de 79.7 años. Aisladamente, un dato como el anterior representa una aproximación optimista sobre la cantidad de años que logra vivir un mexicano.



Esquema 4.2: ECP Agenda Estratégica de la OPS/OMS (2015-2018)³⁴

De acuerdo con la Dra. Gerry Eijkemans, se estima necesario advertir que algunos de los retos a los que se habrá de enfrentar nuestro país es el relativo a sus condiciones geográficas y climatológicas, ya que “se estima que 60% del territorio tiene condiciones que favorecen la propagación de las enfermedades transmitidas por vector, como dengue, chikungunya y zika”.³⁵ Al mismo tiempo, “al estar ubicado entre dos océanos, y por su latitud y relieves, el país está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos que pueden acentuarse por el cambio climático”.³⁶

La migración, representa otro reto en el cual el SNS debe dar cuenta, pues “México, que, al ser un país de larga tradición migratoria, deberá diseñar fórmulas para promover y proteger el derecho a la salud de esta población, de tal forma que se dé respuesta a las necesidades en la materia de los distintos subgrupos de migrantes, de forma incluyente, integral y con calidad”.³⁷

³⁴ Elaboración propia con base en: OPS-OMS. Resumen: Estrategia de Cooperación de la OPS y la OMS con México 2015 – 2018, pp. 2 [en línea] URL: http://www.paho.org/MEx/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1031-ccs-brief-mex-esp2015&Itemid=493 (Consultado 29.01.2018; 15:27)

³⁵ Gerry Eijkemans. *Op. Cit.*

³⁶ *Ídem.*

³⁷ *Ídem.*

Sobre este punto, resulta preocupante el aumento de peticiones de refugio a México de hasta 1,100% en tan sólo seis años,³⁸ particularmente provenientes de inmigrantes de Honduras, El Salvador y Venezuela, que encabezan la lista y que ante la crisis humanitaria en su país deciden emprender un éxodo sin certidumbre y que se agudiza con casos como el de Venezuela, que ha tenido un repunte de tuberculosis a causa de las deficientes condiciones sociales catalizadas por el hacinamiento y la desnutrición.³⁹

Por si fuera poco, la Dra. Eijkemans, advierte que otros retos a los que se verá confrontado el Estado Mexicano serán “el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (que representan 75% de las muertes en países de ingresos bajos y medios); la depresión; la resistencia antimicrobiana y la medicina personalizada”⁴⁰ cuestionada por la viabilidad de su inclusión en el SNS.

Con el objetivo de formar recursos humanos que confronten este panorama, nuestro país participa en el “Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde (PLSI)” de la OPS, con el objetivo de contribuir a fortalecer la capacidad nacional en salud internacional, a través de la formación de recursos humanos en la materia.

En 2014, en el marco de la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana y la 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017; se estableció la *Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*⁴¹ suscrita el 24 de julio del 2017 (ver Ilustración 4.2).

³⁸ Jorge Butrón. Suben 1,100% peticiones de refugio a México; sólo de venezolanos, el 28% en *La Razón*, sección Destacadas en Venezuela, 15 de septiembre de 2018 [en línea] URL: <https://www.razon.com.mx/suben-1100-peticiones-de-refugio-a-mexico-solo-de-venezolanos-el-28/> (Consultado 21.09.2018; 22:52)

³⁹ Kirk Semple. ‘Estamos perdiendo la batalla’: la tuberculosis golpea a una Venezuela en crisis en *The New York Times*, sección América Latina-Venezuela, 20 de marzo de 2018 [en línea] URL: <https://www.nytimes.com/es/2018/03/20/tuberculosis-hospitales-venezuela-crisis/> (Consultado 21.09.2018; 22:55)

⁴⁰ *Ídem*.

⁴¹ OPS. “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”, Documento CSP29/10, (24 de julio del 2017) [en línea] URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672%3Ahuman-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&catid=526%3Ainfo&Itemid=42273&lang=es (Consultado 19.02.2018; 18:06)

Tal estrategia ha sentado las bases para explorar las dimensiones y la relevancia que representa el formar recursos humanos en favor de una intersectorialidad⁴² en el campo de la salud, a través de las siguientes líneas de acción:

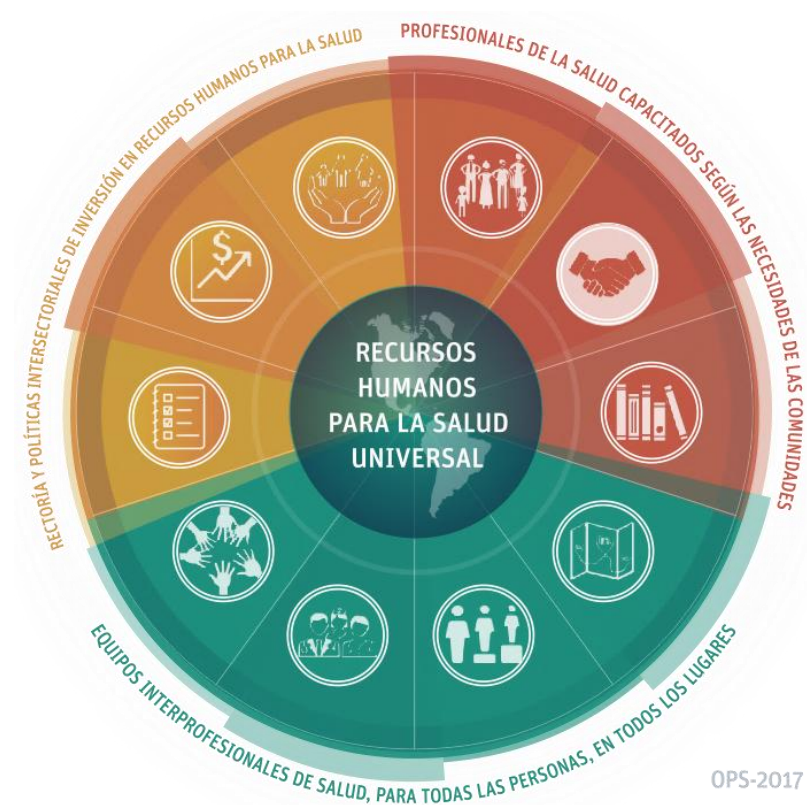


Ilustración 4.2: Recursos Humanos para la Salud Universal⁴³

1. Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud,
2. Desarrollar condiciones y capacidades para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad,
3. Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia la salud universal.

⁴² Enrique Ruelas Barajas. "La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud" en Manuel Urbina Fuentes y Miguel Ángel González Block. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): México. 2012; pp. 131.

⁴³ Tomado de: OPS. "Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud", Documento CSP29/10, (24 de julio del 2017) [en línea] URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672%3Ahuman-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&catid=526%3Ainfo&Itemid=42273&lang=es (Consultado 19.02.2018; 18:06)

Como se ha logrado apreciar, en la *Agenda Estratégica de la OPS/OMS (2015-2018)* las dos principales cuestiones que nuestro país debe afrontar en la materia, es en primer lugar el perfil y transición epidemiológica de la población y en segundo lugar, la conformación del SNS.

Ambas conviven de forma irregular, y pareciese que ambas son reactivas, una de la otra. Por ello, es necesario realizar una aproximación al comportamiento de ambos con el objetivo de contar con un perfil adecuado y actualizado que oriente a los diplomáticos que deberán tener una visión sincronizada a nivel nacional y global.

4.2. Panorama contemporáneo del Sistema de Salud en México

De acuerdo con el *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, de la OMS, los objetivos fundamentales de los sistemas de salud radican en mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas sobre recibir un trato adecuado y protegerla financieramente contra los costos derivados de sus padecimientos.⁴⁴

Respecto al Sistema Mexicano de Salud, un desafío fundamental radica en que funciona como un grupo de subsistemas que operan de manera desconectada. Cada uno ofrece un nivel distinto de cobertura y precios, con resultados que también son muy desiguales. Asimismo, las personas no pueden elegir el tipo de seguro ni el proveedor de servicios, ya que éstos son predeterminados por su empleo, público, privado, formal, informal o inexistente.^{45 46}

Por otra parte, según el *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016*,⁴⁷ en el cual se lleva a cabo un diagnóstico general del SNS, se expone que:

- a) Actualmente todas las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, equivalentes a cerca de 98 millones de personas.

⁴⁴ OMS. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/2000/es/> (Consultado 21.01.2017; 23:17)

⁴⁵ Ricardo Daniel Corona González. "El Sistema de Salud en México: de la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal" en CONAEMI, 15 de enero de 2017 [en línea] URL: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-México-De-la-fragmentación-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal> (Consultado 21.12.2017; 21:17)

⁴⁶ Octavio Gómez-Dantés, et. al. "Sistema de salud de México" en *Revista Salud Publica de México*, Vol. 53, supl 2, 2011; pp. S220-S232.

⁴⁷ SSA. *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 "Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud"* [en línea] URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf (Consultado 09.11.2017; 13:24)

- b) A más de setenta años de haberse creado, actualmente el sistema de salud en México está constituido por diversas instituciones públicas y privadas, organizadas verticalmente. Esta estructura implica que cada institución atiende a su propia población y ejerce las cuatro principales funciones de un sistema de salud (la prestación de los servicios, la generación de recursos, el financiamiento de sus actividades y la rectoría).

Por ello, los profesionales en DSG no deben olvidar los siguientes elementos que involucran una adecuada estrategia a favor del SNS: 1) financiación (en 2016 fue del 5.6% del PIB)⁴⁸; 2) recursos; 3) prestación de servicios y 4) calidad.

Involucrar tales elementos en la panorámica del sistema de salud en México, conjugando la salud pública podrá adecuar la forma en que las reformas en la materia sean las adecuadas.⁴⁹ Se recuerda que el SNS está conformado por el sector público y privado (ver Esquema 4.3). De acuerdo con Octavio Gómez Dantés, et. al.:

El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de

⁴⁸ INEGI. PIB y Cuentas Nacionales de México: Salud [en línea] URL: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/default.aspx> (Consultado 15.09.2018; 23:42)

⁴⁹ SSA. *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 "Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud"* [en línea] URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf (Consultado 09.11.2017; 13:24)

recuperación). La población de responsabilidad de la SSA y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.⁵⁰

4.3. Los retos en salud pública en México

Las implicaciones de involucrar la DSG en nuestro país admite reconocer que existe un escenario de salud pública complejo y que fija un objeto material en el cual se pueden explorar elementos sobre las actividades orientadas a su combate.

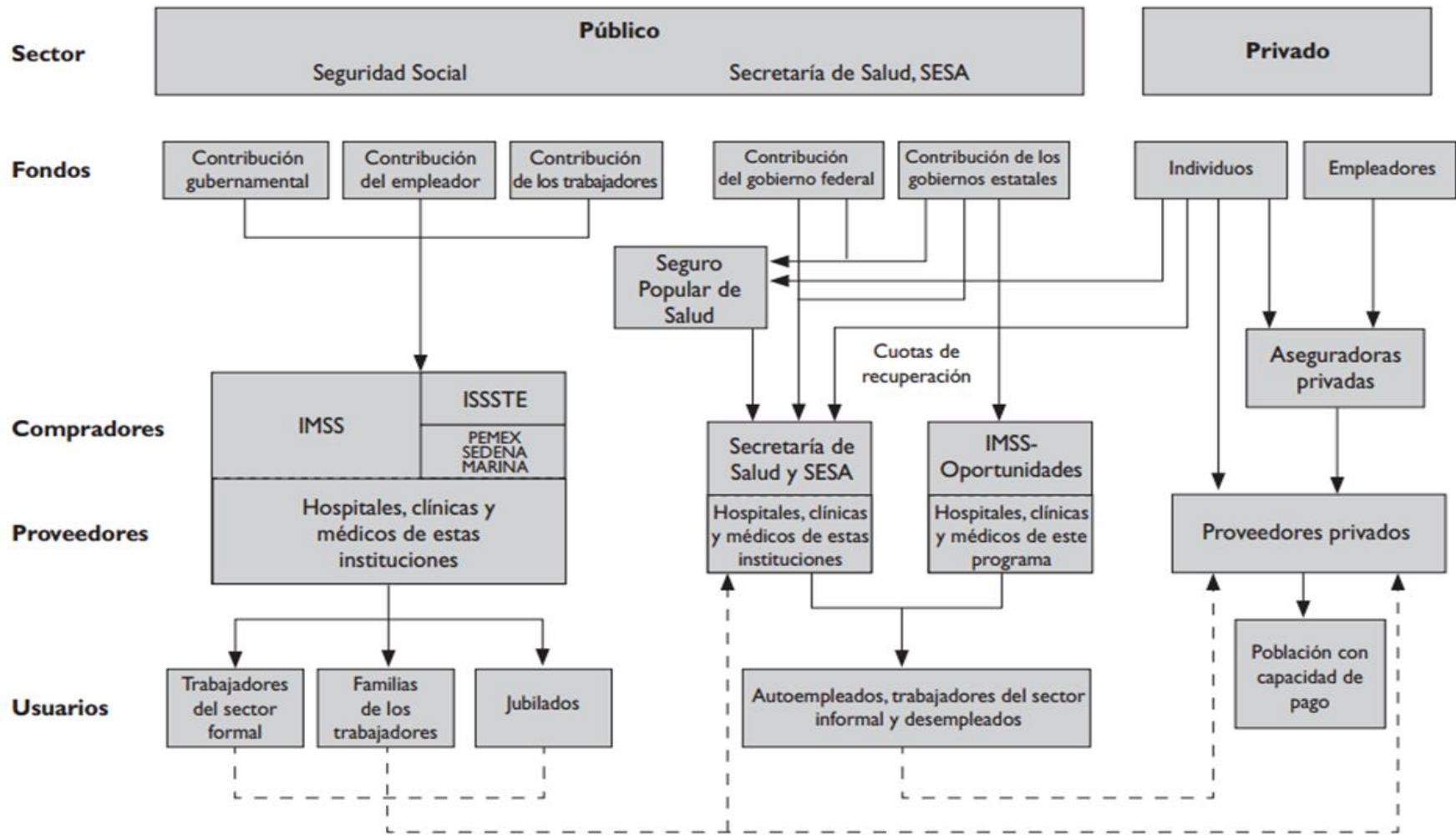
Varias de las recomendaciones del informe *Salud Global 2035* expuesto en el apartado 1.7, tienen particular relevancia para México en su búsqueda por mejorar su desempeño en salud.⁵¹ A través del INSP, Carlos Oropeza Abundez (subdirector de comunicación científica y publicaciones del Instituto) y Ricardo Pérez Cuevas (especialista sénior en protección social y salud en las oficinas del BID en México), revelan que los tres retos que México debe enfrentar, según el informe, son los siguientes:⁵²

1. Las comunidades pobres, rurales y marginadas siguen enfrentando cargas de enfermedad considerablemente altas. El informe planteó que para alcanzar la convergencia global, y mejorar el desempeño nacional en salud de países como México, se tendrá que prestar mayor atención a estos “focos de mortalidad elevada” y realizar acciones encaminadas a reducir las inequidades en salud al interior de los países. (continúa pág. 125)

⁵⁰ Octavio Gómez-Dantés, et. al. *Op. Cit.*, pp. S220-S232.

⁵¹ Naomi Beyeler, et. al., “Salud global 2035: implicaciones para México” en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 57, núm. 5, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): México, 2015; pp. 441-443.

⁵² Carlos Oropeza Abundez y Ricardo Pérez Cuevas. “Los 3 Retos en Salud que México debe abordar” en Blogs Banco Interamericano De Desarrollo (BID) Políticas Públicas, Salud [en línea] URL: <https://blogs.iadb.org/salud/2015/10/26/retos-en-salud/> (Consultado 14.02.2018; 22:51)



Esquema 4.3: Estructura del Sistema de Salud Mexicano⁵³

⁵³ Tomado de: Octavio Gómez-Dantés, et. al. *Op. Cit.*, pp. S220-S232.

2. Hay que hacer frente a las tasas crecientes de enfermedades crónicas y lesiones, y para ello las políticas fiscales, como los impuestos al tabaco y el azúcar, son una palanca poderosa pero subutilizada. También el estudio argumenta que los países de ingreso medio deberían seguir expandiendo los paquetes de intervenciones en salud de modo que incluyan una detección y un tratamiento más agresivo de las enfermedades que se combaten por medio de las intervenciones “más rentables” y la inclusión de más enfermedades, conforme se disponga de más recursos para la salud. México ha comenzado a hacer esto mediante la expansión de la cobertura de enfermedades crónicas con el Seguro Popular; sin embargo, existen oportunidades para una mayor expansión.

3. La prestación de las intervenciones de salud necesarias para reducir las enfermedades maternas, infantiles, infecciosas y no transmisibles requiere de sistemas de salud fuertes y que “todos los gastos” que ocasionen estas intervenciones deben ir acompañados de inversiones estructurales en el sistema de salud. México ha realizado enormes avances hacia la cobertura universal en salud mediante la introducción del Seguro Popular pero a medida que México expanda su cobertura de salud debe garantizar la calidad de los servicios de salud financiados con recursos públicos y contener la escalada de costos improductivos en el sistema de salud. Para abordarlas, se recomendaron introducir restricciones presupuestales duras, minimizar los pagos por servicio e instituir precios de referencia para limitar los pagos a realizar por el sector público en intervenciones específicas.

Ilustran Oropeza Abundez y Pérez Cuevas, que hay ejemplos históricos de países que han mejorado rápidamente sus resultados en materia de salud al priorizar ésta en sus agendas nacionales: “por ejemplo, Chile, China, Costa Rica y Cuba (denominados como “los 4 países con C”) quienes destacan hoy como países de ingreso medio con un alto desempeño, pues han logrado reducir drásticamente sus tasas de mortalidad infantil y materna en las últimas dos décadas, pese a los numerosos retos económicos, sociales y políticos que han enfrentado. México también podrá hacerlo”.⁵⁴

⁵⁴ *Ídem.*

En un segundo orden de ideas, se estima para 2050 en nuestro país una cifra de 17.4 millones de niños de 0 a 14 años y 28 millones de personas de más de 65 años, quienes representarán una cuarta parte de la población. Con el tiempo, ese grueso sector de la población de tipo infantil-geriátrico demandará servicios que requerirán una mayor carga presupuestaria.

Además de la proyección de la estructura etaria en el país, se suman nueve enfermedades crónico-degenerativas de mayor incidencia en el mundo, examinados en los apartados 2.1 y 2.2, que lamentablemente han ingresado en la población mexicana y que además de cobrar el mayor número de vidas, demandan al Estado mayores recursos presupuestarios para su atención cada año. A saber: la diabetes, el cáncer, los padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares, la neumonía, enfermedades crónico-respiratorias, hipertensión, obesidad y enfermedades del hígado.⁵⁵

A la par, hay que agregar que el SNS enfrenta el reto de aumentar la afiliación de personas que, en su mayoría, se encuentran en la economía informal, pues de acuerdo con el informe de la OCDE, 60% de los trabajadores mexicanos está en esa situación,⁵⁶ desde comerciantes informales y vendedores ambulantes hasta las mujeres que laboran como trabajadoras domésticas, además su propio trabajo en casa.

Entonces, una mirada al SNS debe ofrecer a los responsables de política exterior, diplomáticos y grupos interesados, una visión sobre la dirección de esfuerzos a largo plazo en tanto se consideran los elementos ya diferenciados en el esquema global de la salud así como fortalecer el pilar elemental del Estado.

El Dr. Julio Frenk señaló en 2012 que México enfrenta simultáneamente una triple problemática de enfermedades:⁵⁷

- 1) En primer lugar, está la agenda aún pendiente de las infecciones comunes, la mortalidad materna y la desnutrición,

⁵⁵ Miriam Jiménez. "Sistema de salud pública, un problema más para los mexicanos" en *Forbes México*, sección Economía y Finanzas, 3 de octubre de 2016 [en línea] URL: <https://www.forbes.com.mx/sistema-de-salud-publica-un-problema-mas-para-los-mexicanos/> (Consultado 11.05.2017; 11:24)

⁵⁶ *Ídem*.

⁵⁷ Julio Frenk. "La salud como derecho ciudadano" en *Revista NEXOS*, 1 de febrero de 2012 [en línea] URL: <https://www.nexos.com.mx/?p=14680> (Consultado 02.01.2018; 14:09)

- 2) En segundo lugar, las enfermedades no transmisibles, como diabetes, males cardíacos, cáncer y problemas de salud mental,
- 3) En tercer lugar, hay que agregar los riesgos asociados directamente a la globalización: pandemias como el SIDA y la influenza, el comercio de productos dañinos para la salud como el tabaco y otras drogas, las consecuencias en la salud del cambio climático, y la diseminación de estilos de vida no saludables que han dado paso a la pandemia silenciosa de la obesidad.

En octubre de 2017, durante el foro “Impulsando a México”, el titular de la Secretaría de Salud, el Dr. José Narro señaló que México tiene tres retos en materia de salud:⁵⁸

- El primero es fortalecer las instituciones públicas de salud y la cobertura universal de salud,
- El segundo consiste en el uso eficiente de los recursos involucrados en tales áreas, incluyendo instituciones,
- El tercer reto son los padecimientos específicos que aquejan a la población mexicana, como el sobrepeso y la obesidad, los tumores, la insuficiencia renal y el embarazo en niñas y adolescentes.

Además, destacó también cuatro desafíos estructurales para el país: disminuir la pobreza y la desigualdad; asegurar el Estado de Derecho y combatir la inseguridad; mejorar la productividad y promover la inclusión, así como fortalecer la confianza institucional y la unidad nacional.⁵⁹

El lapso de apenas cinco años entre lo expuesto por el Dr. Frenk y el Dr. Narro revela una problemática que si bien ha evolucionado, permanece y se concilia con bases de datos de naturaleza internacional y que apunta constantes en las problemáticas de salud pública en el país.

⁵⁸ El Financiero (Redacción). “Tiene México 3 retos en salud: Narro”, en *El Financiero*, sección Economía, 16 de octubre de 2017 [en línea] URL: <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/tiene-mexico-retos-en-salud-narro.html> (Consultado 01.02.2018; 23:45)

⁵⁹ *Ídem*.

En un sentido más estricto, el Secretario Narro enfatizó que “se requiere una segunda generación de reformas con sentido social [...] para consolidar lo logrado y para promover el desarrollo humano y social, que nos permitan crear sinergias y aprovechar oportunidades”.⁶⁰

Resulta interesante, al respecto, tal como lo apunta Mónica Uribe Gómez, profesora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guanajuato; y Raquel Abrantes Pêgo, investigadora del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), que a pesar de que “desde la década de los ochenta, el sistema de salud instaurado en México, como parte constitutiva del proyecto social del Estado posrevolucionario, ha pasado por distintas modificaciones que han intentado disminuir la fragmentación estructural entre institutos de seguridad social y asistencia pública en salud”.⁶¹

De acuerdo a las autoras del artículo *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?*, tales modificaciones y reestructuraciones han comprendido una reforma constitucional para reconocer el derecho a la protección en salud e incluir al sector privado como parte constitutiva del sector salud; la sustitución del sistema de reparto en las pensiones por uno de cuentas individuales en el sector de la seguridad social; la introducción de mecanismos de mercado, y la incorporación de los principios de la descentralización en el manejo de los recursos y programas de salud. No obstante esas reformas, argumentan que subsisten problemas de fragmentación, ineficiencia e inequidad en el sistema de salud mexicano.⁶²

Cabe preguntarse si la reforma que requiere el SNS podrá involucrar una mirada hacia la Salud Global, específicamente visibilizando la CID y por ende la DSG, como una plataforma que ha ofrecido excelentes oportunidades para contrarrestar los efectos de una deteriorada y vigente estructura sanitaria en nuestro país. Algunas de las acciones en este aspecto serán presentadas en el apartado 4.5 de este capítulo.

Un mes después de lo expuesto por el Dr. Narro, la OCDE publicó su estudio *Health at a Glance 2017*⁶³ en el que arroja cifras y datos interesantes, por no decir preocupantes sobre

⁶⁰ *Ídem.*

⁶¹ Mónica Uribe Gómez y Raquel Abrantes Pêgo. “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, Vol. 21, núm. 42. FLACSO: México, 2013; p. 136.

⁶² *Ídem.*

⁶³ OECD. 2017. *Health at a Glance 2017* [en línea] URL: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm> (Consultado 07.12.2017; 23:58)

los retos que en materia de salud pública debe confrontar nuestro país. El estudio de la OCDE, revela entre otras cuestiones que: ⁶⁴

- a) La esperanza de vida para los mexicanos nacidos en 2015 es de 75 años, mientras que el promedio de los países evaluados fue de 80.6 años. Sin embargo, la esperanza de vida en nuestro país es 14 años mayor que en 1970.

El índice de esperanza de vida en México es uno de los más bajos de la OCDE, sumado a las condiciones en que tal esperanza está sujeta debidas en buena parte a los limitados recursos disponibles para salud en nuestro país, con los consecuentes impactos en el acceso y la calidad de la atención. ⁶⁵

- b) El gasto en salud promedio por persona en México es de 1,080 dólares, la menor cantidad entre los 35 países de la OCDE.
- c) En México hay 2.4 médicos por cada mil habitantes (el promedio de la OCDE es de 3.4 médicos).
- d) México tiene el mayor índice de sobrepeso y obesidad entre la población mayor de 15 años, en los países de la OCDE. De acuerdo con el organismo, 1 de cada 3 mexicanos (33%) mayores de 15 años padece de sobrepeso, mientras que el promedio de los países de la OCDE es de aproximadamente 1 de cada 4 habitantes (19.4%).
- e) México tiene las tasas más bajas de consumo diario de tabaco en comparación con los otros países medidos: 7.6% contra el 18.4% promedio de la OCDE.
- f) El Seguro Popular ha sido un caso de éxito en lo referente a la ampliación de la cobertura de atención en salud para los mexicanos no afiliados al sistema de seguridad social, según la OCDE. Desde su puesta en marcha en 2004, el programa ha extendido la cobertura de seguro de salud a 50 millones de personas más, lo cual se traduce a un ahorro para el bolsillo de los mexicanos de 12.6% desde 2009.

Al respecto, Ian Forde, analista senior de política de la salud de la OCDE, al presentar el informe señaló con motivo de la falta de inversión por parte del Gobierno en materia de salud

⁶⁴ OCDE. 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators. ¿Cómo se compara México?* [en línea] URL: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> (Consultado 07.02.2018; 22:06)

⁶⁵ Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). *Panorama de la Salud 2017 vía OCDE* [en línea] URL: <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud-2017-via-ocde/> (Consultado 12.01.2018; 23:52)

(la cual provoca que los mexicanos gasten hasta el 41% de sus ingresos en atender enfermedades de alto costo como el cáncer), que “se ha demostrado que cuando el gasto de bolsillo es superior a 20% se favorece que las personas incurran en gastos catastróficos; es decir, que se empobrezcan por la necesidad de cubrir tratamientos de alto costo por padecimientos graves como el cáncer. En contraste, incrementar 10% la inversión en salud se traduce en un incremento de tres meses en la esperanza de vida”.⁶⁶

El estudio de la OCDE complementa para México una serie de recomendaciones alrededor de gastar mejor el dinero invertido ya que califica al sistema de salud como “ineficiente” y “sumamente fragmentado”, lo cual es recomendable corregir en el corto plazo.⁶⁷

Como se logra apreciar, una mirada a la transición epidemiológica en el país⁶⁸ revela que para enfrentar esta constelación desafiante de circunstancias, México necesita un Sistema de Salud que responda a las necesidades cambiantes de las personas y capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable (ver Tablas 4.1 y 4.2). Un análisis de las disposiciones actuales sugiere que esto está lejos de ser alcanzado. El *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015*⁶⁹ (el más reciente hasta la fecha en que la investigación se desarrolló) muestra un diagnóstico de la salud poblacional. Las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población mexicana, son las siguientes:

⁶⁶ Sin Embargo (Redacción). “Los mexicanos gastan 41% de sus ingresos en salud... porque el Gobierno no invierte: informe” en *Sin Embargo*, sección Economía, 12 de noviembre de 2017 [en línea] URL: <http://www.sinembargo.mx/12-11-2017/3348116> (Consultado 12.11.2017; 15:34)

⁶⁷ *Ídem*.

⁶⁸ OCDE. 2016. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México* [en línea] URL: http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf (Consultado 07.12.2017; 02:58)

⁶⁹ SSA. 2015. *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 “Diagnóstico General de la Salud de la Población”* [en línea] URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf (Consultado 09.10.2017; 12:36)

POSICIÓN	HOMBRES		MUJERES	
	Padecimiento	Casos	Padecimiento	Casos
1	Infecciones respiratorias agudas	12,120,993	Infecciones respiratorias agudas	15,372,246
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	2,272,667	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	3,246,261
3	Infección de vías urinarias	997,792	Infección de vías urinarias	2,668,760
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	529,636	Úlceras, gastritis y duodenitis	968,166
5	Gingivitis y enfermedad periodontal	415,435	Gingivitis y enfermedad periodontal	703,724
6	Otitis media aguda	272,191	Otitis media aguda	367,434
7	Conjuntivitis mucopurulenta	201,215	Vulvovaginitis aguda	355,600
8	Hipertensión arterial	194,258	Hipertensión arterial	286,074
9	Diabetes mellitus	157,793	Conjuntivitis	255,068
10	Intoxicación por picadura de alacrán	146,330	Candidiasis urogenital	235,372

Tabla 4.1: Principales causas de morbilidad en México, 2014⁷⁰

POSICIÓN	HOMBRES			MUJERES		
	Padecimiento	Defunciones	%	Padecimiento	Defunciones	%
1	Cardiopatía isquémica	42,070	12.6	Diabetes	43,238	16.4
2	Diabetes	40,619	12.2	Cardiopatía isquémica	33,054	12.6
3	Homicidios	19,134	5.8	Enfermedades cerebrovasculares	16,221	6.2
4	Cirrosis	17,454	5.3	Enfermedades respiratorias crónicas	10,724	4.1
5	Enfermedades cerebrovasculares	15,008	4.5	Enfermedad hipertensiva	10,656	4.1
6	Enfermedades respiratorias crónicas	12,665	3.8	Infecciones respiratorias agudas	8,225	3.1
7	Accidentes de tráfico	12,174	3.6	Cirrosis	5,831	2.2
8	Infecciones respiratorias agudas	9,964	3.0	Cáncer de mama	5,338	2.0
9	Enfermedad hipertensiva	8,321	2.5	Insuficiencia renal	5,086	1.9
10	Insuficiencia renal	6,430	1.9	Congénitas	4,274	1.6

Tabla 4.2: Principales causas de mortalidad en México, 2014⁷¹

⁷⁰ Elaboración propia con base en: SSA. 2015. *Op. Cit.*, p. 65.

⁷¹ Elaboración propia con base en: Secretaría de Salud de México (SSA). 2015. *Op. Cit.*, p. 79.

Si bien el panorama sobre la salud pública resulta complejo, México se ha concentrado en dar seguimiento a cuatro metas de la plataforma de los ODS, centrado en el ODS3 “Salud y Bienestar”:⁷²

- Meta 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos,
- Meta 3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1,000 nacidos vivos,
- Meta 3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles,
- Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

La siguiente tabla de las principales causas de defunción en el país del 2017⁷³ presenta una ligera variación respecto al año 2014, aunque las principales causas permanecen, no se involucra, por cierto, de forma directa la problemática de la adicción a drogas ilegales (ver Tabla 4.3). Tal como señala el Dr. en Ciencias Sociales, Rubén Aguilar Valenzuela, este hecho “debe hacernos pensar dónde centrar los esfuerzos de la política pública en estos dos espacios (nacional e internacional). De entrada, anotar que en ninguna de esas están las drogas ilegales que tanta preocupación provoca en la sociedad, los medios y los funcionarios del gobierno”.⁷⁴

⁷² Gobierno de la República (México)-INEGI. Plataforma BETA “Objetivos de Desarrollo Sostenible” [en línea] URL: <http://143.137.108.139/index.html> (Consultado 24.01.2017; 01:14)

⁷³ INEGI. 2017. “Estadísticas a Propósito del Día de Muertos” [en línea] URL: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf (Consultado 24.11.2017; 13:30)

⁷⁴ Rubén Aguilar. “Las 10 causas de muerte” en *Animal Político*, sección El Plumaje ‘Lo que quiso decir’, 30 de mayo de 2017 [en línea] URL: <https://www.animalpolitico.com/blogueros-lo-que-quiso-decir/2017/05/30/las-10-causas-muerte/> (Consultado 29.09.2017; 12:42)

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	ABSOLUTOS	PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL	PRINCIPALES CAUSAS
Enfermedades del sistema circulatorio	166 934	25.5	
Enfermedades isquémicas del corazón	88 114	13.4	2
Enfermedades cerebrovasculares	34 106	5.2	4
Enfermedades hipertensivas	23 263	3.5	6
Otras	21.421	3.4	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	114 591	17.5	
Diabetes mellitus	98 521	15.0	1
Desnutrición	7 037	1.1	
Otras	9 033	1.4	
Tumores (neoplasias)	85 201	13.0	
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	6 903	1.0	
Tumor maligno de la próstata	6 447	1.0	
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	6 333	1.0	
Tumor maligno de la mama	6 304	1.0	
Tumor maligno del estómago	6 065	0.9	
Otras	53 149	8.1	
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	68 577	10.4	
Agresiones	20 762	3.2	7
Accidentes de transporte	16 645	2.5	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6 425	1.0	
Otras	53 149	8.1	
Enfermedades del sistema digestivo	62 968	9.6	
Enfermedades del hígado	35 718	5.4	3
Otras	27 250	4.2	
Enfermedades del sistema respiratorio	55 485	8.5	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26 069	4.0	5
Neumonía	18 813	2.9	
Otras	10 603	1.6	
Otras causas	101 932	15.5	
TOTAL	655 688	100.0	

Tabla 4.3: Principales causas de defunción en México 2017⁷⁵

⁷⁵ Elaboración propia con base en: INEGI. 2017. *Op. Cit.*, p. 2.

Ante este paisaje, ¿cómo es que el Estado Mexicano tiene que aproximarse y concebir el concepto de DSG a favor de contrarrestar los efectos y problemáticas señaladas?

El Estado debe mirar a los distintos sectores que de alguna manera afectan a la salud, a partir de un término que se ha acuñado que es “salud en todas las políticas”. Además, los conceptos de inter y transdisciplinariedad deben desempeñar un papel fundamental desde la Universidad, donde el rol que nos corresponde es generar conocimiento, investigar, formar profesionales con una mirada amplia.⁷⁶ Con ello, nuestra disciplina tiene las herramientas para llevar a cabo tal tarea.

Tal como lo señala el Dr. Edmundo Hernández-Vela en su artículo *Reconstrucción de una política exterior de Estado en México: la vía nacional*, “la política exterior de México se ha visto fuertemente influenciada por las tendencias del mercado y las tendencias ideológicas de Estados Unidos, convirtiéndose en una política comercial y de promoción de inversiones, así como en una política subordinada a los designios del hegemon”.⁷⁷

Por ello, considera que “una nueva política exterior de México que reconstituya la vía nacional mexicana aún está por hacerse; para ello, además se necesita tomar conciencia, dignidad e iniciativa, y actuar con decisión y valentía.” Finalmente, y de acuerdo con el Dr. Hernández-Vela:

La política exterior debe seguir siendo una política de Estado y basarse cada vez más en la profesionalización y en el consenso nacional, para lo cual es menester retomar el cuerpo y el espíritu doctrinario de nuestra política exterior para consolidarlo, reforzarlo y ajustarlo a las actuales y futuras condiciones de la sociedad internacional, trazando con claridad nuestros objetivos y metas, así como las políticas, estrategias y tácticas para lograrlos.⁷⁸

Al respecto se vuelve necesario brindar un breve panorama sobre las oportunidades y desafíos para nuestro país desde la DSG.

⁷⁶ Francisca Palma. *Op. Cit.*

⁷⁷ Edmundo Hernández-Vela. “*Reconstrucción de una política exterior de Estado en México: la vía nacional*” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 96, FCPyS/UNAM, Ciudad de México, p. 151.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 163.

4.4. Oportunidades y desafíos para México desde la DSG

Aunque el panorama anterior resulte en cierto grado desolador debido al pausado progreso en el combate a tales enfermedades, nuestro país ha logrado avances importantes.

Los esfuerzos por mejorar los niveles de salud de los mexicanos ha permitido orientar actividades como el cobro de impuestos a las bebidas saborizadas con azúcar y a los alimentos con alta densidad calórica; un etiquetado más detallado sobre el contenido nutricional de los alimentos y bebidas, y una mejor regulación de la publicidad alimenticia dirigida a los niños. Aunque otra variable también importante, es la cultura del consumidor ante tales bebidas.

Se trata de “medidas valientes que enfrentan inercias muy arraigadas, así como poderosos intereses empresariales y que han generado gran interés entre los países de la OCDE”.⁷⁹

Sin lugar a dudas, México debe también construir un sistema de salud pública más equitativo, eficiente y sostenible. Los desafíos pendientes deben abordarse con reformas de gran alcance, como las que México ha impulsado en otros ámbitos, recientemente en el sexenio de Enrique Peña Nieto, aunque con resultados más alentadores.

Algunas de los nichos de oportunidades que México puede considerar en el marco de la DSG, son las siguientes:

- Establecer el ejercicio de tal fenómeno en el Programa Nacional de Desarrollo en Materia de Salud, que no sólo habrá de generar un espacio en la política nacional sino también su consecuente posición en las agendas de cada una de la Secretarías del país.
- Alentar y promover el turismo médico mexicano. De acuerdo a Enrique de la Madrid, secretario de Turismo, “México se ha convertido en un referente de turismo médico a nivel mundial. En 2016 el país recibió a más de un millón de pacientes extranjeros que se sometieron a algún tratamiento médico, incluyendo a los migrantes que regresan para tratamientos”.⁸⁰

⁷⁹ OCDE. Presentación del Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud 2016. Palabras de Angel Gurría, 6 de enero de 2016 [en línea] URL: <https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm> (Consultado 16.01.2018; 16:33)

⁸⁰ Secretaría de Turismo de México (SECTUR). “México, Referente En Turismo Médico A Nivel Mundial: Enrique De La Madrid” en *Prensa*, 5 de septiembre de 2017 [en línea] URL:

Sin embargo “a la falta de continuidad se suma la ausencia de mediciones para conocer el tamaño del fenómeno. Prácticamente todas las estadísticas de *Patients Beyond Borders* y por *ProMéxico* tienen información de 2014 y 2013, respectivamente, lo que evidencia que la industria trabaja sin datos actualizados, además de que los números disponibles tienen grandes diferencias”.⁸¹ De acuerdo con el *Medical Tourism Index 2016 Report*, México está clasificado en la posición 26° a nivel mundial.⁸²

- Contribuir al financiamiento de la investigación y formación del cuerpo diplomático en la materia y centros de investigación.

Por ejemplo, el proyecto de investigación *Diplomacia de la Salud Global: un estudio explicativo multicéntrico de la integración de la salud en la política exterior* que se lleva a cabo desde abril de 2015 por cuatro prestigiosas instituciones de investigación en salud pública bajo el liderazgo del Prof. Ronald Labonté de la Universidad de Ottawa. Por cierto, las instituciones participantes son la Universidad de Ottawa, Canadá; la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil; la Universidad de Chile; y el INSP de México, a través del Programa de Salud Global.

- Entre los días 19 y 20 de abril de 2018 se celebró en la Ciudad de México el 1er Encuentro de Líderes en Salud, con el lema “La Necesaria Transformación de los Sistemas de Salud, Humanización e Innovación”.
- El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP).

Recientemente, el 19 de abril de 2018, se llevó a cabo una conferencia en el marco del Día de la Salud Global dedicado al tema “Diplomacia para la equidad en salud: una visión global”. Este evento se realizó como parte de las actividades del proyecto de investigación

<https://www.gob.mx/sector/prensa/mexico-referente-en-turismo-medico-a-nivel-mundial-enrique-de-la-madrid?idiom=es> (Consultado 16.09.2017; 15:57)

⁸¹ Hugo Salvatierra Arreguín. “Turismo médico: un mercado en sala de espera” en *Forbes México*, 8 de junio de 2016 [en línea] URL: <https://www.forbes.com.mx/turismo-medico-un-mercado-en-sala-de-espera/> (Consultado 24.07.2017; 19:03)

⁸² Medical Tourism Association (MTA). *Medical Tourism Index (MTI) 2016-2017 Report* [en línea] URL: https://www.medicaltourismassociation.com/en/prod34_Medical-Tourism-Index-2016-report.html (Consultado 24.02.2018; 19:03)

multinacional “Global Health Diplomacy” del INSP, por medio del Programa de Salud Global, y contó con una visión global de especialistas como: la Dra. Gerry Eijkemans, directora de la OPS; Ronald Labonté especialista de la Universidad de Ottawa; Hilda Dávila, Directora de la DGRI de la SSA; Martha Juárez, del Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad; Walter Astié-Burgos, embajador mexicano y la Dra. Nelly Salgado de Snyder, Directora del Programa Salud Global del INSP.

En la conferencia, las conclusiones a las que se llegaron, fueron:⁸³

- La transversalidad de los temas en salud exige poder coordinarse con otras áreas y sectores. La Secretaría de Salud de México, a través de su departamento de relaciones internacionales, participa en las principales organizaciones multilaterales relacionadas con la salud, como la OMS, entre otras, para la cooperación de manera estructurada en los organismos de gobernanza que poseen estas instituciones. Sin embargo, hay un elemento básico para la DSG que México no ha probado todavía, de acuerdo con el embajador Astié, hace falta entrelazar la línea de salud en las relaciones exteriores, en un conocimiento más amplio y más moderno.
- En los últimos años se ha activado una visión plenamente economicista de las relaciones internacionales: Tratado de Libre Comercio (TLC), comercio internacional, finanzas, inversión, etc., y se han marginado muchos otros temas; es por ello que resulta un reto promover la idea de que la salud es un asunto de política exterior. Debido a esta reducida perspectiva —que no favorece a la construcción de estrategias en DSG para la consecución de, por ejemplo, la CUS en salud que propone la OMS— el papel de la cancillería nacional ha sido básicamente reactivo, pues ha tenido que estar actuando para intervenir en los brotes epidemiológicos en lugar de contar con agregados en salud en la SRE, que estén permanentemente monitoreando cómo evolucionan las epidemias para poder prevenirlas antes de que se salgan de control. El reto es, también, poder trabajar de manera intersectorial y planificada.

⁸³ INSP. Conferencia “Diplomacia para la equidad en salud: una visión global” [en línea] URL: <https://www.insp.mx/avisos/4756-diplomacia-salud-global.html> (Consultado 30.08.2018; 14:50)

- Los gobiernos se decantan por intereses económicos transnacionales que están regulando la globalización en los mercados, debido a esto, la así llamada agenda de “nueva diplomacia”, surgida a finales del siglo pasado, se caracteriza por el cada vez más importante papel que desempeñan los actores no gubernamentales. En México, las organizaciones de la sociedad civil son consideradas en muchas ocasiones como coadyuvantes que impulsan las políticas públicas, colocando en las agendas temas como la salud sexual y reproductiva, migración, inequidades, grupos de vulnerabilidad, entre otros. En este sentido, las asistencias técnicas de los profesionales que aportan el conocimiento científico para la toma de decisiones, apoyados por la importante contribución de las ONG y sociedad civil, juegan un papel preponderante en el acompañamiento directo a las negociaciones de los acuerdos que vinculan la participación internacional.
- La globalización está contribuyendo a la aparición de nuevas amenazas en salud, retos polifacéticos y complejos, y está consiguiendo que los Gobiernos sean cada vez más conscientes de los beneficios que traen consigo los niveles altos en salud global y, a la inversa, del importante riesgo que puede suponer no enfrentarse a ciertos retos de cooperación, en un esfuerzo transversal.

Con base en lo anterior puede atribuirse una problemática sobre la diplomacia mexicana. Esta deberá enfrentarse el tema de los funcionarios públicos de carrera, importante por su significado para la gobernabilidad y la estabilidad de un país. Se trata, sin duda, de elementos que garantizan el buen funcionamiento y la continuidad de la administración pública en momentos de transición, en particular al ocurrir cambios de gobierno.

La diplomática mexicana, Olga Pellicer, señala que “en México, esa garantía es casi inexistente; la costumbre, por el contrario, es la rápida sustitución de funcionarios y proyectos del gobierno anterior para colocar a los amigos que aseguran lealtades y la puesta en marcha de propósitos nuevos. Semejante costumbre le ha costado, no poco, a la posibilidad de tener planes de largo plazo indispensables para enfrentar los problemas nacionales.”⁸⁴

⁸⁴ Olga Pellicer. “Mejoras y omisiones de la diplomacia mexicana” en *Proceso*, sección “Opinión/Análisis”, 20 de mayo de 2017 [en línea] URL: <http://www.proceso.com.mx/487169/mejoras-omisiones-la-diplomacia-mexicana> (Consultado 27.01.2018; 15:50)

Pero para José de Juan Olloqui: la política exterior mexicana, tradicionalmente orientada por los principios incorporados en nuestra Constitución, puede replantearse empleando las ventajas geográficas mencionadas para impulsar una posición de liderazgo internacional.⁸⁵

Tal política permitirá además tomar ventaja de las características del país como hispanohablante, como potencia cultural y economía emergente.

Todo esto conduce a la práctica de lo que el autor denomina “Diplomacia total”, que implica aprovechar todas las oportunidades y flexibilizar las relaciones exteriores. Este tipo de relación con el exterior requerirá de la identificación del interés nacional, de la realidad internacional y de que se evalúen los recursos disponibles.⁸⁶

En claro sentido a lo señalado por Carlos de Icaza, Subsecretario de Relaciones Exteriores y Érika Ruiz Sandoval, asesora del subsecretario, dados el tamaño, la influencia y el poder relativo de México, puede ser un actor con responsabilidad global, es decir, un actor internacional que participe activamente en la búsqueda de un mundo más justo, de una gobernanza global más eficaz y de, en suma, trabajar a favor de las mejores causas de la humanidad.⁸⁷

4.5. Generando una DSG efectiva: el papel de la DGRI de la SSA

Más allá de ofrecer un panorama general de las actividades que realiza la DGRI de la SSA, el objetivo del siguiente subtema será analizar la dirección que ha sostenido esta dependencia en términos de la DSG desde México.

No se trata de enaltecer el carácter gubernamental y la figura del Estado a través de sus instituciones. Más bien se trata de difundir la actividad tan importante que opera en la misma, ya que su presencia en el marco de los programas de salud aún carece de una presencia relevante que a su vez esté en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo y de la figura y ejercicio del poder inteligente de la política exterior mexicana que escape de la lógica tradicional que México pueda tener.

⁸⁵ José Juan de Olloqui. “Diplomacia Total: Multigeopoliticidad, Grandeza de México” en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional Vol. II.*, IJ/UNAM, Ciudad de México, 2002, pp. 279.

⁸⁶ *Ídem.*

⁸⁷ Carlos De Icaza y Érika Ruiz Sandoval. “México, actor con responsabilidad global: jugador en nuevos tableros” en *Revista Mexicana de Política Exterior N° 100 “Desafíos de la diplomacia mexicana y la nueva arquitectura global”*, Instituto Matías Romero - SRE: Ciudad de México, 2014. p. 30.

Establecida en 1977, la entonces Oficina de Asuntos Internacionales atravesó una particular transformación hasta convertirse en la actual DGRI.

La misión de tal dependencia es “promover la cooperación internacional en materia de salud para alcanzar la ampliación, consolidación y fortalecimiento de las relaciones internacionales que alienten el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas con países, organismos e instituciones a nivel bilateral, regional y multilateral para propiciar el mejoramiento de la salud de los mexicanos, dentro y fuera del país, acorde a los principios rectores de la Secretaría de Salud”.⁸⁸

Asimismo su visión es “consolidar y fortalecer la presencia internacional de la SSA mediante su interacción con países, organismos e instituciones, a nivel bilateral, regional y multilateral, con el fin de alcanzar el pleno cumplimiento de los objetivos nacionales mediante la suscripción de acuerdos y convenios a nivel internacional en beneficios de la salud de los mexicanos”.⁸⁹

La estructura que la conforma, revela además una diversificación de áreas y funcionarios especializados en el tratamiento de temas en Salud Global y posiciona a la Dirección como una plataforma directa en la que el Estado Mexicano se desenvuelve a escala internacional (ver Esquema 4.4). Tales funcionarios cuentan con una formación en Relaciones Internacionales o áreas afines y que además han contado con la experiencia de asistir en el Servicio Exterior Mexicano; llevan a cabo sus actividades bajo los siguientes objetivos:⁹⁰

1. Promover y apoyar las relaciones internacionales en el campo de la salud con otros países y conducir la relación con mecanismos y organismos internacionales, a efectos de posicionar, fortalecer y beneficiar el Sistema Nacional de Salud mediante la Cooperación Internacional en Salud,
2. Fortalecer la cooperación con otros países,
3. Mantener estrecha vinculación con los organismos internacionales especializados,
4. Promover el apoyo financiero externo para fortalecer los programas de salud,
5. Promover la incorporación de los avances científicos y tecnológicos internacionales en materia de salud,

⁸⁸ SSA. 2017. *Manual de Organización Específico de la Dirección General de Relaciones Internacionales*, p. 14.

⁸⁹ Ídem.

⁹⁰ *Ibidem*, pp. 18-19.

6. Promover el liderazgo internacional de México en materia de salud,
7. Promover, desarrollar y coordinar acciones institucionales, nacionales y binacionales, tendientes al mejoramiento de las condiciones de salud de la población migrante mexicana (en Estados Unidos) (en el extranjero).

De acuerdo con la Lic. Hilda Dávila Chávez, Directora General de Relaciones Internacionales de la dependencia, “por su nivel de desarrollo, su pertenencia a diversos organismos y foros, y su naturaleza dual, como oferente y receptor, México es un puente natural entre donantes tradicionales, cooperantes emergentes y receptores netos de cooperación, desplegando una actividad polivalente en la cooperación internacional”.⁹¹

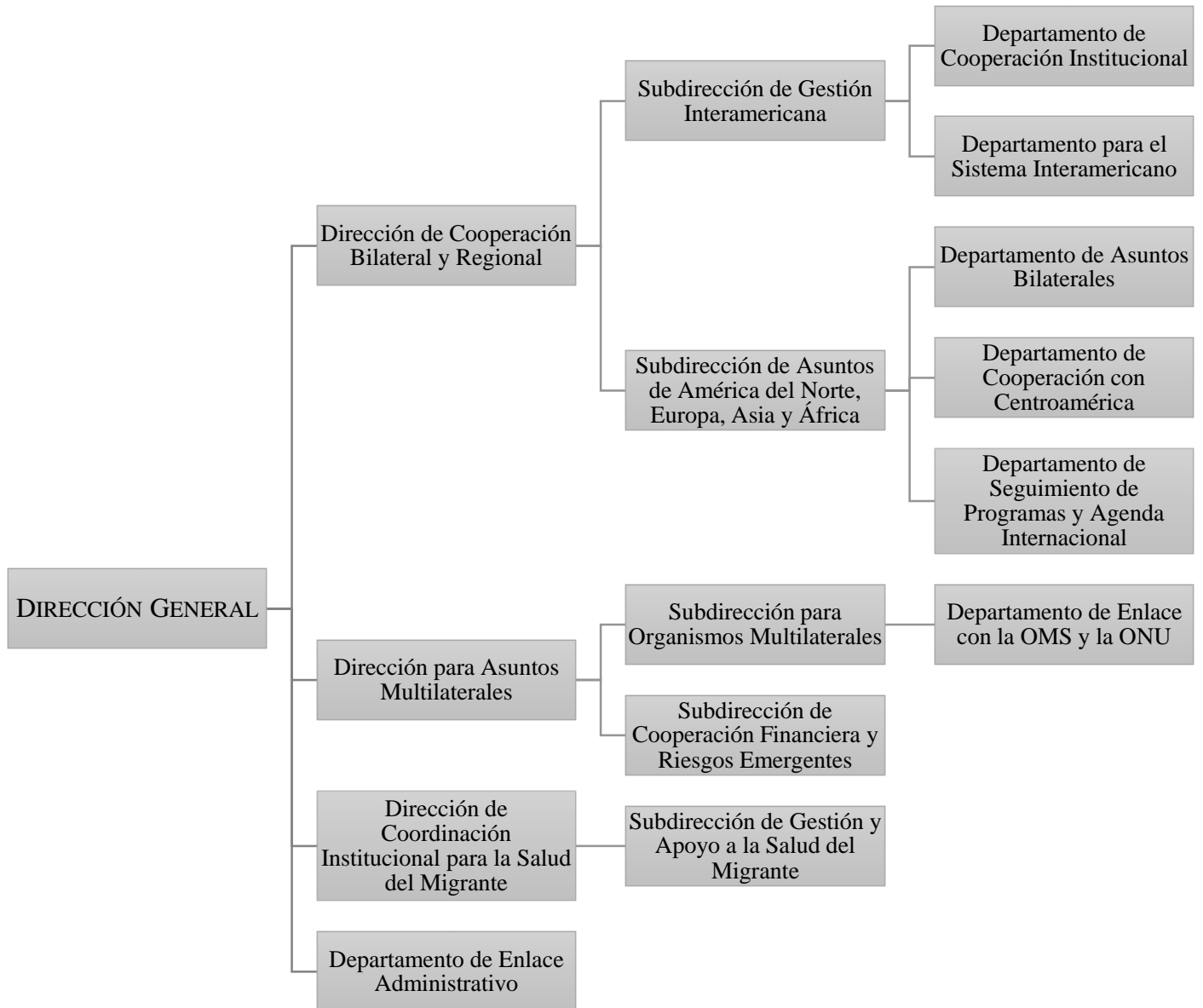
Como se señaló en la introducción del capítulo, el esquema en el que participa la DSG en México se traduce en la CID. Con ello, la creciente actividad de la Dirección revela el gradual desarrollo de los instrumentos, mecanismos, proyectos y programas en los que México participa y que acuden a la dinámica que se expuso en los capítulos uno y dos.

Algunos de los países con los que se tienen instrumentos internacionales de cooperación técnica y científica, formación de recursos humanos, entre otros, son: Belice, Canadá, China, Corea, Cuba, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, India, Indonesia, Irán, Italia, Japón, Kenia, Kuwait, Panamá, Paraguay, Reino Unido, Suecia, Sudáfrica y Uruguay.

En el marco de la Cooperación Bilateral y Regional, con la Unión Europea, el sector salud de México participa en los programas de EUROsociAL y el Laboratorio de Cohesión Social con la Unión Europea. A través del Laboratorio de Cohesión Social se están negociando y llevando a cabo acciones de cooperación triangular en los temas de “Evaluación de Tecnologías para la Salud”, “Guías de Práctica Clínica” y “Redes de Servicios”.

(continúa p. 143)

⁹¹ Hilda Dávila Chávez. Presentación: “La diplomacia en salud como parte del papel del México como actor con responsabilidad global” [en línea] URL: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=centros-colaboradores&alias=817-02-la-diplomacia-en-salud&Itemid=493 (Consultado 09.09.2017; 14:25)



Esquema 4.4: Organigrama de la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) de la Secretaría de Salud (SSA)⁹²

⁹² Elaboración propia con base en: SSA. 2017. *Op. Cit.*, p. 20.

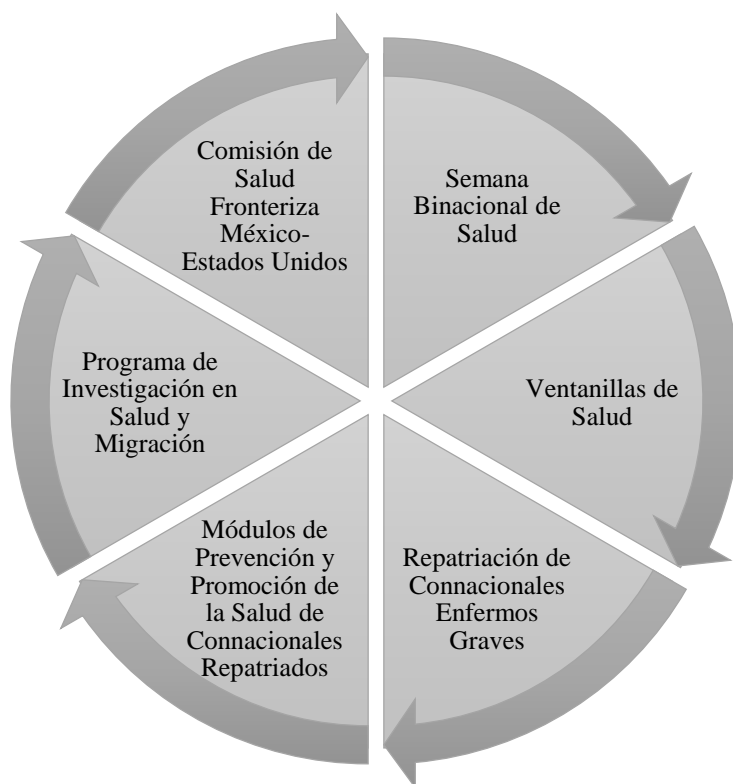
Por otra parte, en el marco de la cooperación con la Organización de Estados Americanos (OEA), las principales acciones de cooperación que México lleva a cabo en materia de salud son:

- a) Participación en la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, en la que participan la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
- b) Participación en el Comité Interamericano contra el Terrorismo, en el que participa la Dirección General de Epidemiología.

Por supuesto, cada una de los espacios en los que México ha participado, han requerido de diplomáticos formados bajo los términos desarrollados a lo largo de la investigación.

Durante mi estancia en la DGRI, tuve acercamiento a proyectos en los que directamente nuestro país a través de la SSA trata de subsanar problemáticas referidas en los apartados 4.2 y 4.3. Tan sólo con Japón se ha llevado cabo el “Proyecto de generalización de las técnicas mínimamente invasivas enfocadas en el método TRI (Método de Intervención Transradial)”; el “Curso Internacional en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo” y el “Mejoramiento del Manejo de la Respiración Artificial Neonatal”. Otros espacios en los que México participa de forma activa son: la Reunión de Viceministros y Subsecretarios de Salud de la Alianza del Pacífico; la Red Sectorial de América Latina y el Caribe de la OCDE y el Grupo de Trabajo en Salud (HWG, en inglés) del Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC).

La cooperación que tiene el sector salud en el continente americano se expresa de dos formas: a través de acción país-país o a través de mecanismos y organismos regionales, que se traducen en acciones de prevención y promoción de la salud de los migrantes a través de proyectos y programas de las instituciones y organizaciones del sector salud a fin de contribuir a mejorar el nivel de vida de los migrantes Tan sólo los programas con EE.UU. han constituido grandes esfuerzos para procurar tal fenómeno (ver Esquema 4.5).



Esquema 4.5: Programas México-EE.UU. en materia de salud⁹³

Particularmente, con Centroamérica, el 25 de abril de 2017 los ministros y altas autoridades de Salud de Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana acordaron trabajar juntos para atender las necesidades de salud de los migrantes en Mesoamérica, firmando la Declaración Ministerial sobre Migración y Salud.

Además de la Declaración, México cuenta con un esquema de cooperación subregional que ha dado interesantes resultados, perfilando al Sistema Mesoamericano de Salud Pública como el mayor proyecto en materia de salud por parte del gobierno mexicano.

4.6. El Sistema Mesoamericano de Salud Pública: una aportación desde la CID

Es importante reconocer que para México la cooperación con Centroamérica ha resultado prioritaria durante los últimos años. En ese sentido, tiene una intensa cooperación bilateral, en calidad de donante. Mario Ojeda explica que tal prioridad está determinada por:

⁹³ Elaboración propia con base en: SSA. Portal de la DGRI [en línea] URL: <http://www.dgri.salud.gob.mx/interior/migrante.html> (Consultado 14.02.2018; 13:25)

[...] tres razones que parecen haberse conjugado para este cambio: primero, la crisis política de Centroamérica, que constituyó la llamada de atención que hizo cobrar conciencia de la importancia político-estratégica que la región tiene para México; segundo, la nueva riqueza petrolera mexicana que elevó la importancia de México en el mundo, ampliando su margen de acción internacional y que le permitió los recursos materiales para una presencia real en la región a través de programas de cooperación; y tercero, la voluntad política expresada por el gobierno de José López Portillo para activar la política exterior.⁹⁴

La cooperación subregional se da principalmente a través del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla (que tiene antecedente en la Reunión Cumbre realizada los días 10 y 11 de enero de 1991 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas). De forma bianual, la SSA participa en la conformación del Programa Mesoamericano de Cooperación, que es una cartera de proyectos negociados y aprobados por representantes del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la SRE y el Gobierno Federal centradas en el intercambio de conocimientos y experiencias entre México y Centroamérica.

Uno de los proyectos más importantes donde se involucra la DGRI en el marco del Proyecto Mesoamérica es el Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP).

El Proyecto Mesoamérica fue lanzado el 28 de junio de 2008 por los Jefes de Estado de México, Centroamérica y Colombia en la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, reestructurando el entonces Plan Puebla-Panamá e incorporando proyectos sociales en las áreas de salud, medio ambiente, desastres naturales y vivienda.

En mayo de 2008, en Ginebra, Suiza, y en el marco de la reunión de los Ministros de Salud de Mesoamérica, México presentó los lineamientos generales para la creación del SMSP, como un plan regional para contribuir a dar respuesta eficaz a los retos comunes de la región en materia de salud (ver Tabla 4.4).

En seguimiento a dicha reunión, los días 5 y 6 de junio de 2008, los Viceministros y representantes de los Ministerios de Salud de la región revisaron y fortalecieron esta propuesta, misma que fue revisada en la reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) celebrada en San Salvador el 23 de junio del mismo año. Estas acciones se realizaron en cumplimiento a los mandatos 28 y 38 de las Declaraciones Presidenciales emanadas de la X y XI Cumbre del Mecanismo de

⁹⁴ Mario Ojeda. *Op. Cit.*, p. 8.

Diálogo y Concertación de Tuxtla. En este sentido, el 28 de mayo de 2010 fue aprobada la Estructura Funcional de la Gobernanza del SMSP en la XXXII Reunión Ordinaria del COMISCA; el 24 de junio de 2011 fue aprobado el Reglamento del Funcionamiento del SMSP en la XXXIV Reunión Ordinaria del COMISCA; con lo que el 2 de diciembre de ese mismo año fue suscrita el Acta Constitutiva del SMSP.⁹⁵

NOMBRE	PAÍS	CARGO
María Isabel Rodríguez	El Salvador	Ministra de Salud
José Ángel Córdova	México	Secretaria de Salud
Ludwing Ovalle	Guatemala	Ministro
Guillermo González	Nicaragua	Asesor Presidencial
Beatriz Londoño S.	Colombia	Viceministro de Salud
Mirta Rosses	OPS	Directora
Guillermo Echeverría P.	Guatemala	Viceministro de Salud
Manuel B. Dengo	Costa Rica	Embajador
Eugenio Aréne	El Salvador	Embajador
Juan José Ignacio Gómez Camacho	México	Representante
Maki Ortiz	México	Subsecretaría de Salud
Miguel Toscano	México	Ministro en la Misión de México
Arturo Barrio	México	Director General de Proyecto Mesoamérica
Fernando Meneses	México	Director de Investigación Epidemiológica
Eunice Rendón	México	Directora General de Relaciones Internacionales
José Ramón Lorenzo	México	Primer Secretario OMS

Tabla 4.4: Representación diplomática en la conformación del SMSP⁹⁶

El 2° de diciembre de 2011 se culminó la creación del SMSP con la conformación del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), en San Salvador, El Salvador; habiendo sido elegido como primer Presidente Pro-Tempore Honduras. El SMSP incluye en su agenda de trabajo los temas de: Vacunación, Salud

⁹⁵ Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica. Sistema Mesoamericano de Salud Pública. Inicio [en línea] URL: <http://www.proyectomesoamerica.org:8088/smsp/> (Consultado 30.09.2018; 09:21)

⁹⁶ Obtenido del Archivo de la DGRI. Carpeta "Sistema Mesoamericano de Salud Pública", Año 2012.

materno-infantil, Nutrición, Malaria, Dengue, Enfermedades crónicas, Salud mental, Seguridad Vial, VIH/SIDA, Adicciones (Tabaco) (ver Esquema 4.6).

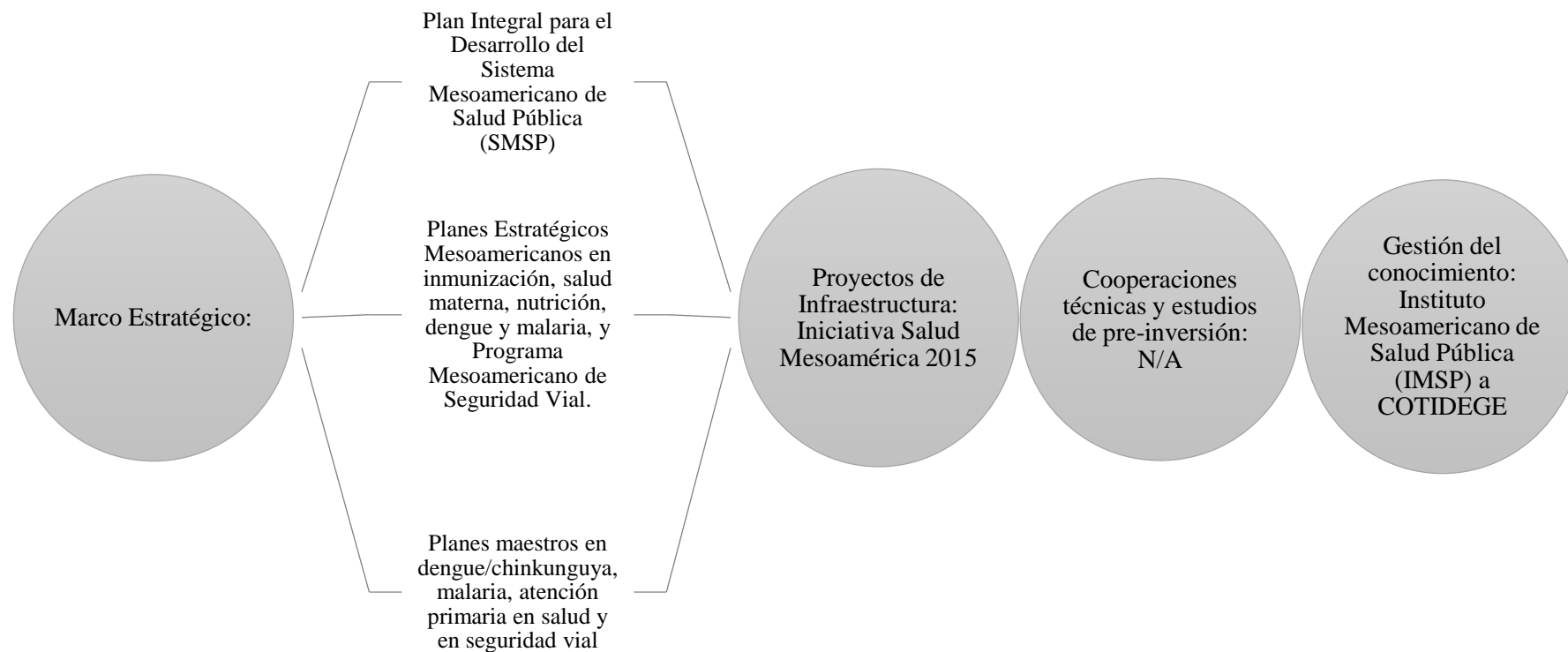
El pilar de acción del SMSP, lo conforman los Planes Maestros en temas específicos en materia de salud pública los cuales fueron elaborados progresivamente en 3 etapas (ver Anexo IV). Además el SMSP tiene como objetivo la generación de bienes públicos regionales en el ámbito de la salud pública. Hasta el momento, los países que lo integran son: Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México Panamá, y República Dominicana. En esta línea, el SMSP constituye un esfuerzo para mejorar las condiciones de salud en Mesoamérica (comprendiendo América Central y nueve estados del sur de México).

El SMSP, busca dar respuesta a los principales retos comunes de salud pública y fortalecer los SNS, mediante intervenciones seleccionadas y el apoyo operativo del Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP), que fue constituido el 3 de julio de 2009. Recientemente, este último se ha configurado en el Comité de Investigación, Desarrollo de Capacidades y Gestión del Conocimiento (COTIDEGE) que se habrá de presentar en Honduras durante la XVII Cumbre de Tuxtla a celebrarse en 2019.

Por cierto, que a estas acciones se sumó la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015⁹⁷ (ISM 2015), como una alianza público-privada (conformada por la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y el BID) que ha logrado reducir la mortalidad materno-infantil mediante la atención a más de 1 millón de mujeres en edad reproductiva y a más de 600,000 niños menores de 5 años.⁹⁸ Esta plataforma buscó reducir las brechas de equidad en salud en la población en extrema pobreza respaldando los esfuerzos de los gobiernos de la región para alcanzar los ODM en materia de salud a través de inversiones en intervenciones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población, sobre todo en mujeres y niños menores de 5 años. Los Planes Maestros, en los que la Secretaría de Salud tuvo un papel de liderazgo, sirvieron de base para la elaboración de los programas de trabajo en cada país. En México, el estado de Chiapas participó en la ISM2015.

⁹⁷ Se originó de las gestiones que el gobierno de México, junto con los gobiernos de la región de Centroamérica, realizó ante las Fundaciones Bill y Melinda Gates y Carlos Slim para obtener fondos, mismos que son administrados por el BID.

⁹⁸ AMEXCID. Acciones y Programas: Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, 21 de abril de 2016 [en línea] URL: <https://www.gob.mx/amexcid/es/acciones-y-programas/proyecto-de-integracion-y-desarrollo-de-mesoamerica-29336> (Consultado 7.03.2018; 17:03)



Esquema 4.6: Programas y proyectos del SMSP⁹⁹

⁹⁹ Elaboración propia con base en: Proyecto Mesoamérica. Logros y Avances: Años 2008-2015 [en línea] URL: http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=793&Itemid=281 (Consultado 26.02.2018; 15:37)

A través del siguiente esquema FODA, se podrán apreciar los resultados que se han tratado desde entonces, con apoyo del BID como gestor del fideicomiso para establecer diálogos con las autoridades públicas; intervenciones sectoriales; capacidad operativa, armonización y coordinación; mezcla de recursos y apalancamiento.

ANÁLISIS FODA DEL SMSP	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • El SMSP es el proyecto líder y con mayores avances del Proyecto Mesoamérica • La relación con el COMISCA está fortalecida y se considera un aliado • El reconocimiento que el SMSP tiene en el ámbito regional al más alto nivel entre los Ministros de Salud • Se logró que fundaciones con el prestigio de las que conforman la Iniciativa participen en este proyecto impulsado por el gobierno mexicano 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a los estados del Sur-Sureste para aprovechar los beneficios que pretende brindar la Iniciativa • El involucramiento del Sur-Sureste permitirá que México sea no sólo el líder del proyecto sino también un actor como el resto de los países de Centroamérica lo que permite capacidad de interacción • Empoderar a COMISCA, a los puntos focales y a los coordinadores nacionales de los países • Capacidad de negociación con COMISCA lo cual representa una ventaja para la Iniciativa para la implementación de las acciones regionales.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empoderamiento de los puntos focales y coordinadores nacionales de cada país • Falta de correspondencia entre el documento de Gobernanza y la propuesta de Estatutos del SMSP que está actualmente siendo revisado por los jurídicos de la Salud y Cancillería y la manera en que la Iniciativa está implementado acciones con los países en la práctica • Los tiempos de negociación con las contrapartes centroamericanas de los documentos son muy lentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Rompimiento entre la Iniciativa y el SMSP, si la primera asume un liderazgo al margen de la organización ya creada por el SMSP • El inicio de actividades bilaterales por parte de la Iniciativa al margen del SMSP • El inicio de actividades regionales de la Iniciativa al margen del SMSP • La falta de toma de decisiones sobre el involucramiento del Sur-Sureste puede dejarlos al margen eventualmente

Tabla 4.5: Observación FODA del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP)¹⁰⁰

¹⁰⁰ Obtenido del Archivo de la DGRI. Carpeta “Sistema Mesoamericano de Salud Pública”, Año 2015.

El esquema presenta una noción sobre la preocupación de Mario Ojeda respecto al hecho de que más allá de una buena voluntad, mecanismos como el SMSP, pueden perjudicar más que ayudar. Pero, el seguimiento que se ha dado ha resultado, aunque progresivo, exitoso; pues hasta el momento, será necesario entonces trabajar sobre las debilidades de este.

4.7. Reflexiones sobre el cuerpo diplomático mexicano y la DSG

Este último apartado de la investigación aborda algunas reflexiones sobre el nivel individual del marco teórico-metodológico en el que se basa.

Como se logró contemplar, la presentación de los dos espacios de análisis (internacional y nacional) sobre las dimensiones que la salud merece; permite ahondar en este momento sobre los individuos que se encuentran de forma directa con la DSG.

¿Qué perfil tienen los involucrados al campo? ¿Qué sucede con el cuerpo diplomático mexicano al respecto? Los investigadores Rebecca Katz, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, y Julie E. Fischer, dan cuenta de esta área en su artículo *Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization*. Aunque el mismo se piensa desde la experiencia estadounidense, es posible recuperar aspectos esenciales.

Efectivamente, la diplomacia está cambiando. De acuerdo a los autores, los países y sus representantes no interactúan únicamente a través de los canales diplomáticos tradicionales, y la influencia de los actores independientes en la política exterior es sustancial.

A pesar de los llamamientos generalizados para una coordinación más efectiva a nivel de país por parte de los actores de la salud, (donde la OMS y la academia han hecho énfasis) los mecanismos formales de comunicación a menudo están fragmentados por enfermedades, sectores o silos burocráticos.

Apuntan Katz et. al., que los expertos en salud pública pueden actuar sin tomar conciencia de estrategias o tensiones diplomáticas más amplias que puedan estar en juego. Aunque claramente deben su primera lealtad a los imperativos humanitarios, particularmente durante una crisis, las iniciativas de salud de varios años dependen de la buena voluntad y la confianza construidas con sensibilidad a los contextos sociopolíticos y culturales locales.¹⁰¹

¹⁰¹ Rebecca Katz, et. al. "Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization" en *The Milbank Quarterly: A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, Vol. 89, Issue 3, 2011; p. 517.

Sin embargo, al mismo tiempo, “la comunidad diplomática apenas ha empezado a apreciar la complejidad del panorama mundial de la salud, incluida la sombra de la diplomacia informal para la salud. A medida que los individuos y las redes internacionales trasciendan los canales tradicionales de política exterior, se necesitarán nuevas herramientas para la esfera cada vez más inclusiva de los actores de la diplomacia sanitaria mundial”.¹⁰²

Sugieren, además que “la capacitación actual de profesionales de salud y servicios extranjeros en el campo no enfatiza la profesionalización de los ‘diplomáticos de salud’”.¹⁰³

Las nuevas demandas de la DSG significan que los gobiernos y las organizaciones multilaterales no pueden esperar a que sus capacidades de conocimiento crezcan durante décadas o incluso años. Por el contrario, se necesita un continuo desarrollo profesional, desde capacitación cruzada sobre conceptos básicos en todas las agencias e instituciones hasta oportunidades de capacitación más definidas y específicas de la operación”.¹⁰⁴

Lograr esto es posible, pues hace solo unos pocos años después de su lanzamiento, el curso en DSG, de la Profa. Illona Kickbusch ya se ha convertido en una plantilla para el desarrollo de cursos a nivel de país sobre negociaciones de salud. Tal como se estableció en apartados anteriores, México cuenta para ello con la academia, el INSP, la DGRI de la SSA y la AMEXCID.

Mi breve estancia en la Dirección me permitió dar cuenta de la formación de los funcionarios apreciando su alto nivel académico y profesional: todos preparados en alguna disciplina de las Ciencias Sociales como Ciencias Políticas, Administración Pública, Economía y Relaciones Internacionales, así como Ciencias de la Salud, con experiencia también en el Servicio Exterior Mexicano.

De acuerdo con la Dra. Katz, quien es profesora y codirectora del Centro de Ciencia y Seguridad Global de la Salud de la Universidad de Georgetown, el reconocer la DSG permitirá crear un marco para comprender las habilidades y aptitudes que se necesitan y deben ser recompensadas dentro de esta.

La institucionalización de la capacitación para transmitir tales habilidades y aptitudes requiere la aceptación no solo del cuerpo diplomático, sino también de la comunidad de salud global cada vez más profesionalizada.

¹⁰² *Ídem.*

¹⁰³ *Ibidem*, p. 518.

¹⁰⁴ *Ídem.*

Finalmente, esto solo puede tener éxito si el desarrollo profesional continuo valora de forma explícita la capacitación más allá de la necesaria para la competencia técnica en salud pública, medicina o ciencias de la vida.

Esta podría ser una orientación en los tipos de competencias interculturales, de gestión y habilidades básicas de negociación ofrecidas rutinariamente a los nuevos profesionales del servicio exterior. Por ello, el involucramiento del capítulo uno de la presente investigación.

Esta capacitación tiene beneficios que van más allá de la creación de un reservorio de conocimiento para la diplomacia tradicional y de múltiples partes interesadas.

Dichas capacidades pueden ayudar a mejorar la efectividad de la programación de salud en el campo y fomentar el desarrollo de comunidades de prácticas transnacionales, con beneficios tanto para el sector privado como para el público.¹⁰⁵

Reflexión final

En conclusión, nuestro país cuenta con una importante trayectoria en materia de política exterior, sin embargo esta aún no avala de forma explícita el valor de la salud a nivel global, a pesar de su presencia en los dos grandes organismos internacionales en la materia: la OMS y la OPS.

El panorama a nivel nacional presenta contrastes interesantes respecto al comportamiento que el Estado Mexicano tiene a través de su SNS con relación a la voluntad política en espacios de concertación internacionales. Presenta un cuadro de desafíos y oportunidades que involucran infraestructura y recursos así como transición epidemiológica versus inversión, esquemas de cooperación diversificados y planteamientos desde diversos sectores, principalmente la academia que de forma particular se han traducido por el momento con la región de Norteamérica (específicamente EE.UU.) y Centroamérica.

Aún parece difusa una formación específica sobre el tema, ya que la ponderación hacia otros temas de la agenda internacional no permite al cuerpo diplomático mexicano ver hacia un nicho de gran relevancia.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 519.

CONCLUSIONES

La presente investigación constituye un primer acercamiento al estudio de la Diplomacia en Salud Global (DSG) a través de la disciplina de las Relaciones Internacionales.

En el primer capítulo se logró justificar la necesidad de abordar el tema de la salud en RR.II., pues la naturaleza interdisciplinaria de esta permite analizar el fenómeno de la DSG más allá de la consistencia política que pueda revestir.

La configuración de un nuevo orden en los albores del siglo XXI, incrustado en el marco del modelo neoliberal ha reestructurado fenómenos en las relaciones internacionales, principalmente por la globalización de las telecomunicaciones, la información y las estructuras políticas, económicas, sociales y culturales; sin descartar las problemáticas que se han desarrollado como las crisis de orden económico, medioambiental, social, cultural, etc.

En consecuencia a tales procesos, también vivimos en el esquema de un nuevo modelo de desarrollo con una perspectiva en la sostenibilidad y la sustentabilidad que se ha materializado en el proyecto de los ODS de la ONU; en el que la sociedad civil, la academia y las ONG, desempeñan un papel sumamente activo.

Precisamente la DSG, merece una mirada desde nuestra disciplina en el entendido de que este campo de formación y estudio diferenciado, asume como objetivo el alcanzar el grado máximo posible de salud en cada uno de los países que la aprecien como una herramienta para ello.

Es destacable la importancia que la salud ha adquirido en las agendas de política exterior de algunos países durante los últimos años. Sin embargo, se trata de un asunto que necesita una mayor valorización por parte de los Estados para que, en la práctica, y no solo en teoría, pueda ocupar el espacio que merece.

Son presentes y continúan vigentes argumentos antropocéntricos y plataformas internacionales como los ODS, el desarrollo humano, los Derechos Humanos, la economía y la seguridad internacional, además de foros, declaraciones e iniciativas a favor de la construcción de un tejido de política exterior y salud, que permiten a los Estados armonizar la salud en su política exterior y nacional, además de generar líneas de cooperación diversificadas.

Ciertamente, otro importante componente es la financiación, que a través de la CID puede catalizar la movilización de recursos adicionales de fuentes diversificadas, tanto públicas como privadas.

Se hizo énfasis en la relevancia de observar hacia otras perspectivas en la salud como una herramienta desde las Ciencias Sociales para reflexionar sobre el recorrido oficial, y con ello no perder de vista otras perspectivas epistémicas.

En el segundo capítulo se articuló un perfil general sobre la situación de la salud en el mundo, partiendo del trazado histórico que ha tenido esta en tres dimensiones: la Salud Pública, la Salud Internacional y finalmente la Salud Global, delineando su evolución en este siglo, hacia una nueva perspectiva que involucra los elementos vistos en el primer capítulo.

Se observa una transformación que pone en evidencia otros niveles de análisis, que superan con creces la dimensión nacional y, con ello, la necesidad de que México así como la sociedad internacional posicione el tema de la Salud Global en sus agendas de política exterior, involucrando los DSS y su influencia en la generación de un estudio integral que cobija dimensiones antes no previstas de manera formal e institucional en la medicina.

Por otra parte, se puso de relieve que la esfera de la financiación internacional en salud constituye un complemento fundamental de los esfuerzos que realizan los países con el objetivo de movilizar no sólo recursos públicos en ambas escalas.

Es interesante observar el crecimiento de la financiación que otorga el sector privado y cómo este plantea desafíos sobre las áreas prioritarias a tratar. El ejemplo de la OMS y de fundaciones que han logrado involucrarse en el diseño de la agenda en la Asamblea Mundial de la Salud, constituye un fenómeno sobre el que los diplomáticos en salud global deberán trabajar.

Los dos primeros capítulos abarcan un nivel sistémico que sirven de escenarios para proceder en el tercer capítulo a establecer un puente que se interrelaciona con el nivel estatal.

En este sentido, la DSG no sólo representa un ejercicio de política exterior, sino también una estrategia de poder inteligente que puede favorecer la imagen país de aquéllos Estados que involucren en mayor medida, puentes de colaboración ya sean regionales o locales.

Se hizo un esbozo histórico con el objetivo de reflexionar sobre la evolución de esta y el comportamiento para con la sociedad internacional.

El bosquejo de carácter revisionista permite identificar a la DSG con antecedentes que alimentan su formalidad y que autorizan un enclave importantísimo en 2007, con la Declaración de Oslo en salud.

Además, se confrontaron los desafíos que habrán de enfrentar los diplomáticos especializados en el área, y la necesidad de contar con una formación orientada a comprender los procesos globales en salud más allá de la medicina.

Se examinaron además un breve acercamiento a la academia e institutos que se han ocupado del tema, evidenciando un bagaje de investigación ante la relevancia que enfrentan aquéllos preocupados por la salud en todos sus niveles.

Se aclara, que aunque la Cobertura Universal en Salud (CUS) constituye un objetivo al cual deben estar orientados los sistemas de salud, ya que es a través de esta que es posible contrarrestar el cuadro de enfermedades que aquejan a la población; no debe desestimarse que la misma contiene dos componentes principales:

1. El acceso de todas las personas a servicios integrales de salud basados en las necesidades, y
2. su protección financiera contra los riesgos originados por la pérdida de salud.

Se trata de un proceso dinámico que se desarrolla trabajando en tres dimensiones: a) la proporción de la población con acceso a servicios de salud, b) el rango y la calidad de los servicios proporcionados, y c) la disminución o eliminación de las barreras financieras para dicho acceso.

Se desenvuelve, por otra parte, la DSG como la adopción de una nueva forma de diplomacia y gobernanza globales para llevar a cabo negociaciones de acción colectiva en salud. Es decir, la constitución de las nuevas diplomacias, ejercen como imperativo categórico, una intervención en la validación de la práctica científica.

La evolución de esta permea sobre la forma en que se desenvuelve en el presente siglo: video llamadas a larga distancias con el objeto de diseñar y negociar instrumentos de colaboración; hasta el uso diversificado de tecnologías de las información y comunicación (TIC's) entre funcionarios de alto nivel y comisiones técnicas, considerando todas las dimensiones posibles de la salud y la enfermedad, los pesos y contrapesos internacionales.

La formación además, es especializada pues se encuentran dos espacios que se enfrentan de forma dialéctica y que requiere de un amplio conocimiento de la relación entre la política exterior y la salud.

Contando con tal escenario, en el capítulo cuatro se analizó el caso mexicano y su estado del arte en materia de DSG. Se abordó la relación que México ha tenido con el campo de la Salud Global, encontrando aportaciones históricas y esfuerzos interesantes, escasamente reconocidos.

Asimismo, se realizó una exploración hacia algunos de los retos a enfrentar como la protección y el acceso a servicios de salud de calidad para las poblaciones móviles, tanto dentro del territorio mexicano como en el exterior; la cooperación técnica y científica para la integración regional; y la adhesión a iniciativas subregionales para la protección de riesgos de propagación de pandemias de enfermedades transmitidas por vector.

Sumando las dos cuestiones que el país debe gestionar internamente: el Sistema Nacional de Salud y la transición epidemiológica de la población.

Más allá de contemplar las divisas positivas sobre una degradada imagen social, el hecho de catalizar la DSG adquiere otras aristas que pueden favorecer cuadros de oportunidades para la salud de los mexicanos.

En el capítulo se comprobó la hipótesis y se constató a validación el panorama en el que nuestro país promueve y armoniza la salud como un eje de acción y su política exterior: la CID es el mecanismo que México dispone para procurar y alentar la promoción y ejercicio de la DSG.

Se trata de una línea incipiente de CID a través de la cual se relacionan dos bloques institucionales: la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) y la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) de la Secretaría de Salud (SSA).

Con ello, se vuelve indispensable analizar el nivel individual a través del cuerpo diplomático, específicamente de la labor ejercida por la DGRI de la SSA, dependencia que ha logrado posicionar favorablemente a nuestro país en diversos espacios internacionales.

En el caso mexicano, el sector diplomático y el SNS se han visto desafiados por problemas nuevos y reemergentes para la salud.

Acertadamente la labor de esta dependencia no se limita a ser la única plataforma de comunicación del país, el INSP a través del Programa Salud Global, generan propuestas a favor de construir nuevas áreas de concertación.

Desafortunadamente no se ha logrado consolidar una estrategia en materia de DSG, a pesar de la infraestructura con la que se cuenta, y descubriendo que representa uno de los principales destinos en materia de turismo médico en la región y en el mundo.

Junto a otros importantes proyectos bilaterales en esta línea (principalmente con EE.UU. debido al flujo migratorio), la coordinación de los esfuerzos de la DGRI con la AMEXCID, han logrado hacer del SMSP, la gran propuesta de nuestro país en la región en materia de salud.

Mismo que se ha perfilado, no sólo para los países miembros como una oportunidad valiosísima en la orientación de esfuerzos regionales en términos de salud pública, sino también como un éxito en la mejor gestión epidemiológica de los temas plasmados en los Planes Maestros del Proyecto Mesoamérica.

Desafortunadamente, en el marco de acción de los países Centroamericanos, la diplomacia ejercida por estos, incluida República Dominicana, por medio del COMISCA y de los grupos técnicos, se muestra sesgada y con una posición reactiva-pasiva; a pesar de la actividad de la OPS.

La colaboración vigente de México en la Secretaría del SMSP, ha permitido alimentar iniciativas, liderando el proyecto hacia nuevos rumbos.

En este sentido, se requiere de un esfuerzo coordinado que el BID, como gestor financiero del SMSP, puede diseñar a través de marcos de acción que permitan, orientar este proyecto de gran envergadura.

Se aprecia sin lugar a dudas, que la construcción de una Agenda Global inclusiva con la salud y cristalizada en los ODS, la OMS y regionalmente con la OPS, han permitido que proyectos en la región también faciliten y posicionen a la región como un referente en la materia.

Favorablemente, las agendas en Salud Global, permitirán establecer una base sólida que dé vida a proyectos nobles, humanos a favor de las personas. Será entonces la labor diplomática de los países y de la construcción de estrategias nacionales que dirijan la DSG, los componentes esenciales que faciliten la cooperación internacional en la materia.


Hoy en día, ante los vertiginosos cambios que este siglo representa, se requiere de renovar y profesionalizar al cuerpo diplomático mexicano, en tanto de observancia a los temas de salud global. Al respecto, México cuenta con plataformas nacionales e internacionales con las cuales puede formar a diplomáticos que involucren la Salud Global pero también sean conscientes con la política exterior a través de la intervención y operación de la DSG. Como se dio cuenta en el último apartado de la investigación, una mirada hacia una nueva profesionalización de este permitirá afrontar formas adecuadas de intervención política y sanitaria.

Nuestro país cuenta con un amplio potencial que merece y requiere de apoyo desde la academia. Descubrir en la DSG una armonía entre la política exterior y la salud, otorga a nuestra disciplina una responsabilidad no sólo política, sino también humanista.

ANEXOS

ANEXO I

ODS 3: SALUD Y BIENESTAR¹

	
OBJETIVO 3 “GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES”	
META	INDICADOR
<p>3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos</p>	<p>3.1.1 Índice de mortalidad materna 3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado</p>
<p>3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos</p>	<p>3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal</p>
<p>3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles</p>	<p>3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas</p>

¹ Elaboración propia con base en: Consejo Económico y Social-ONU. “Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, Resolución /CN.3/2017/2 (15 de diciembre de 2016) [Publicado nuevamente por razones técnicas el 27 de enero de 2017] [en línea] URL: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-S.pdf> (Consultado 02.05.2018; 12:32)

<p>3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar</p>	<p>3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas</p> <p>3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio</p>
<p>3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol</p>	<p>3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas</p> <p>3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro</p>
<p>3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo</p>	<p>3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico</p>
<p>3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales</p>	<p>3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos</p> <p>3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad</p>
<p>3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos</p>	<p>3.8.1 Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basados en intervenciones con trazadores que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los más desfavorecidos)</p> <p>3.8.2 Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1.000 habitantes</p>

<p>3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo</p>	<p>3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente</p> <p>3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros)</p> <p>3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental</p>
<p>3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda</p>	<p>3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad</p>
<p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos</p>	<p>3.b.1 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles</p> <p>3.b.2 Total de la asistencia oficial para el desarrollo neta destinada a los sectores de la investigación médica y la salud básica</p>
<p>3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo</p>	<p>3.c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios</p>
<p>3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial</p>	<p>3.d.1 Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud</p>

ANEXO II

ÍNDICE DE PAÍSES MÁS SANOS EN EL MUNDO POR BLOOMBERG 2017¹

Bloomberg 2017 Healthiest Country Index

Rank	Country	Health grade	Health score	Health risk penalties	Rank	Country	Health grade	Health score	Health risk penalties
1	Italy	93.11	97.44	-4.33	26	Belgium	80.96	86.03	-5.07
2	Iceland	91.21	96.20	-4.99	27	Slovenia	80.81	86.65	-5.83
3	Switzerland	90.75	94.96	-4.21	28	Denmark	80.36	85.02	-4.66
4	Singapore	90.23	94.11	-3.88	29	Chile	77.18	82.53	-5.35
5	Australia	89.24	93.88	-4.64	30	Czech Rep.	75.76	81.82	-6.06
6	Spain	89.19	94.14	-4.95	31	Cuba	74.23	79.13	-4.90
7	Japan	89.15	93.69	-4.54	32	Lebanon	74.03	79.55	-5.51
8	Sweden	88.92	93.78	-4.85	33	Costa Rica	73.14	77.16	-4.01
9	Israel	88.14	92.47	-4.33	34	U.S.	73.05	78.25	-5.21
10	Luxembourg	87.87	92.90	-5.03	35	Croatia	72.88	78.16	-5.28
11	Norway	86.81	91.61	-4.81	36	Qatar	71.78	77.33	-5.55
12	Austria	86.34	90.78	-4.44	37	Brunei	70.21	75.14	-4.92
13	Netherlands	85.83	89.94	-4.11	38	Estonia	69.24	75.67	-6.43
14	France	85.59	90.93	-5.34	39	Poland	68.92	75.34	-6.42
15	Finland	84.80	89.58	-4.78	40	Bahrain	68.73	74.20	-5.46
16	Germany	84.78	89.40	-4.62	41	Maldives	67.90	71.82	-3.92
17	Canada	84.57	89.53	-4.96	42	Bosnia & H.	67.83	72.91	-5.08
18	Cyprus	84.52	89.17	-4.65	43	U.A.E.	67.30	73.56	-6.26
19	New Zealand	84.48	89.95	-5.47	44	Macedonia	65.64	69.96	-4.32
20	Greece	84.28	88.17	-3.89	45	Uruguay	65.40	70.86	-5.45
21	Portugal	82.97	88.24	-5.27	46	Slovakia	65.10	70.54	-5.44
22	Ireland	82.52	88.53	-6.01	47	Barbados	64.14	68.55	-4.41
23	U.K.	82.28	87.21	-4.94	48	Oman	62.89	67.79	-4.90
24	S. Korea	82.06	87.67	-5.61	49	Panama	62.39	67.13	-4.73
25	Malta	81.27	86.42	-5.15	50	Albania	62.01	66.72	-4.71

Sources: World Health Organization, United Nations Population Division, World Bank

Note: Health grade (X) = Health score (A) - Health risk penalties (B)

A: Health score metrics: 1. mortality by communicable, non-communicable diseases and injuries; 2. life expectancy at the defining age of birth, childhood, youth and retirement; 3. probability to survive neonatal, into young adulthood and retirement stages; B: Health risk penalties: 1. behavioral/endogenous factors such as high incidences of population with elevated level of blood pressure, blood glucose and cholesterol, prevalence of overweight, tobacco use, alcohol consumption, physical inactivity and childhood malnutrition, as well as mental health and basic vaccination coverage; 2. environmental/exogenous factors such as greenhouse gas emissions per capita and percentage of population with access to improved drinking water.

Most recent data used. Of the more than 200 countries and regions evaluated, 163 had enough data to be included in the final outcome; The top 50 are displayed.

Bloomberg 

¹ Tomado de: Bloomberg. "Italy's Struggling Economy Has World's Healthiest People", 19 de marzo de 2017 [en línea] URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people> (Consultado 07.02.2018; 14:29)

ANEXO III

TEMÁTICAS QUE DEBERÁN ASUMIR LOS DIPLOMÁTICOS EN SALUD GLOBAL¹

El control de tabaco
Progresos contra el sarampión a través de la vacunación infantil, el grupo etario más vulnerable
Debido al conflicto del nordeste de Nigeria, desde 1999, proporcionar servicios de atención sanitaria
Promover el diagnóstico temprano del cáncer
El tema de la resistencia a los antibióticos
La contaminación ambiental, que mata a 1,7 millones de niños
A pesar de la reducción de la incidencia de la poliomelitis hasta en un 99% desde 1988, continuar los esfuerzos mundiales por erradicar tal enfermedad
Eliminación de la filariasis linfática
Enfermedades tropicales desatendidas
Respuesta a las hepatitis víricas
Inclusión de la depresión como un principal causa de discapacidad contribuyendo a la carga mundial general de morbilidad
Cerrar la brecha del paludismo
Registros de las causas de muerte
Mayor transparencia en los ensayos clínicos
Actualización de los medicamentos esenciales
Campañas de concientización respecto a la donación de sangre
Proteger del maltrato a las personas de edad

Promover la salud de los migrantes
Cooperación “Juntos para un mundo más saludable”
Agua potable y saneamiento
Lactantes sin vacunar en riesgo
Factura sanitaria de los ODS
Lactancia materna
Lucha contra el cólera
Aumenta el hambre en el mundo
Tratamiento del tracoma
Huracanes en el Caribe
Obesidad infantil y adolescente
Lucha contra la fiebre amarilla
Enfermedades no transmisibles
Proteger la salud de mujeres y niños
Unidos para poner fin a la tuberculosis
Atención sanitaria en Siria
Campaña sobre la “Resistencia a los antibióticos: Una amenaza mundial”
Cambio climático y su impacto en la salud
Acceso al tratamiento contra el VIH
Violencia contra la mujer
Cobertura Sanitaria Universal

¹ Elaboración propia con base en: OMS. “Resumen del 2017: repaso de la salud mundial de la Organización Mundial de la Salud” [en línea] URL: <http://www.who.int/features/2017/year-review/es/#event-resumen-del-2017-actualidad-de-la-salud-mundial> (Consultado 21.10.2018; 16:39)

ANEXO IV

FASES DE APROBACIÓN DE TEMAS EN EL MARCO DEL SISTEMA MESOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA (SMSP)¹

ETAPA	FECHA	TEMAS	CUMBRE/REUNIÓN	INSTRUMENTO (S)
1ª ETAPA	Marzo de 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salud Materno Infantil 2. Malaria y Dengue 3. Vacunación 4. Nutrición 	<p>En el marco de la XXXII Reunión del COMISCA, celebrada el 27 y 28 de mayo de 2010, en Panamá; se aprobaron los planes estratégicos para la región.</p> <p>Con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, el Instituto Mesoamericano de Salud Pública (IMSP) y el Instituto de Salud de California, auspiciado por la Fundación Bill y Melinda Gates</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna • Plan Estratégico Mesoamericano para Mejorar el Control de la Malaria hacia su Eliminación • Plan Estratégico Mesoamericano de Inmunización • Plan Estratégico Mesoamericano de Nutrición
	2 de diciembre de 2011		XXXV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), en San Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Se instaló oficialmente Consejo de Ministros de Salud del Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP)
2ª ETAPA	Primer Semestre de 2012,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades Crónicas 2. Seguridad Vial 3. Salud mental 4. VIH/SIDA 5. Adicciones (Tabaquismo) 	<p>II Reunión del Consejo de Ministros del SMSP</p> <p>(Con la colaboración del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes de la Secretaría de Salud de México)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se elaboró el Programa Mesoamericano de Seguridad Vial, para su implementación en la segunda fase, mismo que fue aprobado en junio de 2012 en la II Reunión del Consejo de Ministros del SMSP.
	Diciembre de 2013		Durante la V reunión del Consejo de Ministros del SMSP celebrada en Panamá	<ul style="list-style-type: none"> • Se acordó la elaboración y/o actualización de los planes maestros de: Dengue, Seguridad Vial y Atención Primaria de Salud.
3ª ETAPA	10 de junio de 2015	<p>Formalización de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad Vial y 2. Atención primaria a la salud 	<p>VII Reunión del Consejo de Ministros del SMSP, en Antigua, Guatemala.</p> <p>(De cara a la celebración de la XV Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de los Planes Maestros en materia de: Dengue y chikungunya; Malaria; Seguridad vial; y Atención primaria a la salud

¹ Elaboración propia con base en: Archivo de la DGRI. Carpeta "Sistema Mesoamericano de Salud Pública", Años 2010-2015

ANEXO V
CONSTANCIA DE SERVICIO SOCIAL EN LA DGRI-SSA



SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL

Ciudad de México, a 9 de noviembre de 2017

Folio T1111

Asunto: Término de servicio social

LIC. CELIA CORTÉS LULE
Jefa del Área de Servicio Social
UNAM - FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
PRESENTE

Me permito hacer de su conocimiento que el C. JUAN CARLOS CHIMAL SEGURA, estudiante de la LICENCIATURA EN RELACIONES INTERNACIONALES, realizó satisfactoriamente su SERVICIO SOCIAL en esta Dependencia, conforme a los datos que a continuación se mencionan:

NÚMERO DE CUENTA: 310184122
PERÍODO: Del 3 de abril de 2017 al 3 de octubre de 2017
HORARIO: 4 horas diarias, de 09:00 A 13:00 horas, de lunes a viernes
TIEMPO TOTAL: 480 horas
PROGRAMA: Desarrollo de Profesionales Administrativos en Salud
CLAVE DEL PROGRAMA: 2017-52/8-2204
UNIDAD DE ASIGNACIÓN: 172 DIRECCION GENERAL DE RELACIONES INTERNACIONALES
DATOS ADICIONALES DE LA PRESTACIÓN:

El presente término se hace de su conocimiento para los efectos académicos que correspondan.



BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES ELECTRÓNICAS

1. AGUILAR, Rubén. “Las 10 causas de muerte” en *Animal Político*, sección El Plumaje ‘Lo que quiso decir’, 30 de mayo de 2017 [en línea] URL: <https://www.animalpolitico.com/blogueros-lo-que-quiso-decir/2017/05/30/las-10-causas-muerte/> (Consultado 29.09.2017; 12:42)
2. Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG). Portal Oficial [en línea] URL: <http://www.alasag.org/es/index.php/inicio/bienvenida-secretaria-ejecutiva> (Consultado 05.03.2018; 11:03)
3. AMEXCID. Acciones y Programas: Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, 21 de abril de 2016 [en línea] URL: <https://www.gob.mx/amexcid/es/acciones-y-programas/proyecto-de-integracion-y-desarrollo-de-mesoamerica-29336> (Consultado 7.03.2018; 17:03)
4. AMEXCID. ¿Qué es la cooperación internacional para el desarrollo? [en línea] URL: <https://www.gob.mx/amexcid/acciones-y-programas/que-es-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo-29339> (Consultado 28.03.2018; 21:39)
5. ARANDA, German. “Los excesos de la OMS: fiestas en hoteles en plena crisis del ébola” en *PlayGround*, 26 de mayo de 2017 [en línea] URL: https://www.playgroundmag.net/studio/excesos-OMS-conciertos-privados-prostitutas_22593738.html (Consultado 15.08.2017; 20:32)
6. Archivo de la DGRI. Carpeta “Sistema Mesoamericano de Salud Pública”, Años 2010-2015
7. ARROYO Pichardo, Graciela. “Las relaciones internacionales del siglo XXI. Un nuevo paradigma metodológico para su estudio” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 100, 2008; p. 12.
8. Asamblea General-ONU. “Salud mundial y política exterior”, A/RES/63/33 (27 de enero de 2009) [en línea] Dirección URL: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/63/33&Lang=S (Consultado 15.05.2017; 11:18)
9. Asamblea General-ONU. Resolución A/70/723 “Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias. Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias”, 9 de febrero de 2016 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/70/723> (Consultado 30.08.2018; 11:18)
10. Asamblea General-ONU. Resolución A/70/824 “Fortalecimiento de la estructura sanitaria mundial: aplicación de las recomendaciones del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias”, 8 de abril de 2016 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/70/824> (Consultado 30.08.2018; 11:24)
11. Asamblea General-ONU. Resolución A/RES/72/266 “Cambiar el paradigma de gestión en las Naciones Unidas”, 24 de diciembre de 2017 [en línea] URL: <https://undocs.org/es/A/RES/72/266> (Consultado 30.08.2018; 23:04)
12. Asamblea Mundial de la Salud-OMS. “Alocución del Director General a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud”, A57/3 (18 de mayo de 2004) [en línea] URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21205/1/A57_3-sp.pdf (Consultado 09.08.2017; 17:33)

13. Asamblea Mundial de la Salud-OMS. Resolución WHA.65.4 “Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país”, 25 de mayo de 2012 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf?ua=1 (Consultado 26.08.2018; 19:04)
14. Asociación Entrepueblos/Entrepobles/Entrepobos/Herriarte. Aportaciones feministas a la salud: Nuestros cuerpos, nuestras vidas [en línea] URL: <http://www.entrepueblos.org/index.php/2639-nuestros-cuerpos-nuestras-vidas> (Consultado: 8.01.2018; 16:12)
15. ASTIÉ-BURGOS, Walter. “Seguridad internacional y diplomacia para la salud global” en *Revista Mexicana de Política Exterior N°102 “México y la cooperación internacional para el desarrollo”*. Instituto Matías Romero-SRE: Ciudad de México. 2014; p. 148.
16. BALLADELLI, Pier Paolo. “El surgimiento de la diplomacia en salud y su desarrollo en la Argentina” [en línea] URL: www.paho.org/arg/images/gallery/ANM%20ago13.doc?ua=1 (Consultado 06.02.2017; 19:50)
17. BAÑUELOS, Javier. “Entrevista a Germán Velásquez: ‘Han privatizado la OMS, la financiación privada condiciona sus decisiones’” en *CADENA SER*, sección “Sociedad”, 25 de agosto de 2016 [en línea] URL: http://cadenaser.com/ser/2016/06/16/sociedad/1466079742_072124.html (Consultado 26.01.2018; 02:04)
18. BAÑUELOS, Javier. “La OMS recibió 90 millones de dólares en donaciones de grandes farmacéuticas” en *Cadena SER*, sección *Sociedad*, 25 de agosto de 2016 [en línea] URL: http://cadenaser.com/ser/2016/06/13/sociedad/1465814899_603885.html (Consultado 21.01.2018; 12:33)
19. BASAVE Fernández del Valle, Agustín. “Capítulo XIX Estructura, Función y Fines de la Diplomacia” en *Filosofía del derecho internacional. Iusfilosofía y Politosofía de la Sociedad Mundial*. Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM: México, 2001; pp. 385.
20. BBC Mundo. “Una epidemia causada por una bacteria que devora la piel intriga a los médicos en Australia” en *BBC Mundo*, 21 de abril de 2018 [en línea] URL: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43850218> (Consultado 04.04.2017; 10:02)
21. BEAGLEHOLE Robert y Ruth Bonita. “What is global health?” en *Global Health Action*, Vol. 3, Issue 1, 2010; 2 pp. [en línea] URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852240/> (DOI: 10.3402/gha.v3i0.5142) (Consultado 25.12.2017; 01:33)
22. BELAUSTEGUIGOITIA, Marisa. “Descarados y deslenguadas: el cuerpo y la lengua india en los umbrales de la nación” en *Debate Feminista*, Año 12, Vol. 24, 2001; pp. 237-238 [en línea] URL: http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/024_14.pdf (Consultado 25.02.2018; 17:07)
23. BERLINGUER, Giovanni. “Globalización, Estado y Salud” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquia. Vol. 24, número especial, Medellín, 2006; p. 9.
24. BEYELER Naomi, et. al., “Salud global 2035: implicaciones para México” en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 57, núm. 5, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): México, 2015; pp. 441-443.

25. Bloomberg. "Italy's Struggling Economy Has World's Healthiest People", 19 de marzo de 2017 [en línea] URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people> (Consultado 07.02.2018; 14:29)
26. BOLLIER, David. *The Rise of Netpolitik: How the Internet is Changing International Politics and Diplomacy: a Report of the Eleventh Annual Aspen Institute Roundtable on Information Technology*. The Aspen Institute: Washington D.C., 2003, pp. 72 [en línea] URL: http://www.bollier.org/files/aspen_reports/NETPOLITIK.PDF (Consultado 21.09.2018; 18:51)
27. BORJA, Rodrigo. *Enciclopedia de la Política de Rodrigo Borja. Realpolitik* [en línea] URL: <http://www.en.encyclopediadelapolitica.com/index.php?title=Realpolitik> (Consultado 02.05.2017; 13:03)
28. BRITO, Pedro E. "La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global" en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 40, núm. 1, 2014; p. 111.
29. BROWN Theodore M., Marcos Cueto y Elizabeth Fee. "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health" en *American Journal of Public Health*, Vol. 96, núm. 1, 2006; pp. 62-72 [en línea] URL: http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/images/Karla/documentos/concepto_salud_global/Brown_et_a1_WHO_and_SG.pdf (Consultado 21.01.2018; 18:22)
30. BRUGVIN, Thierry. "La OMS bajo el poder de la industria nuclear", traducido para *Rebelión* por Marina Almeida, p. 1 [en línea] URL: <http://www.rebelion.org/noticias/2011/4/125554.pdf> (Consultado 21.08.2018; 15:21)
31. BUTRÓN, Jorge. Suben 1,100% peticiones de refugio a México; sólo de venezolanos, el 28% en *La Razón*, sección "Destacadas en Venezuela", 15 de septiembre de 2018 [en línea] URL: <https://www.razon.com.mx/suben-1100-peticiones-de-refugio-a-mexico-solo-de-venezolanos-el-28/> (Consultado 21.09.2018; 22:52)
32. CALDUCH, Rafael. "Métodos y Técnicas de Investigación en Relaciones Internacionales" en *Curso de Doctorado*. Universidad Complutense de Madrid, España. p. 6 [en línea] URL: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-55163/2Metodos.pdf> (Consultado 21.01.2018; 19:39)
33. CALDUCH, Rafael. Capítulo 7: La Diplomacia en Dinámica de la Sociedad Internacional. CEURA: Madrid, 1993; p. 9 [en línea] URL: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-55160/lib2cap7.pdf> (Consultado 16.08.2017; 09:55)
34. CASTRO, Lucila. "Acceso a medicamentos no es suficiente" en *Milenio*, sección "Firmas", 28 de febrero de 2017 [en línea] URL: http://www.milenio.com/firmas/expresiones_udlap/Acceso-medicamentos-suficiente_18_911488898.html (Consultado 10.08.2017; 10:07)
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). A History of Anthrax [en línea] URL: <https://www.cdc.gov/anthrax/resources/history/index.html> (Consultado 26.08.2018; 22:33)
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Virus de la influenza aviar A (H5N1) altamente patógena de origen asiático [en línea] URL: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/avianflu/h5n1-virus.htm> (Consultado 26.08.2018; 19:04)

37. CEPAL. Desarrollo Social. “Desigualdad en salud requiere una nueva gobernanza política global”, Comunicado de Prensa, 23 de marzo de 2015 [en línea] URL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/desigualdad-en-salud-requiere-una-nueva-gobernanza-politica-global> (Consultado 30.01.2018; 22:40)
38. CEPAL. Globalización y desarrollo. 29º Período de sesiones, Brasil, 2002, p. 3 [en línea] URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2721/1/LCG2176s_es.pdf (Consultado 20.08.2018; 14:20)
39. CHAN, Margaret. Diplomacia sanitaria mundial: negociar la salud en el siglo XXI [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081021/es/> (Consultado 21.03.2018; 21:29)
40. CHAN, Margaret. Regreso a Alma Ata (15 de septiembre de 2008) [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/20080915/es/> (Consultado 18.02.2018; 12:45)
41. CHATTU, Vijay Kumar. “The rise of global health diplomacy: An interdisciplinary concept linking health and international relations” en *Indian Journal Public Health*; Vol. 61, Issue 2, 2017; pp. 134-136.
42. CHENG, Maria. “AP Exclusive: Strapped UN health agency spends big on travel” en *AP News*, 22 de mayo de 2017 [en línea] URL: <https://www.apnews.com/3d8569ea7bd140e4ba02bc1712cd12ab> (Consultado 15.08.2017; 17:41)
43. COMES, Yamila. “El Concepto de Derecho a la Salud. Desde la perspectiva Liberal Y Neoliberal: de negación a restricción del Derecho” en *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina [en línea] URL: http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=138278 (Consultado: 21.03.2017; 15:45)
44. Consejo Económico y Social-ONU. “Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, Resolución /CN.3/2017/2 (15 de diciembre de 2016) [Publicado nuevamente por razones técnicas el 27 de enero de 2017] [en línea] URL: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-S.pdf> (Consultado 02.05.2018; 12:32)
45. Consejo Ejecutivo-OMS. “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría” 124ª reunión del Consejo Ejecutivo, EB124/9 (4 de diciembre de 2008) [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf (Consultado 03.01.2018; 09:45)
46. Consejo General-OMC. Enmienda del Acuerdo sobre los ADPIC [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/wt1641_s.htm (Consultado 30.08.2017; 23:50)
47. Consorcio Universitario Euroamericano (CUE). Máster en Antropología Médica, MAN [en línea] URL: https://www.emagister.com.mx/maestria/master_antropologia_medica_man-courses-es-3167042.htm (Consultado 28.01.2018; 20:31)
48. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 89, fracc. X, p. 57 [en línea] URL: <http://www.senado.gob.mx/comisiones/cogati/docs/CPEUM.pdf> (Consultado 14.02.2018; 14:30)
49. CORONA González, Ricardo Daniel. “El Sistema de Salud en México: de la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal” en *CONAEMI*, 15 de enero de 2017 [en línea] URL:

- <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-México-De-la-fragmentación-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal> (Consultado 21.12.2017; 21:17)
50. CRUZ-MARTÍNEZ, Elpidio, et. al. “Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS)” en *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, Vol. 17, núm. 2, marzo-abril 2003 [en línea] URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti032d.pdf> (Consultado 26.08.2018; 19:04)
 51. CUETO Marcos, Theodore Brown y Elizabeth Fee. “El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría” en *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 38, núm. 69, 2011; p. 131.
 52. DÁVILA Chávez, Hilda. Presentación: “La diplomacia en salud como parte del papel del México como actor con responsabilidad global” [en línea] URL: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=centros-colaboradores&alias=817-02-la-diplomacia-en-salud&Itemid=493 (Consultado 09.09.2017; 14:25)
 53. DE ICAZA, Carlos y Érika Ruiz Sandoval. “México, actor con responsabilidad global: jugador en nuevos tableros” en *Revista Mexicana de Política Exterior N° 100 “Desafíos de la diplomacia mexicana y la nueva arquitectura global”*, Instituto Matías Romero - SRE: Ciudad de México, 2014. p. 30.
 54. DE OLLOQUI, José Juan. “Diplomacia Total: Multigeopoliticidad, Grandeza de México” en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, Vol. II. Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ)/UNAM: Ciudad de México. 2002; pp. 279.
 55. DGAPA/UNAM. Semblanza del Dr. Edmundo Hernández-Vela. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales [en línea] URL: <http://dgapa.unam.mx/index.php/semblanzas-emeritos-anio-perpae-2015/semblanzas-2009-perpae/261-hernandez-vela-salgado-edmundo> (Consultado 18.09.2018; 14:37)
 56. DUBOS, René Jules. *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico*. Fondo de Cultura Económica (FCE): México, 1975; pp. 113-122.
 57. ECHEVERRI Hernández, José Vitalino. “Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud” en *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*. Universidad de Antioquia: Colombia, Vol. 2, núm. 4, 2010; p. 48.
 58. EIJKEMANS, Gerry. La Salud en México y América Latina: logros, escenarios y caminos, 4 de abril de 2017 [en línea] URL: <http://www.mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/1351-la-salud-en-mexico-y-america-latina-logros-escenarios-y-caminos#edn3> (Consultado 10.02.2018; 17:50)
 59. El Espectador (Redacción). “Colombiano Germán Velásquez, honoris causa en España”, en *El Espectador*, sección “Salud”, 27 de octubre de 2017 [en línea] URL: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/colombiano-german-velasquez-honoris-causa-espana-articulo-595558> (Consultado 26.01.2018; 01:33)
 60. El Financiero (Redacción). “Tiene México 3 retos en salud: Narro”, en *El Financiero*, sección Economía, 16 de octubre de 2017 [en línea] URL: <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/tiene-mexico-retos-en-salud-narro.html> (Consultado 01.02.2018; 23:45)
 61. El Mundo. “La India erradica la polio” en *El Mundo*, sección “Salud”, 27 de marzo de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/salud/2014/03/27/53344bc7268e3ea3028b457a.html> (Consultado 26.08.2018; 19:04)

62. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. Universidad de Chile. Concepto de Salud Global [en línea] URL: <http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/index.php/areas-programaticas/concepto-de-salud-global> (Consultado 6.11.2017; 22:34)
63. FAJARDO Ortiz, Guillermo. “La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?” en *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, Vol. 47, núm. 6, 2004; p. 256.
64. Federal Foreign Office, Germany. Global health policy [en línea] URL: <https://www.auswaertiges-amt.de/en/aussenpolitik/themen/gesundheit> (Consultado 03.06.2017; 14:48)
65. FELDBAUM Harley, Kelley Lee y Joshua Michaud. “Global Health and Foreign Policy” en *Epidemiologic Reviews*, Vol. 32, Issue 1, 2010; pp. 82-92 [en línea] URL: <https://academic.oup.com/epirev/article/32/1/82/497521> (Consultado 02.01.2018; 16:34)
66. FERNEX, Michael. The Chernobyl Catastrophe and Health [en línea] URL: http://independentwho.org/media/Documents_Autres/Michel_Fernex_The_Chernobyl_catastrophe_and_health_03May2000_EN.pdf (Consultado 21.08.2018; 15:21)
67. FIDLER, David P. Presentación: Salud, Política Exterior y tica Exterior y Diplomacia: Resumen conceptual y advertencias. Día Mundial de la Salud, OPS, 2 abril de 2007 [en línea] URL: http://www.saludglobal.uchile.cl/sglobal/es/images/Karla/documentos/concepto_salud_global/Salud_Politica_exterior_y_diplomacia.pdf (Consultado 16.08.2017; 10:02)
68. FIDLER, David P. y Lawrence O. Gostin. “The WHO Pandemic Influenza Network: a milestone in global governance for health” en *Journal American Medical Association*; Vol. 306, núm. 2, 2011; pp. 200-201 [en línea] URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/issue/306/2> (Consultado 14.02.2018; 19:38) (DOI: 10.1001/jama.2011.960 pmid: 21750298)
69. FIDLER, David P.. Chapter 38 “Health Diplomacy” en *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*, editado por Andrew F. Cooper, Jorge Heine y Ramesh Thakur, p. 692. Gran Bretaña, Oxford University 2013.
70. FIGUEROA Fischer, Bruno. “Introducción: El nuevo rostro de la cooperación internacional mexicana” en *Revista Mexicana de Política Exterior N° 102 “México y la cooperación internacional para el desarrollo”*, Instituto Matías Romero-SRE: Ciudad de México, 2014; pp. 7-14.
71. FLOTTATS, Ana. “Germán Velásquez: ‘El 80% de los fármacos sólo tratan, en vez de curar, para ser rentables para la industria’” en *Público*, sección “Sociedad”, 25 de octubre de 2015 [en línea] URL: <http://www.publico.es/sociedad/german-velasquez-80-medicamentos-tratan.html> (Consultado 25.01.2018; 23:33)
72. Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana-ONU. *La seguridad humana en las Naciones Unidas*, Nueva York, 2012, p. 7 [en línea] URL: https://www.unocha.org/sites/dms/HSU/Outreach/12-41684_Spanish%20HUMAN%20SECURITY%20Brochure_web_December%2010.pdf (Consultado 27.08.2018; 13:25)
73. FOUCAULT, Michael. *El Nacimiento de la Clínica*, México, Siglo XXI, 20 ed., 2001, p. 46.

74. FRANCO-PAREDES Carlos, Lorena Lammoglia y José Ignacio Santos-Preciado. “Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo” en *Gaceta Médica de México*, Vol. 140, núm. 3, mayo-junio 2004, Academia Nacional de Medicina de México A.C., Ciudad de México, pp. 321-327. [en línea] URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000300013 (Consultado 02.01.2018; 12:44)
75. FRENK Julio y Suerie Moon. “Governance Challenges in Global Health” en *The New England Journal of Medicine*; núm. 368, pp. 936-942.
76. FRENK, Julio. “La salud como derecho ciudadano” en *Revista NEXOS*, 1 de febrero de 2012 [en línea] URL: <https://www.nexos.com.mx/?p=14680> (Consultado 02.01.2018; 14:09)
77. FRENK, Julio. *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica (FCE): México, 1994; p.25.
78. GAGNON, Michel y Ronald Labonté. “Understanding how and why health is integrated into foreign policy - a case study of health is global, a UK Government Strategy 2008–2013” en *Globalization and Health*, Vol. 9, núm. 24, 2013; pp. 19 [en línea] URL: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-24> (Consultado 21.01.2018; 20:20)
79. GAGNON, Michel. “Using empirical research and a novel theoretical framework to advance an understanding of the theory and practice of global health diplomacy” en *Journal of Health Diplomacy*, Vol. 1, Issue 2, 2014; pp. 18 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/sites/default/files/gagnon.pdf> (Consultado 21.01.2018; 20:20)
80. GARDA, Cristhophe. “Mondialisation et globalisation” en *Irenees.net* [en línea] URL: http://www.irenees.net/bdf_fiche-notions-21_es.html (Consultado 21.08.2018; 08:50)
81. GLADSTONE, Rick. “La ONU llevó el cólera a Haití y no ha podido controlar el brote” en *The New York Times* (en español), sección “América Latina”, 30 de junio de 2017 [en línea] URL: <https://www.nytimes.com/es/2017/06/30/onu-haiti-colera-reparacion/> (Consultado 27.08.2018; 13:45)
82. Gobierno de la República (México)-INEGI. Plataforma BETA “Objetivos de Desarrollo Sostenible” [en línea] URL: <http://143.137.108.139/index.html> (Consultado 24.01.2017; 01:14)
83. GOLDSTEIN, Joshua S. y Jon C. Pevehouse. *International Relations*. Pearson-Longman: Estados Unidos, 2006; pp. 424
84. GÓMEZ Camacho, Juan José y Alejandro Alcalde Méndez. “Hacia una diplomacia multilateral novedosa: una mirada desde Ginebra” en *Revista Mexicana de Política Exterior N° 95*. Instituto Matías Romero, SRE: Ciudad de México, 2012; pp. 5-8 [en línea] URL: <https://revistadigital.sre.gob.mx/images/stories/numeros/n95/introd.pdf> (Consultado 12.07.2017; 23:43)
85. GÓMEZ Sollano, Marcela y Hugo Zelman. *Conocimiento social. El desafío de las Ciencias Sociales*, Editorial Pax-México: México, 2005; p. 34.
86. GÓMEZ-DANTÉS Octavio y Babak Khoshnood. “La Evolución de la Salud Internacional en el siglo XX” en *Revista de Salud Pública*, Vol. 33, núm. 4, INSP: México, 1991; pp. 314-329.

87. GÓMEZ-DANTÉS Octavio, et. al. “Sistema de salud de México” en *Revista Salud Publica de México*, Vol. 53, supl 2, 2011; pp. S220-S232.
88. GÓMEZ-ROBLEDO Verduzco, Alonso. “La Política Exterior Mexicana: sus principios fundamentales” en *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, Vol. 1. Instituto de Investigaciones Jurídicas/UNAM: Ciudad de México, 2001; pp. 197-217.
89. HAYWARD, John Arthur. *Historia de la Medicina*. Fondo de Cultura Económica (FCE): México, 1993; p. 76.
90. HEIJSTEK, Esmee S.. Health diplomacy as a soft power strategy or ethical duty? Case Study: Brazil in the 21 century. Leiden University: Países Bajos, 2015; pp. 29 [en línea] URL: <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/37392/Eind%20Thesis%20Health%20Diplomacy.pdf?sequence=1> (Consultado 21.05.2017; 10:36)
91. HERNÁNDEZ Sampieri Roberto, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición, McGraw-Hill, México, 2010, p.79.
92. HERNÁNDEZ-VELA, Edmundo. “Reconstrucción de una política exterior de Estado en México: la vía nacional” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 96, FCPyS/UNAM, Ciudad de México, p. 151.
93. HILL, Hibbert Winslow. “The New Public Health” en *The Journal-Lancet of Minneapolis*. University of California, 1913 [en línea] URL: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.b3843880;view=1up;seq=1> (Consultado 03.02.2018; 17:20)
94. IANNI, Octavio. *Teorías de la globalización*. Siglo XXI, México, 1998.
95. IndependentWHO. Página Oficial [en línea] URL: <http://independentwho.org/en/> (Consultado 21.08.2018; 15:10)
96. INEGI. 2017. “Estadísticas a Propósito del Día de Muertos” [en línea] URL: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf (Consultado 24.11.2017; 13:30)
97. INEGI. “PIB y Cuentas Nacional de México: Salud” [en línea] URL: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/default.aspx> (Consultado 15.09.2018; 23:42)
98. INSP. Boletín Informativo N° 27, julio 2016 “¿Qué es la Diplomacia de la Salud Global (DSG)?” [en línea] URL: http://www.saludglobalinsp.mx/pdf/boletin/B_S_G_%20270616.pdf (Consultado 12.07.2017; 16:37)
99. INSP. Concepto de Salud Global [en línea] URL: <http://www.saludglobalinsp.mx/index.php/informacion-programa-salud-global/110-concepto-de-salud-global> (Consultado 21.09.2018; 19:33)
100. INSP. Conferencia “Diplomacia para la equidad en salud: una visión global” [en línea] URL: <https://www.insp.mx/avisos/4756-diplomacia-salud-global.html> (Consultado 30.08.2018; 14:50)
101. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2017. Health-related SDGs | Viz Hub [en línea] URL: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/> (Consultado 24.01.2018; 18:12)
102. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *User Guide: Health-related SDGs visualization* [en línea] URL: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Data_viz/Health-related_SDG_User_Guide_2016.pdf (Consultado 10.03.2018; 12:20)

103. Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). *Las Ventanillas de Salud reciben el premio de la OEA a la Innovación para la Gestión Pública* [en línea] URL: <https://www.gob.mx/ime/prensa/las-ventanillas-de-salud-reciben-el-premio-de-la-oea-a-la-innovacion-para-la-gestion-publica?idiom=es> (26.01.2018; 15:42)
104. Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE). Documento de Opinión “Diplomacia médica: el caso de Mauritania, continuidad en la proyección global de España”, 23 de septiembre de 2016 [en línea] URL: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEEO99-2016_Diplomacia_Medica_Castillejo-Navarro.pdf (Consultado 21.05.2017; 11:36)
105. Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). Panorama de la Salud 2017 vía OCDE [en línea] URL: <https://imco.org.mx/temas/panorama-la-salud-2017-via-ocde/> (Consultado 12.01.2018; 23:52)
106. IRWIN Rachel, Ronald Labonté y Arne Ruckert. “Where’s the theory in health diplomacy?” en *The Journal of Health Diplomacy*, Vol. 1, Issue 2, 2014; pp. 4 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/sites/default/files/Introduction1.pdf> (Consultado 12.09.2017; 10:13)
107. JIMÉNEZ, Miriam. “Sistema de salud pública, un problema más para los mexicanos” en *Forbes México*, sección “Economía y Finanzas”, 3 de octubre de 2016 [en línea] URL: <https://www.forbes.com.mx/sistema-de-salud-publica-un-problema-mas-para-los-mexicanos/> (Consultado 11.05.2017; 11:24)
108. KANTH Priyanka, David Gleicher, Yan Guo. “National strategies for global health” en Kickbusch Ilona, Graham Lister, Michaela Told, Nick Drager (editors). *Global health diplomacy*. Springer: New York, 2013; pp. 285-303.
109. KATZ, Rebecca, et. al. “Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization” en *The Milbank Quarterly: A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, Vol. 89, Issue 3, 2011; p. 517.
110. KICKBUSCH Ilona y Mihály Kökény. “Global health diplomacy: five years on” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 91, núm. 3, 2013; pp. 159-159A [en línea] URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/> (Consultado 18.01.2018; 19:19) (DOI: 10.2471/BLT.13.118596)
111. KICKBUSCH, Ilona y Roskam Ellen. *Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy*. World Scientific Publishing Co.: Singapore, 2011; pp. 433.
112. KICKBUSCH, Ilona, Thomas E. Novotny, Nico Drager, Gaudenz Silberschmidt and Santiago Alcazar. “Global health diplomacy: training across disciplines” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 85, núm. 12., 2007; pp. 971 - 973 [en línea] URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/07-045856/en/index.html> (Consultado 12.11.2017; 11:17) (DOI: 10.2471/BLT.07.045856)
113. KICKBUSCH, Ilona. “Global health diplomacy: how foreign policy can influence health” en *British Medical Journal (BMJ)*, Vol. 342, 2011; pp. 3 [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/health-and-foreign-policy/global-health-diplomacy-how-foreign-policy-can-influence-health> (Consultado 11.01.2018; 17:39)
114. LANTHENAS, François. *De l'influence de la liberté, sur la santé, la morale, et le bonheur*, París, 1792, p. 8. [en línea] URL: <https://archive.org/details/delinfluence00unse> (Consultado 25.09.2018; 09:43)

115. LANZA, Oscar. “Organización Mundial de La Salud. Hacia una Nueva Gobernanza por la Salud Global” en *Nueva Tribuna*, 6 de mayo de 2015 [en línea] URL: <http://www.nuevatribuna.es/articulo/mundo/nueva-gobernanza-salud-global/20150506105311115558.html> (Consultado: 15.05.2017; 09:42)
116. LAVILLA, Quique. “Haití: Del terremoto a la cólera” en *El Mundo*, edición América, 18 de noviembre de 2010 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/america/2010/11/19/noticias/1290131473.html> (Consultado 27.08.2018; 12:52)
117. LEE Kelley y Richard Smith. “What is ‘Global Health Diplomacy’? A Conceptual Review” en *Global Health Governance*, Vol. V, núm. I, 2011; p. 1 [en línea] Dirección URL: http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy_Fall-2011.pdf (Consultado 06.01.2018; 20:44)
118. LENIN, Vladimir I. *El Imperialismo, fase superior del capitalismo*. Fundación Federico Engels, Madrid, pp. 82 [en línea] URL: http://www.fundacionfedericoengels.net/images/PDF/lenin_imperialismo.pdf (Consultado 26.08.2018; 10:21)
119. LIM S., Stephen. et al. 2016. “Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015” en *The Lancet*, Vol. 388, Issue 10053, 1813 - 1850 pp. [en línea] URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext) (Consultado 20.02.2018; 12:40)
120. LLORENTE, José Antonio “La nueva Diplomacia” en *Revista Uno*, núm. 17 [en línea] URL: <http://www.revista-uno.com/numero-17/la-nueva-diplomacia/> (Consultado 16.08.2017; 19:35)
121. LOLAS Stepke, Fernando. *Bioética en América Latina. Una década de evolución*. Programa de Bioética. Universidad de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética; OPS/OMS: Chile, 2010; pp. 184 (Monografías de Acta Bioethica, núm. 4.) [en línea] URL: http://www.uchile.cl/documentos/version-en-pdf_76704_1_5937.pdf (Consultado 02.08.2017; 09:52)
122. LONDON, Jack. *La Peste Escarlata*, Biblioteca Virtual Universal [en línea] URL: <http://biblioteca.org.ar/libros/130896.pdf> (Consultado 24.09.2018; 23:20)
123. LOW-BEER, Daniel. “The health diplomacy of diversity” en Low-Beer Daniel (editor). *Global health diplomacy*, Vol. 1, Innovative Health Partnerships. World Scientific Publishing Co.: Singapore, 2012; pp. 1-28.
124. MACFARLANE S.B, M. Jacobs and E.E. Kaaya. “In the name of global health: trends in academic institutions” en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 29, núm. 4, 2008; pp. 383-401 [en línea] URL: <https://www.jstor.org/stable/i40006920> (DOI: 10.1057/jphp.2008.25) (Consultado 26.02.2018; 23:09)
125. MANRIQUE, Manuel. Diplomacia en la salud global: promoción de la salud y poder inteligente. Documento de trabajo para el seminario de ISGlobal: Palau Macaya (Barcelona) 13 y 14 de septiembre. ISG, p. 7.
126. MAPCHART. Página Oficial [en línea] URL: <https://mapchart.net/> (Consultado 25.09.2018; 10:19)
127. MARCHIORI Buss, Paulo y Miriam Faid. “Power Shifts in Global Health Diplomacy and New Models of Development: South–South Cooperation” en Kickbusch Ilona, Graham Lister, Michaela Told, Nick Drager (ed.). *Global health diplomacy*. Springer: New York, 2013; pp. 305-332.

128. MCLUHAN, Marshall y Quentin Fiore. *El medio es el masaje: un inventario de efectos*. Editorial Paidós: España. 4ta reimpresión, 1997; pp. 167.
129. MCLUHAN, Mashall y B.R Powers. *La Aldea Global*. Editorial GEDISA: Barcelona. 1995; pp. 203.
130. Medical Tourism Association (MTA). *Medical Tourism Index (MTI) 2016-2017 Report* [en línea] URL: https://www.medicaltourismassociation.com/en/prod34_Medical-Tourism-Index-2016-report.html (Consultado 24.02.2018; 19:03)
131. MEJÍA, Ximena. “Duarte debe comprobar destino de 650 mdp en salud: Narro” en *Excelsior*, sección “Corrupción”, 18 de julio de 2017 [en línea] URL: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/07/18/1176305> (Consultado 10.08.2017; 10:25)
132. MINGST, Karen. *Fundamentos de las Relaciones Internacionales*. CIDE, México, 2006; pp. 604
133. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time [en línea] URL: http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf (Consultado 14.02.2018; 20:07)
134. Ministry of Foreign Affairs of Japan (MOFA). Organization. International Cooperation Bureau [en línea] URL: <http://www.mofa.go.jp/about/hq/org.html> (Consultado 21.10.2017; 19:07)
135. MIRAMONTES Vidal, Octavio. Instituto Física-UNAM (Complex Systems Department). La píldora anticonceptiva, la UNAM y la mayor contribución de la ciencia mexicana de todos los tiempos [en línea] URL: http://scifunam.fisica.unam.mx/mir/mayor_contribucion.html (Consultado 23.01.2018; 18:24)
136. MØGEDAL, Sigrun y Benedikte Louise Alveberg. “Can Foreign Policy Make a Difference to Health?” en *PLOS Medicine*, Vol. 7, Issue 5, 2010; pp. 3 [en línea] URL: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000274> (Consultado 21.02.2017; 23:40)
137. MONTOYA Estrada, John Harold, Marleny Valencia Arredondo, Diana Paola Betancurth Loaiza. “Teoría crítica en salud” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, Vol. 33, núm. 0, 2015; p. S87.
138. MORENO Cruz, Maricela. “La globalización: su concepto e impacto en los sistemas jurídicos” en *Revista Cultura Jurídica de la UNAM*, núm. 3, julio - septiembre 2011, México, p. 219.
139. MURRAY Christopher J.L. y Julio Frenk. Theme Papers: “A framework for assessing the performance of health systems” en *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, núm. 6. 2000; p. 721.
140. NAVARRO, Vicenç. “Assessment of the World Health Report 2000” en *The Lancet*, Vol. 356, núm. 9241, 2000; pp. 1598-1601.
141. NAVARRO, Vicenç. “Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS «WHO Health Systems: improving performance» y su relevancia en España” en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 15, núm. 5, 2001; p. 461.
142. NAVARRO, Vicenç. Capítulo 3: Concepto Actual de Salud Pública [en línea] URL: <https://ifdcslu-inf.d.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf> (Consultado 18.12.2017; 14:16)
143. OCDE. 2016. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México [en línea] URL: http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf (Consultado 07.12.2017; 02:58)

144. OCDE. 2017. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. ¿Cómo se compara México? [en línea] URL: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> (Consultado 07.02.2018; 22:06)
145. OCDE. Presentación del Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud 2016. Palabras de Angel Gurría, 6 de enero de 2016 [en línea] URL: <https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm> (Consultado 16.01.2018; 16:33)
146. OECD. 2017. Health at a Glance 2017 [en línea] URL: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm> (Consultado 07.12.2017; 23:58)
147. Office of Global Affairs (OGA) USA. Global Health Diplomacy [en línea] URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/oga/global-health-diplomacy/index.html> (Consultado 03.06.2017; 11:55)
148. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976 [en línea] URL: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consultado 10.08.2017; 10:51)
149. Oficina del Director General-OMS. Discursos 2008. Margaret Chan. “Globalización y salud. Intervención ante la Asamblea General de las Naciones Unidas” (24 de octubre de 2008) [en línea] URL: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/> (Consultado 03.01.2018; 16:24)
150. Oficina del Director General-OMS. Discursos 2008. Margaret Chan. “Salud y Política Exterior. Declaración pronunciada en la reunión ministerial sobre diplomacia y salud global” (27 de septiembre de 2007) [en línea] URL: http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070927_newyork/es/ (Consultado 02.05.2017; 13:04)
151. OJEDA, Mario. “La Política Exterior de México: Objetivos, Principios e Instrumentos” en *Revista Mexicana de Política Exterior*, Vol. 1, núm. 2, 1984; Instituto Matías Romero-SRE: Ciudad de México: México; p. 6.
152. OMC. *La OMC y la OMS* [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/wto_who_s.htm (Consultado 30.08.2018; 23:28)
153. OMC. *Los acuerdos de la OMC y la salud pública — un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC* [en línea] Dirección URL: https://www.wto.org/spanish/news_s/pres02_s/pr310_s.htm (Consultado 30.08.2017; 23:50)
154. OMC. Se modifican las normas de la OMC relativas a la propiedad intelectual a fin de facilitar el acceso de los países pobres a medicamentos asequibles [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/news_s/news17_s/trip_23jan17_s.htm (Consultado 30.08.2017; 00:05)
155. OMC-OMS. *Los acuerdos de la OMC y la salud pública*, 2002, pp. 195 [en línea] URL: https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf (Consultado 30.08.2018; 23:28)
156. OMS. “Acerca de la OMS: Quiénes somos y qué hacemos” [en línea] URL: <http://www.who.int/about/what-we-do/es/> (Consultado 15.02.2018; 23:52)
157. OMS. “Más sano, más justo, más seguro. La travesía de la salud mundial 2007 – 2017” [en línea] URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259204/1/9789243512365-spa.pdf?ua=1> (Consultado 21.01.2018; 19:02)

158. OMS. “Resumen del 2017: repaso de la salud mundial de la Organización Mundial de la Salud” [en línea] URL: <http://www.who.int/features/2017/year-review/es/#event-resumen-del-2017-actualidad-de-la-salud-mundial> (Consultado 21.10.2018; 16:39)
159. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/2000/es/> (Consultado 21.01.2017; 23:17)
160. OMS. Chikungunya [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya> (Consultado 27.08.2018; 13:09)
161. OMS. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) [en línea] URL: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)) (Consultado 27.08.2018; 12:53)
162. OMS. Definición: Determinantes Sociales de Salud [en línea] URL: http://www.who.int/social_determinants/es/ (Consultado 09.08.2017; 12:02)
163. OMS. Día Mundial de la Salud. 2007: seguridad sanitaria internacional [en línea] URL: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/es/> (Consultado: 10.08.2017; 13:03)
164. OMS. Documento A71/INF./2, 19 de abril de 2018 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_INF2-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:30)
165. OMS. Documento temático: "Invertir en salud para forjar un porvenir más seguro", 2007 [en línea] URL: http://www.who.int/world-health-day/previous/2007/activities/issues_paper/es/ (Consultado: 15.05.2017; 12:34)
166. OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [en línea] URL: http://www.who.int/fctc/text_download/es/ (Consultado 21.02.2017; 23:04)
167. OMS. Enfermedad por el virus de Zika [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus> (Consultado 27.08.2018; 13:15)
168. OMS. Enfermedad por el virus del Ébola [en línea] URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> (Consultado 27.08.2018; 12:58)
169. OMS. Financiación de la OMS [en línea] URL: <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/es/> (Consultado: 15.05.2017; 09:53)
170. OMS. Gripe pandémica (H1N1) 2009 [en línea] URL: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/es/> (Consultado 27.08.2018; 12:18)
171. OMS. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: financiación y coordinación “Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales”, 2012 [en línea] URL: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_ES.pdf?ua=1 (Consultado 10.08.2017; 12:33)
172. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 1995. Reducir las desigualdades* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/1995/es/> (Consultado 04.04.2017; 09:37)
173. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* [en línea] URL: <http://www.who.int/whr/2010/es/> (Consultado 04.04.2017; 09:47)

174. OMS. Las 10 principales causas de defunción (última actualización: 24 de mayo de 2018) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)
175. OMS. Las 10 principales causas de defunción: ¿Por qué necesitamos saber las causas de muerte? (última actualización: enero 2017) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)
176. OMS. Las 10 principales causas de defunción: ¿Por qué necesitamos saber las causas de muerte? (última actualización: enero 2017) [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)
177. OMS. Página Oficial de la OMS. Países [en línea] URL: <http://www.who.int/countries/es/> (Consultado 19.08.2018; 16:20)
178. OMS. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948 [en línea] URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (Consultado 02.08.2017; 19:43)
179. OMS. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948 [en línea] URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (Consultado 02.08.2017; 19:43)
180. OMS. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)
181. OMS. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos [en línea] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html> (Consultado 03.01.2018; 22:13)
182. OMS. *Reglamento Sanitario Internacional* (2005) 2a ed., p. vii [en línea] URL: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado 8.01.2018; 16:18)
183. OMS. Resolución WHA70.9 “Escala de contribuciones para 2018-2019”, 29 de mayo de 2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R9-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:18)
184. OMS. Resolución WHA70.9 “Escala de contribuciones para 2018-2019”, 29 de mayo de 2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R9-sp.pdf (Consultado 30.08.2018; 22:18)
185. ONU. *Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático* [en línea] URL: <https://unfccc.int/sites/default/files/convsp.pdf> (Consultado 23.09.2018; 17:45)
186. ONU. *La Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948 [en línea] URL: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> (Consultado: 21.03.2017; 14:52)
187. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [en línea] URL: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (Consultado 04.09.2017; 10:29)
188. OPS. “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”, Documento CSP29/10, (24 de julio del 2017) [en línea] URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672%3Ahuman-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&catid=526%3Ainfo&Itemid=42273&lang=es (Consultado 19.02.2018; 18:06)
189. OPS. “Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”, Documento CSP29/10, (24 de julio del 2017) [en línea] URL:

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672%3Ahuman-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&catid=526%3Ainfo&Itemid=42273&lang=es (Consultado 19.02.2018; 18:06)
190. OPS-OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) [en línea] URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-information-analysis&Itemid=2560&lang=en (Consultado 15.08.2017; 17:41)
191. OPS-OMS. *Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017*. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2017 [en línea] URL: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consultado 22.11.2017; 19:53)
192. OPS-OMS. *Estrategia de Cooperación de la OPS y la OMS con México 2015 – 2018*, pp. 97 [en línea] URL: http://www.paho.org/MEx/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1053-ccs-mex-1518-web0&Itemid=493 (Consultado 29.01.2018; 15:27)
193. OPS-OMS. La OPS llama a potenciar la diplomacia en salud para el bienestar local y global (7 de agosto de 2013) [en línea] URL: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1210&Itemid=225 (Consultado 19.09.2017; 19:34)
194. OPS-OMS. *Resumen: Estrategia de Cooperación de la OPS y la OMS con México 2015 – 2018*, pp. 2 [en línea] URL: http://www.paho.org/MEx/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1031-ccs-brief-mex-esp2015&Itemid=493 (Consultado 29.01.2018; 15:27)
195. OROPEZA Abundez, Carlos y Ricardo Pérez Cuevas. “Los 3 Retos en Salud que México debe abordar” en *Blogs Banco Interamericano De Desarrollo (BID) Políticas Públicas, Salud* [en línea] URL: <https://blogs.iadb.org/salud/2015/10/26/retos-en-salud/> (Consultado 14.02.2018; 22:51)
196. PAGÉS, José Antonio. “Diplomacia en Salud Global: un reto para la nueva agenda de desarrollo” en *Revista Chilena Salud de Pública*, Vol. 17, núm. 2, 2013; p. 167.
197. PALMA, Francisca. “Salud Global: cómo enfrentar las problemáticas sanitarias más allá de las fronteras” en *Noticias*, Universidad de Chile, 23 de diciembre de 2016 [en línea] URL: <http://www.uchile.cl/noticias/129818/como-enfrentar-las-problematicas-sanitarias-mas-alla-de-las-fronteras> (Consultado 02.03.2018; 16:37)
198. PANISSET, Ulysses B.. “Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional” en OPS-OMS. *Salud internacional: un debate Norte-Sur*. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95. OPS/OMS: Washington D.C., 1992; pp. 262.

199. PELLICER, Olga. “Mejoras y omisiones de la diplomacia mexicana” en *Proceso*, sección “Opinión/Análisis”, 20 de mayo de 2017 [en línea] URL: <http://www.proceso.com.mx/487169/mejoras-omisiones-la-diplomacia-mexicana> (Consultado 27.01.2018; 15:50)
200. PEÓN Vela, Fortino. “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa” en María Luisa Tarrés (coord.) *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México, FLACSO, México, 2013, p. 70.
201. PÉREZ Valerino, Daney Ricardo. La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI [en línea] URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi082013.htm (Consultado 16.08.2017; 14:22)
202. PlayGround. “La nueva lista de Bloomberg con los 50 países más sanos no gustará en Sudamérica”, 12 de julio de 2017 [en línea] URL: https://www.playgroundmag.net/food/sano-mundo-crisis-economica-estragos_22584139.html (Consultado 21.10.2017; 14:39)
203. POSADAS Velázquez, Ruslan. “Apuntes sobre las reflexiones teóricas de Ulrich Beck” en *Revista de Estudios Políticos de la UNAM*, novena época, núm. 37 (enero-abril, 2016): p. 33.
204. PRADO Lallande, Juan Pablo. “La cooperación internacional para el desarrollo de México. Un análisis de sus acciones, institucionalización y percepciones” en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Vol. 59, núm. 222, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPyS)-UNAM, Ciudad de México, 2014; p. 53.
205. Proyecto Mesoamérica. Logros y Avances: Años 2008-2015 [en línea] URL: http://www.proyectomesoamerica.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=793&Itemid=281 (Consultado 26.02.2018; 15:37)
206. QUIJANO Narezo, Manuel. “México en las relaciones internacionales de salud” en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 25, núm. 5. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP): México. 1983; pp. 519-520.
207. REBOLLEDO, Ruy Alonso. “¿Cómo le va a la industria farmacéutica en México?” en *El Economista*, 10 de junio de 2017 [en línea] URL: <http://eleconomista.com.mx/industrias/2017/06/10/como-le-va-industria-farmaceutica-mexico> (Consultado 10.08.2017; 10:10)
208. Red Social de Promoción de la Salud “A pie de Barrio (ApB)”. “Antropología de la Salud” [en línea] URL: http://www.cmpa.es/v_juventud/apartados/apartado.asp?te=5439 (Consultado 26.01.2018; 23:53)
209. REGAZZONI, Carlos Javier. *La Política de la Salud Global: agenda, actores y perspectivas*. Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales (CARI): Buenos Aires, 2007; p. 3. [en línea] URL: <http://www.cari.org.ar/pdf/salud-global.pdf> (Consultado 30.09.2018; 18:42)
210. RIVAS Moreno, Juan. “Opio para el pueblo, la droga que aseguraba el monopolio del té” en *El Mundo*, sección “La Aventura de la Historia”, 25 de junio de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/la-aventura-de-la-historia/2014/06/25/53aa95d8ca474106308b457a.html> (Consultado 29.04.2018; 13:26)
211. ROBERTS, Ivor. Chapter 1 “Diplomacy - A Short History”, p. 5 en *Satow's Diplomatic Practice*, editado por Ivor Roberts, 6º Ed. Oxford, Oxford University Press, 2009 [en línea] URL: http://archives.cerium.ca/IMG/pdf/Roberts_2009_Diplomacy_A_short_history-1.pdf (Consultado 19.09.2017; 19:34)

212. ROJO Pérez, Nereida y Rosario García. “Sociología y Salud. Reflexiones para la acción” en *Revista Cubana Salud Pública*, Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay", Vol. 26, núm. 2, 2000; p. 2 [en línea] URL: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_2_00/spu03200.pdf (Consultado 26.01.2018; 21:31)
213. ROURKE, John. *International Politics on the World Stage*. McGraw-Hill, Nueva York, 2008, pp. 640
214. RUEDA-BARRERA, Eduardo Alfonso. “Teoría Crítica, riesgo y justicia en salud pública” en *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, Pontificia Universidad Javeriana: Colombia, Vol. 11, núm. 22, 2012, p. 15.
215. RUELAS Barajas, Enrique. “La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud” en Manuel Urbina Fuentes y Miguel Ángel González Block. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. INSP, México. 2012; pp. 131.
216. SALOMÓN, Mónica. “La Teoría de las Relaciones Internacionales en los albores del siglo XXI: diálogo, disidencia, aproximaciones” en *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, núm. 56, 2002; p. 5.
217. SALVATIERRA Arreguín, Hugo. “Turismo médico: un mercado en sala de espera” en *Forbes México*, 8 de junio de 2016 [en línea] URL: <https://www.forbes.com.mx/turismo-medico-un-mercado-en-sala-de-espera/> (Consultado 24.07.2017; 19:03)
218. SALVATORRE, Manuel. “La incapacidad sueca para controlar las violaciones: ‘Estamos desbordados’” en *La Gaceta*, sección “Europa”, 4 de septiembre de 2017 [en línea] URL: <https://gaceta.es/europa/un-video-muestra-la-incapacidad-de-las-autoridades-suecas-para-controlar-la-oleada-de-violaciones-20170904-1118/> (Consultado 09.02.2018; 22:35)
219. SDH-Net. Infografía “El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud”, diseñado por el INSP-México (traducción financiada por la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud de México) [en línea] URL: http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/recursos/SPA_infografico.pdf (Consultado 21.03.2018; 12:02)
220. Secretaría de Turismo de México (SECTUR). “México, Referente En Turismo Médico A Nivel Mundial: Enrique De La Madrid” en Prensa, 5 de septiembre de 2017 [en línea] URL: <https://www.gob.mx/sectur/prensa/mexico-referente-en-turismo-medico-a-nivel-mundial-enrique-de-la-madrid?idiom=es> (Consultado 16.09.2017; 15:57)
221. SEMPLE, Kirk. ‘Estamos perdiendo la batalla’: la tuberculosis golpea a una Venezuela en crisis en *The New York Times*, sección “América Latina-Venezuela”, 20 de marzo de 2018 [en línea] URL: <https://www.nytimes.com/es/2018/03/20/tuberculosis-hospitales-venezuela-crisis/> (Consultado 21.09.2018; 22:55)
222. SHELLEY, Mary. *El Último Hombre* (III Volúmenes) [en línea] URL: <https://freeditorial.com/es/books/el-ultimo-hombre-volumen-i> (Consultado 20.08.2018; 14:20)
223. Sin Embargo (Redacción). “Los mexicanos gastan 41% de sus ingresos en salud... porque el Gobierno no invierte: informe” en *Sin Embargo*, sección “Economía”, 12 de noviembre de 2017 [en línea] URL: <http://www.sinembargo.mx/12-11-2017/3348116> (Consultado 12.11.2017; 15:34)
224. Sin Embargo. “Protesta contra la reforma de salud en Nicaragua deja 3 muertos y varios heridos; censuran a televisoras”, en *Sin Embargo*, sección “Mundo”, 20 de abril de 2018 [en línea] URL: <http://www.sinembargo.mx/20-04-2018/3409735> (Consultado 30.04.2018; 18:55)

225. SSA. *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 “Diagnóstico General de la Salud de la Población”* [en línea] URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf (Consultado 09.10.2017; 12:36)
226. SSA. 2017. *Manual de Organización Específico de la Dirección General de Relaciones Internacionales*, p. 14.
227. SSA. *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 “Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud”* [en línea] URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf (Consultado 09.11.2017; 13:24)
228. SSA. Portal de la DGRI [en línea] URL: <http://www.dgri.salud.gob.mx/interior/migrante.html> (Consultado 14.02.2018; 13:25)
229. STIGLITZ, Joseph E. “Una gran oportunidad para la salud global: Es esencial desvincular los incentivos a la I+D de los precios de los medicamentos” en *El País*, sección “Opinión”, 26 de mayo de 2012 [en línea] URL: http://economia.elpais.com/economia/2012/05/25/actualidad/1337956626_236385.html (Consultado 10.08.2017; 12:19)
230. STIGLITZ, Joseph E., Amartya Sen y Jean-Paul Fitoussi. *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*. The New Press: New York, 2010; pp. 176.
231. TARRE, Alejandro. “Verdades de la diplomacia médica cubana” en *El País*, sección “Tribuna”, 29 de septiembre de 2016 [en línea] URL: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/05/25/actualidad/1432575666_671753.html (Consultado 12.05.2017; 12:41)
232. TEJADA de Rivero, David A.. “Teoría Y Práctica De La Salud Pública en el contexto de las crisis actuales en América Latina. Algunos conceptos para una unidad de doctrina en la definición del tema”; p. 3 [en línea] URL: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/08/La-teoria-y-la-practica-en-la-salud-David-Tejada-de-Rivero.pdf> (Consultado 09.02.2018; 01:03)
233. TERRÉS, Gabriel. “Diplomacia pública 2.0: una propuesta virtual para un mundo real” en *Revista Mexicana de Política Exterior N°92*. Instituto Matías Romero, SRE: Ciudad de México, 2011; pp. 97-126.
234. The Economist. 2008. Global Health: “The Price of Being Well. Is it time for a new paradigm for health and development? A heavyweight panel with an egalitarian ideology claims to have found one”, 28 de agosto de 2008 [en línea] URL: <http://www.economist.com/node/12009974> (Consultado 03.01.2018; 11:13)
235. The Global Health Diplomacy Network (GHD-NET). *National Strategies* [en línea] URL: <http://www.ghd-net.org/health-diplomacy-action/national-strategies> (Consultado 21.03.2018; 17:23)
236. The Journal of Global Health. What is Global Health? Why is This Important? [en línea] URL: <http://www.ghjournal.org/what-is-global-health/> (Consultado 25.12.2017; 03:07)
237. The Lancet Commission on Investing in Health. *Salud Global 2035: Un mundo convergiendo en el lapso de una generación*. Traducción del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Secretaría de Salud de México (en la traducción participaron Mariana Bercianos Bula y Baudelio Ramírez Loya), 2013; pp. 81 [en

- línea] URL: <http://www.globalhealth2035.org/sites/default/files/launch/global-health-2035-spanish.pdf> (Consultado 08.08.2017; 11:54)
238. The Lancet. Highest, median and lowest SDG index scores for 2015 [en línea] URL: <http://www.thelancet.com/infographics/sdg> (Consultado 02.08.2017; 10:31)
239. The Lancet. The Global Burden of Disease Study (GBD) (2010, 2013, 2015, 2016) [en línea] URL: <http://www.thelancet.com/gbd> (Consultado 10.03.2018; 23:12)
240. The Lancet. The Lancet Commissions. *Global health 2035: a world converging within a generation*, Vol. 382, núm. 9908. 2013 [en línea] URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext) (Consultado 08.08.2017; 19:31)
241. TOMASSINI, Luciano O. “El Marco de Análisis de la Política Exterior” en *Cursos de derecho internacional de Vitoria-Gasteiz = Vitoria-Gasteizko nazioarteko zuzenbide ikastaroak*, núm. 1, pp. 119-162. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea: País Vasco, 1990; p. 137.
242. Universitat de Barcelona. Temario de la Asignatura Ciudadanía y Género en la Europa Contemporánea [en línea] URL: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/bienestar/introduccion/marshall.htm> (Consultado 03.07.2017; 08:58)
243. URIBE Gómez, Mónica y Raquel Abrantes Pêgo. “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, Vol. 21, núm. 42. FLACSO: México, 2013; p. 136.
244. VALERIO, María. “La Salud de un mundo global” en *El Mundo*, 23 de junio de 2014 [en línea] URL: <http://www.elmundo.es/salud/2014/06/23/53a41222e2704e387a8b4581.html> (Consultado 15.05.2017; 10:51)
245. VELÁSQUEZ, Germán. *Algunas cuestiones clave relacionadas con el acceso a los medicamentos y la propiedad intelectual*, El Centro del Sur-Farmamundi, 188 pp. [en línea] URL: <http://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf>
246. VELÁSQUEZ, Luis Eliseo. *Salud y Relaciones Internacionales: Elementos para la discusión*. 2008 [en línea] URL: <https://ssi.campusvirtualsp.org/files/2008/.../relacionesinternacionalesysalud0810081.doc> (Consultado 18.05.2017; 12:24)
247. VELÁZQUEZ Flores, Rafael, et. al. *Teorías de las Relaciones Internacionales en el siglo XXI: interpretaciones críticas desde México*. BUAP, UABC, UANL, UPAEP, México, 2014, p. 140
248. VÉLEZ Arango, Alba Lucía. “La Protección de la Salud en la Filosofía Liberal” en *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 15, núm. 1, 2010; p. 75.
249. VIDAL Villa, José María. *Mundialización*. Antrazj, Icaria, 1996, p. 83.
250. VILARIÑO Pintos, Eduardo. *Curso de Derecho Diplomático y Consular. Parte General y textos codificados*. Tecnos: Madrid, 1987; p. 90.
251. VILLANUEVA Lira, José Ricardo. “1919: ¿La fundación de la disciplina de Relaciones Internacionales?” en *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, núm. 125, mayo-agosto de 2016; p. 15.
252. VILLANUEVA Rivas, César. *La Imagen de México en el Mundo 2006-2015*. Editorial Universidad Iberoamericana: Ciudad de México, 2016; p. 13.

253. VILLANUEVA Ulfgard, Rebecka. Introducción: “La agenda de desarrollo para después de 2015: hacia un nuevo contrato social global para México” en *Revista Mexicana de Política N°103 “México y la agenda de desarrollo para después de 2015”*, Instituto Matías Romero-SRE: Ciudad de México. 2015; p. 16.
254. WHO. Programme budget 2014–2015 [en línea] URL: <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2014/Programme/Description/> (Consultado 15.05.2017; 13:24)
255. WHO. Programme budget 2014–2015 [en línea] URL: http://www.who.int/about/resources_planning/PB14-15_en.pdf (Consultado 15.05.2017; 13:24)
256. WHO. Programme budget 2018–2019 [en línea] URL: http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/PB2018-2019_en_web.pdf?ua=1 (Consultado: 14.02.2018; 22:03)
257. WHO. Resolution WHA68/2015/REC/1. Programme budget 2016–2017 [en línea] URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27 (Consultado 15.05.2017; 14:24)
258. WHO. Social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008 [en línea] URL: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/ (Consultado 11.11.2017; 09:45)
259. WHO. The WHO Programme Budget Portal [en línea] URL: <http://open.who.int> (Consultado 25.12.2018; 23:14)
260. WHO. Trade, foreign policy, diplomacy and health: Global Health Diplomacy [en línea] URL: <http://www.who.int/trade/diplomacy/en/> (Consultado 14.2.2017; 11.17)
261. WHO. WHO's work with the United Nations: Global health and foreign policy in the UN [en línea] URL: <http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-foreign-policy/en/> (Consultado 21.02.2017; 22:50)
262. WITKER Velásquez, Jorge Alberto. *Derecho del Comercio Exterior*. IIJ-UNAM, México, 2011, p. 4.
263. World Federation of Academic Institutions for Global Health (WFAIGH). Who We Are [en línea] URL: <http://www.wfaigh.org/template/who-we-are.html> (Consultado 05.03.2018; 12:14)
264. ZACHER, Mark W. y Richard A. Matthew. “Liberal International Theory: Common Threads, Divergent Strands” en Charles Kegley (ed.) *Controversies in International Relations Theory*. St. Martin's Press, Nueva York, 1995, pp. 107-150