

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

ESCUELA DE GRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Y POLÍTICA PÚBLICA, CAMPUS CIUDAD DE MÉXICO

*Gobernanza Internacional en el Sector Salud: Análisis
Comparativo entre México y Francia*



TECNOLÓGICO DE MONTERREY

EGAP

Escuela de Graduados en
Administración Pública y Política Pública



TECNOLÓGICO
DE MONTERREY

Biblioteca
Campus Ciudad de México

Nicolas Collin

Proyecto de Investigación Aplicada

Maestría en Estudios Internacionales

Asesor: Dr. Armando Arredondo

Diciembre de 2009

ÍNDICE

Índice de siglas	3
Resumen ejecutivo	5
Introducción	6
Capítulo 1: Marco teórico - contextual	11
1.1 Concepto de salud	11
1.2 Concepto de gobernanza.....	14
1.3 Gobernanza en salud.....	16
1.4 Evolución histórica de la cooperación y gobernanza en salud	18
1.5 Conceptos alrededor de la "influenza A(H1N1)"	20
Capítulo 2: Gobernanza en salud en condiciones "normales"	23
2.1 Introducción.....	23
2.2 Gobernanza global	23
2.3 Gobernanza en México	37
2.3.1 El sistema de salud en México: Visión general.....	37
2.3.2 Actores	40
2.3.3 Procesos de toma de decisión.....	40
2.3.4 Relación con la OPS/OMS.....	47
2.4 Gobernanza en Francia	51
2.4.1 El sistema de salud en Francia: visión general.....	51
2.4.2 Actores	52
2.4.3 Procesos de toma de decisión.....	52
2.4.4 Relación con la OMS	58
2.5 Comparación entre Francia y México.....	58
Capítulo 3: Cambio de gobernanza en crisis sanitaria: el caso de la Influenza A(H1N1).....	60
3.1 Introducción.....	60
3.2 Gobernanza global durante la crisis sanitaria.....	60
3.3 Cambio de gobernanza en Francia	64
3.3.1 Manejo de la crisis a nivel nacional	64
3.3.2 Manejo de la crisis a nivel internacional.....	66
3.4 Cambio de gobernanza en México.....	67
3.4.1 Manejo de la crisis a nivel nacional	68
3.4.2 Manejo de la crisis a nivel internacional.....	77
Conclusiones y propuestas	79
Bibliografía	85
Anexo 1.....	94
Anexo 2.....	95
Anexo 3.....	99
Anexo 4.....	100
Anexo 5.....	103

Índice de siglas

- AMS: Asamblea Mundial de la Salud
- ARH: Agencias Regionales de Hospitalización
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo
- CDC: Centre for Disease Control and Prevention
- CMU: Couverture Maladie Universelle, Cobertura Universal para la Enfermedad
- COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
- FMI: Fondo Monetario Internacional
- FRENPAVIH: Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida
- IMSS: Instituto México del Seguro Social
- ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- MSF: Médicos Sin Fronteras
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OGM: Organismos Genéticamente Modificados
- OEA: Organización de los Estados Americanos
- OHLN: Organización de Higiene de la Liga de las Naciones (Fundada en 1923), también denominada Organización Internacional Permanente de Higiene (OIPH) o Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (OHSN).
- OIE: Organización Mundial de Sanidad Animal
- OIHP: Oficina Internacional de Higiene Pública (Fundada en 1907)
- OIT: Organización Internacional del Trabajo
- OMC: Organización Mundial del Comercio
- OMD: Objetivos del Milenio para el Desarrollo
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONDAM: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie; Objetivo Anual del Gasto de la Seguridad para la Enfermedad
- ONG: Organización No Gubernamental
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil.

PROFECO: Procuraduría Federal del Consumidor

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PNUMA: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

RSI: Reglamento Sanitario Internacional

SAGARPA: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, Gobierno Federal de México

SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Gobierno Federal de México

SE: Secretaría de Economía, Gobierno Federal de México

SEDENA: Secretaría de Defensa Nacional, Gobierno Federal de México

SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno Federal de México

SEGOB: Secretaría de Gobernación, Gobierno Federal de México

SEMARNAT: Secretaría de Medio-Ambiente y Recursos Naturales, Gobierno Federal de México

SEP: Secretaría de Educación Pública, Gobierno Federal de México

SHCP: Secretaría de Hacienda y del Crédito Público, Gobierno Federal de México, Gobierno Federal de México

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SPS: Seguro Popular de Salud

SSA: Secretaría de Salud, Gobierno Federal de México

SSP: Secretaría de Seguridad Pública, Gobierno Federal de México

STPS: Secretaría de trabajo y Previsión Social, Gobierno Federal de México

UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie; Unión Nacional los Fondos de Seguridad para Enfermedad (Seguridad Social).

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNOCAM: Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie; Unión Nacional de los Organismos Complementarios de Seguridad para Enfermedad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen ejecutivo

En el mundo cada vez más globalizado, la salud se ha convertido en un ámbito interdependiente, es decir, los temas económicos, sociales y políticos internacionales tienen una injerencia recíproca sobre ésta. El presente trabajo se enfoca a estudiar los procesos de toma de decisiones en el ámbito de la salud, tanto a nivel global, como a nivel nacional, explorando y comparando dos casos particulares, Francia y México. Se estudian los diferentes actores e intereses cuya interacción resulta en la formulación de políticas y decisiones de salud. A nivel global, se destaca principalmente la influencia de la OMS, que se limita a definir una agenda internacional de salud y actuar como referencia mundial en término de normatividad. Sin embargo, su influencia sobre las políticas de salud en Francia o México es muy baja. La gobernanza en el sector salud en México es caracterizada por un relativamente débil papel de la sociedad civil, un fuerte peso de los partidos en el poder en las entidades federales al momento de la implementación de reformas y un papel preponderante de la Secretaría de Salud. En Francia, la gobernanza en el sector salud tiene una integración mayor de las organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones de salud a todos los niveles, aunque el Ministerio de salud y el Parlamento ejercen un fuerte control en el sistema de salud.

Finalmente, se plantea la hipótesis de un cambio de gobernanza en caso de una crisis sanitaria como la conocida en 2009 con la "Influenza A(H1N1)". Ésta se caracteriza por una reducción sustancial en el número de actores en la toma de decisión, tanto a nivel global, como a nivel de los países. Las autoridades sanitarias gubernamentales se vuelven las únicas fuentes de decisión, lo que se traduce en una "cooperación obligada" de las demás secretarías y actores. A nivel internacional, los límites de la OMS en incidir en las decisiones de los Estados se han vuelto obvios frente a las decisiones unilaterales de imponer restricciones al movimiento de personas o al comercio. Se cuestiona entonces la necesidad de replantear la efectividad y utilidad del sistema actual de alerta epidemiológica de la OMS, y de manera más general el papel que los Estados le quieren dar a la OMS para adoptar medidas de seguridad sanitaria globales.

Introducción

La salud, dentro de los ámbitos nacional, regional e internacional, ha supuesto siempre un elemento de convergencia entre diversos tipos de actores. Es decir, desde épocas antiguas, la salud ha sido un factor que da pie a la gobernanza y cooperación para prevenir y abordar problemáticas relacionadas; lo anterior puesto que la salud no es un factor que reconozca fronteras o que pueda ser atendido por un único actor. Sin embargo, los esfuerzos de gobernanza y cooperación que atienden a la salud han evolucionado según la acepción de ésta.

En el 1945, el derecho a la salud estaba incluido en la Carta de la Naciones Unidas como derecho fundamental necesario para la estabilidad mundial:

"Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, [...], la Organización promoverá: [...] La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos;" (Art.55, Carta de las Naciones Unidas, 1945).

Sesenta años después de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la salud se ha convertido en un factor mucho más trascendental que influye sobre la "estabilidad y el bienestar" mundial. Como ejemplo de su importancia en las preocupaciones mundiales, tres de los ocho Objetivos del Milenio para el Desarrollo (OMD) definidos por la ONU tras la cumbre del Milenio en 2000, están directamente centrados en la salud:

- Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

La salud se encuentra en la encrucijada de la casi totalidad de las problemáticas internacionales que se debaten hoy en día. Por un lado, la salud es vista como una meta que se alcanza a través del desarrollo económico, social y político, y por otra parte, se considera cada vez más como un factor esencial que permite el desarrollo económico, social y humano en general. Este doble papel es particularmente ilustrado en el ámbito

de la educación: se mejora la salud a través de la educación de las poblaciones pero también la salud permite que no haya ausentismo escolar y laboral, base de un desarrollo económico sostenible. Además es un elemento clave de la seguridad. En el marco del relativamente nuevo concepto de seguridad humana, que va más allá de la sola seguridad física, se incluye entre otros temas: salud, medio-ambiente, derechos humanos, desarrollo económico y social.

En el mundo cada vez más globalizado, existe una creciente interdependencia no sólo entre los Estados sino también entre diversos ámbitos de interacción. En este contexto, la gobernanza en salud se ha vuelto un elemento sumamente importante en la gestión de las problemáticas internacionales. Los procesos que llevan a la formulación de políticas internacionales, regionales y nacionales de salud superan los esfuerzos de control de expansión de las epidemias. Éstos interactúan con numerosos asuntos; entre otros, se encuentran el comercio (por ejemplo, negociaciones del uso de los derechos de propiedad intelectual, conocidos como Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), en el marco de la Organización Mundial del Comercio), las relaciones diplomáticas (por ejemplo: las relaciones entre China y México resultantes del trato de ciudadanos Mexicanos en territorio Chino por sospecha de estar contaminados por el H1N1), los mercados laborales internos (por ejemplo: el trato de personas seropositivas en el mercado laboral). Como consecuencia de la multiplicidad de los intereses involucrados en el ámbito de la salud, existe un gran número de actores que participan en su gobernanza, tanto al nivel global como regional o nacional (doméstico). El reto principal al cual se enfrenta el mundo hoy en día en el ámbito de la salud es: *¿Cómo lograr la cooperación y la coordinación de todos estos actores para "alcanzar el grado más alto posible de salud para todos los pueblos"*¹?

Al nivel nacional, la participación de estos actores depende de muchos factores intrínsecos de cada Estado, en particular el grado de participación civil y los mecanismos de financiamiento del sistema de salud pública. Según cifras de la OMS, en el 2007, los gastos de salud (privados y públicos) en México representaban 6.5% de su Producto Interno Bruto (PIB), y en Francia 10.9% del PIB. Sin embargo, para el mismo

¹ Es la finalidad de la Organización Mundial de la Salud tal como está definida en su constitución.

año, el estado Mexicano financia 46.5% del gasto total en salud mientras el estado Francés 79.2%². En la casi totalidad de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la salud es financiada en un 75% por el gobierno, con excepción de Estados Unidos, México y Corea que están muy por debajo de esta cifra. El reto al cual intentan responder todos los gobiernos del mundo es mantener la accesibilidad universal a la salud y una alta calidad de ésta con un financiamiento sostenible. En el *Informe sobre la Salud en el Mundo del 2000* publicado por la OMS, Francia fue considerada como el mejor sistema de salud del mundo. Sin embargo, los problemas crónicos de déficit en el sistema de salud, que han crecido cada año, han provocado reformas para intentar convertirlo financieramente más "viable". En México como en Francia, las reformas pretenden lograr un uso más eficiente de los recursos dedicados a la salud, particularmente a través de procesos de descentralización para responder a las necesidades particulares de la población de cada región, estado, y localidad (o municipio). Con estos esfuerzos de racionalización de recursos, se espera mejorar el trinomio accesibilidad-calidad-autofinanciamiento. El equilibrio entre los tres componentes es, sin embargo, difícil de alcanzar, y resulta de la negociación permanente entre los actores involucrados en cada uno de ellos; entre otros: Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, sindicatos de los profesionales de la salud, partidos políticos, y los usuarios de los servicios de salud.

Partiendo de los planteamientos anteriores, este trabajo pretende analizar la gobernanza en el sector salud, considerando dos niveles de gobernanza: el nivel global y el nivel nacional, enfocándose al análisis comparativo de México y Francia. No se abordará el nivel local, esto debido a que el tiempo de investigación requerido para llevar a cabo el estudio a ese nivel no permite que se incluya aquí.

Se tomarán en cuenta no sólo las diferencias entre los dos niveles sino también las interacciones entre ellos que llevan a la formulación y aplicación de medidas y políticas de salud pública en ambos países. Se propone aplicar los elementos de la gobernanza en salud (definidos en el capítulo 1) a cada nivel y cada país, concentrándose particularmente en: los actores, las normas o reglas del juego (formales

² Véase para mayor referencia: *National Health Accounts (WHOSIS)*, en <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>

e informales), los puntos nodales (interacción entre los actores), los procesos de negociación (negociaciones interministeriales, participación de la sociedad civil nacional/internacional) y los procesos de toma de decisiones.

Se decidió estudiar los casos de México y Francia con base en la idea de poner en relieve las diferencias de gobernanza en salud entre un país considerado como desarrollado, Francia, y un país en vías de desarrollo con una democracia joven (y una participación de la sociedad civil limitada), México. Además, dada su creciente importancia en la coordinación mundial de políticas de salud, se decidió dar un espacio importante al papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la gobernanza global y a sus interacciones con México y Francia. Los estudios sobre la gobernanza en salud en México, y de manera más general en América Latina, son relativamente escasos a pesar de los problemas importantes de salud pública que existen en estos países. El estudio de las interacciones de los actores internacionales con los nacionales, gubernamentales y no-gubernamentales, o la falta de éstas, es muy importante para entender los procesos de formulación de políticas así como los retos que se plantean hoy en día para mejorar la salud.

Para establecer el marco teórico-contextual, se realizó un trabajo de investigación bibliográfica constituido por fuentes académicas latinoamericanas, europeas y estadounidenses; además se consultaron fuentes oficiales de los organismos intergubernamentales (en particular la OMS), y de los gobiernos mexicano y francés. En el caso del estudio de la crisis del H1N1, se utilizaron también artículos de prensa de ambos países. Finalmente, se recurrió a entrevistas semiestructuradas con personal académico y gubernamental para complementar este estudio.

El trabajo está constituido por tres capítulos. En el primero, se presentará un marco teórico - contextual en el cual se definirán y contextualizarán los conceptos esenciales que se utilizarán a lo largo del documento: *salud, gobernanza y gobernanza en salud*. Además, se presentará brevemente la evolución de la cooperación en salud y de la gobernanza en salud a nivel mundial. En el segundo capítulo se analizarán la gobernanza en salud al nivel global, liderada por la OMS, y la gobernanza al nivel doméstico en México y en Francia; éste concluirá con un análisis comparativo de los dos países escogidos. En el tercer capítulo, se estudiará específicamente el manejo por

parte de México, Francia y de la OMS, de la "crisis sanitaria relacionada al H1N1". Esta última parte explorará el posible cambio de "gobernanza" en caso de una crisis sanitaria de carácter mundial tanto al nivel doméstico, como regional y mundial.

Finalmente, se presentará una sección de conclusiones y recomendaciones de políticas públicas en materia de gobernanza en salud para ambos países.

Capítulo 1: Marco teórico - contextual

1.1 *Concepto de salud*

Históricamente y de manera generalizada en los diccionarios de francés, español, o inglés, la *salud* se define como "el estado general del cuerpo y de la mente de un individuo en un momento determinado" y como "la ausencia de enfermedades o dolencias". Estas características determinaban el estado de *buena salud* de un individuo (por oposición a una mala salud cuando existe una enfermedad o una dolencia).

Sin embargo, el concepto de *salud* utilizado hoy en día va más allá la simple descripción del estado físico de un individuo. La definición de salud a la cual se recurre generalmente es la que aparece en el preámbulo de la constitución de la OMS: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*"(OMS, 1946). Debido a su aceptación, ésta es la definición que se tomará como referencia a lo largo de este trabajo cuando se hable de *salud*.

La definición del concepto de *salud* es muy importante ya que determina la manera de tratar las problemáticas que son asociadas y el enfoque con el cual se abordan. Si se restringe la salud al simple estado físico de un individuo, las medidas y políticas de mejora de sistemas de salud se concentrarán exclusivamente en medidas sanitarias. Si se considera la salud como un estado de bienestar físico, mental y social del individuo, los ámbitos de acción para mejorarla son múltiples e incluyen medidas y políticas sociales, económicas, educativas y culturales. Además, consecuentemente los actores involucrados son mucho más numerosos que en el caso de una definición "estrecha" de salud.

El componente social de la definición de salud no sólo es un elemento clave para entender su papel como meta a alcanzar, sino también para entender su función como factor del desarrollo humano de la población de un Estado. En 1978, los 134 países miembros de la OMS reunidos en la conferencia de Alma Ata (antigua capital de Kazakhstan), fijaron como objetivo una "salud para todos en el año 2000" promoviendo

la implementación universal de "la atención primaria de salud"³. La declaración de Alma Ata no solamente reiteraba el apoyo incondicional a la definición "comprehensiva" de la salud, sino también afirmaba el papel fundamental de los factores económicos y sociales de la sociedad para alcanzarla: *"El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos[...]"*. En la misma declaración, se consideró a la salud, no sólo como objetivo, sino como instrumento indispensable para el desarrollo económico, social y de seguridad: *"La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.[...]La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad"* (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Desde 1979 hasta mediados de los años 80's, en pleno viraje neoliberal apoyado por los programas de ajustes estructurales del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM), numerosas críticas fueron formuladas sobre la factibilidad del objetivo "una Salud para Todos en el año 2000" establecido en Alma Ata, y sobre el enfoque integral y multisectorial de la mejora de la salud⁴. La fundación Rockefeller, unas la más antiguas y más influyentes Organizaciones No Gubernamentales (ONG) mundiales en el ámbito de salud, declaraba en 1979 que los objetivos de Alma Ata implicaban costos demasiado altos y eran utópicos. La fundación apoyaba acciones limitadas a algunas enfermedades, cuyos costos-beneficios serían lo más grandes: vacunaciones, promoción de amamantamiento más largo, actividades de lucha contra la malaria, y rehidratación oral (Maciocco, 2008). Con esta lógica liberal "costo-beneficio" aplicada a las acciones en salud, nacía el concepto de *atención primaria selectiva de salud* (o *Atención Primaria Sectorial*). En 1982, el Fondo de las Naciones Unidas para

³ Básicamente, la idea que cubre el concepto de "atención primaria de salud" es de proporcionar un servicio de salud mínimo, o básico, accesible a todos los individuos. Se incluye principalmente las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. *Declaración de Alma Ata, 1978.*

⁴ Véase Mahler (2008).

la Infancia (UNICEF), a pesar de ser un co-promotor de la conferencia de Alma Ata, lanzaba a su vez una campaña promoviendo la atención primaria sectorial en cuatro ámbitos que supuestamente tenían mejor relación "costo-beneficio"⁵. Se debilitaba así el concepto comprensivo de salud para privilegiar un concepto puramente sanitario. Frente a esta dinámica, se firmó en 1986 la Carta de Ottawa (resultado de la primera conferencia internacional para la promoción de la salud) en la cual se profundizaba el concepto de salud:

"Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario."
(Carta de Ottawa, 1986).

Con esta Carta, se extendía la salud hasta un concepto amplio de *bienestar*. Sin embargo, el concepto de bienestar físico, mental y social es relativamente subjetivo, pues depende de la autopercepción. ¿Qué sería entonces un estado de buena o una mala salud? Una persona con enfermedades o afecciones crónicas como diabetes, asma, eczema o alergias puede llevar una vida social idéntica a aquellos individuos que no tienen estos "padecimientos" del cuerpo humano. Estas personas pueden considerar que gozan de un estado de bienestar completo. De manera similar, personas con ausencia de afecciones o enfermedades, verían su estado de bienestar como no óptimo a causa de la situación social en la cual se encontrarán, a pesar de que su estado físico-mental es el adecuado para tener una actividad social "normal".

La definición de la salud, entonces, es muy debatible; sin embargo, como se ha mencionado al inicio de este capítulo, se recurrirá en el marco de este trabajo a la

⁵ Entre otros, la rehidratación oral para combatir diarrea, vacunación y la promoción del amamantamiento. Maciocco (2008, pp. 37).

definición proporcionada por la OMS dado la difusión de su uso y su aceptación por los 193 países miembros de la organización⁶.

Es importante apuntar que tanto en México como en Francia, las constituciones otorgan el derecho de protección a la salud sin definir el término. En la legislación francesa, no existe una definición explícita de lo que se entiende por *santé*. El capítulo preliminar sobre los derechos de la persona del "Code de la santé publique" (código de la salud pública) afirma que el derecho fundamental a la protección de la salud será logrado a través de "la prevención y de la garantía del igual acceso de cada persona a la atención necesitada por su estado de salud, del aseguramiento de la continuidad de la atención y de la mejor seguridad sanitaria posible." El enfoque es entonces esencialmente sanitario. En el caso mexicano, la Ley General de Salud expresa más claramente la concepción de salud definiendo las finalidades del derecho a la protección de la salud entre otros como: "I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;"⁷. Los objetivos de salud incluyen de una manera más explícita el aspecto social de la salud que en la legislación francesa.

1.2 Concepto de gobernanza

Aunque ésta exista ya desde hace varios siglos, el término de gobernanza ha sido el objeto de una generalización y difusión en su uso a finales de los años ochentas por su empleo en el trabajo realizado por el Banco Mundial. La organización definía la gobernanza con un enfoque muy económico como "la manera en que el poder es ejercido en la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo". El concepto de gobernanza está estrechamente relacionado con la visión democrática de la formulación de políticas públicas, rescatando en particular la importancia de la participación plural y la acción colectiva. En realidad, la difusión de su uso es

⁶ En el momento de la redacción de este documento, 193 países son miembros de la OMS.

⁷ Incluye también : IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y; VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. *Ley General de Salud, Título primero, disposiciones generales. Artículo 2o.*

relacionado al fenómeno de globalización que conduce a "*repensar los modos de representación política y de participación política*" (Véase Smouts, 1998). Laroche define la gobernanza como "*el conjunto de regulaciones producidas por la proliferación de actores interdependientes*", rescatando así la "*diversidad de los actores y de las interacciones entre ámbitos a priori compartimentados: público/privado; economía/política; interno/externo*" (Véase Dixneuf, 2003, p.4). Plumbre y Graham (1999) incluyeron en la definición "*las interacciones entre las estructuras, procesos y tradiciones que determinan cómo el poder es ejercido, cómo se toman las decisiones y cómo participan los actores*".

El concepto de gobernanza sufrió varias evoluciones y consideraciones pero es importante destacar que la gobernanza es una característica intrínseca a cualquier ámbito donde se toman decisiones o se formulan políticas. No es una variable booleana, que puede tomar solamente dos valores: "existe" o "no existe". Todos los estados tienen una gobernanza⁸. Aun los Estados "no-democráticos" tienen estructuras, procesos de toma de decisiones, que están formalmente definidos (en una constitución, o leyes) o informales, y que involucren a varios actores (sector empresarial, sociedad civil, etc.) o el solo gobierno en el poder. El uso de los calificativos "buena" o "mala gobernanza" son el resultado de un juicio de valor que depende justamente de los valores y convicciones de cada individuo u organización. En general, la "buena o mala" gobernanza se refiere a la combinación del grado de participación plural en la toma de decisiones, muy a menudo considerado como un indicador del carácter "democrático" del proceso, y del grado de transparencia con el cual se llevan a cabo las negociaciones y se formulan políticas. Sin embargo, una gobernanza considerada como "buena", que conlleva una gran participación de la totalidad los actores interesados en el tema discutido y una gran transparencia, no asegura la eficiencia del proceso de toma de decisiones (unos actores pueden nada más bloquear un proceso por diversas razones, a pesar de que sean minoritarios) y tampoco los efectos positivos de la decisión tomada sobre el tema debatido (las decisiones resultantes pueden resultar globalmente negativas para la sociedad en su conjunto). La atribución de un calificativo de "buena o mala" es entonces subjetiva y depende mucho de cómo se considera la democracia como régimen político "eficiente" o "justo".

⁸ Hufty et al. (2006, pp. 35-45).

1.3 Gobernanza en salud

En el marco de este trabajo, se considerará la gobernanza en salud como "*los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones*"⁹ en el ámbito de la salud. De manera más particular, se entiende la gobernanza en salud como "*la manera en que [los actores] del ámbito de la salud interactúan para producir, distribuir y consumir el bien de salud en función de la demanda de servicios y las necesidades de salud a los usuarios*"¹⁰.

Para entender quienes son los actores, es necesario considerar el punto clave de la salud: la prevención. Ésta consiste en establecer los mecanismos causales de las enfermedades: las causas biológicas (¿Cómo la enfermedad afecta el funcionamiento "normal" del cuerpo humano?), los mecanismos de transmisión, las condiciones sociales y económicas, las condiciones ambientales, etc. El objetivo final, en término de salud pública (y para el gobierno), es reducir la demanda de servicios de salud pública¹¹ gracias a la prevención del desarrollo de enfermedades. Es esta "pluri-causalidad" de las enfermedades la que provoca la multiplicidad de los actores involucrados, cada uno con intereses diferentes, a veces convergentes, a veces divergentes.

Los actores que están involucrados (o que se involucran por voluntad propia) en la gobernanza en salud dependen del *nivel* que se considere. Existen múltiples niveles de gobernanza:

- El nivel global: en el cual se toman decisiones al nivel internacional, mundial.
- El nivel regional: en el cual se toman decisiones al nivel de una región. En general las regiones corresponden a grupos de países unidos por acuerdos sanitarios o no (como la Unión Europea) o con lógicas epidemiológicas (por ejemplo África Subsahariana con el SIDA).
- El nivel nacional: en el cual se toma en cuenta las políticas nacionales.
- El nivel Estatal/regional/provincial y/o local/municipal en función del

⁹ Esta definición resulta del Taller "Análisis de Gobernanza en Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe" organizado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC-CRDI), en octubre de 2004 en Montevideo, Uruguay.

¹⁰ Arredondo (2009, p. 46).

¹¹ Mooney (2007).

funcionamiento político-administrativo de cada país. A veces, se considera que el nivel local/municipal podría constituir un quinto nivel de gobernanza.

En los capítulos dos y tres, se concentrará el análisis sobre el nivel global y el nivel nacional, que no deja de lado el nivel regional/estatal, ya que es imposible ignorarlo si se pretende entender los retos de la gobernanza nacional en salud en los casos de México y Francia.

Las interacciones entre los actores se dan dentro del marco de normas o reglas del juego que pueden ser formales (definidas por una ley, un reglamento, etc.) o informales (implícitamente incluidas en los usos y costumbres, culturas en el espacio de interacción de los actores). Paralelamente, esas normas son modificadas por las mismas interacciones entre los actores que discuten, negocian y se ponen eventualmente de acuerdo. Los procesos corresponden a los cambios que conoce la gobernanza: pueden ser la entrada o salida de actores del espacio de interacción, o nuevas reglas del juego.¹²

El estudio de la gobernanza en salud intenta responder a las preguntas ¿Quién?, ¿Dónde? y ¿Cómo?. En el contexto de reformas de los sistemas de salud que México y Francia se están abordando, se debe tomar en consideración dos vertientes de la gobernanza en salud: primero la formulación en sí de la reforma; y segundo, la implementación de ésta. Enfocándose en la reforma, Martine Durand, directora del empleo, del trabajo y de los asuntos sociales de la OCDE en 2004, rescata que para la gobernanza en salud, *"el reto no es tanto saber quién maneja el sistema [de salud], sino garantizar que las responsabilidades son bien definidas y que la entidad gobernante tenga los medios de implementar su política de manera totalmente transparente"*¹³. Esta afirmación puede ser cuestionable en casos donde la informalidad de las relaciones y la débil transparencia del funcionamiento del sistema de salud hacen más relevante el estudio de los actores que manejan realmente el sistema más que de las responsabilidades formales. Sin embargo, se regresará más a profundidad a esta cuestión en el capítulo dos en el cual se retomarán los elementos de la gobernanza en salud tal como fueron definidos aquí para aplicarlos, por una parte, a la gobernanza global liderada por la OMS, y por la otra, a los casos de México y Francia.

¹² Hufty et al., op. cit., p. 41.

¹³ Sénat, Commission des Affaires Sociales (2004).

1.4 Evolución histórica de la cooperación y gobernanza en salud

La salud pública ha sido, desde siempre, un tema de preocupación mayor en cualquier civilización o comunidad. Durante la época griega entre el siglo VII y V antes de cristo, con el desarrollo de la tradición helénica de la filosofía, una nueva concepción del cuerpo humano aparece: éste vive en armonía con su ambiente. Implica un profundo cambio sobre la explicación de la causalidad de las enfermedades. Ya no son provocadas por fuerzas sobrenaturales o divinas castigadoras, sino que son en parte el resultado de la interacción del cuerpo con su entorno.¹⁴

Esta evolución constituye un paso trascendente hacia la gobernanza en salud, pues implica que los hombres tienen la capacidad de influir sobre la salud humana. Se puede, entonces, organizar y formular "políticas" (o mejor dicho, "tomar medidas") para prevenir las enfermedades, y eventualmente curarlas en lugar de remitirse a los dioses.

En el siglo XV, Europa es azotada por varias epidemias de peste que provocan el establecimiento de medidas sanitarias en los principales puertos y ciudades. Venecia y Genova fueron las primeras ciudades en implementar sistemas de cuarentena para los viajeros y comerciantes a su llegada con el fin de evitar la propagación de las epidemias dentro de las ciudades. En 1851, como consecuencia de repetidas epidemias de cólera que afectan toda Europa, Francia toma la iniciativa de reunir en París a doce países (un diplomático y un médico por país) en la primera conferencia sanitaria internacional de la historia. La reunión no dará lugar a un acuerdo por divergencias entre los participantes pero constituye el primer esfuerzo de cooperación internacional para tratar problemas de salud necesariamente transfronterizos. Varias conferencias internacionales se sucedieron con las olas de epidemias de cólera o fiebre amarilla pero ningún acuerdo vio la luz, en gran parte por las reticencias de algunos países de obstruir el comercio marítimo y terrestre. En la segunda conferencia sanitaria en 1859, con la esperanza de encontrar un acuerdo más fácilmente, solamente fueron mandados diplomáticos; ningún médico participó en las negociaciones. Pero tampoco pudieron ponerse de acuerdo, probablemente porque los diplomáticos estaban más preocupados por defender los intereses económicos que la situación sanitaria de la población.¹⁵

Como se ha expuesto, ya para el siglo XIX se observan por primera vez dos

¹⁴ Mooney, Op. Cit.

¹⁵ Véase Laget, 2004.

aspectos clave de la gobernanza en salud: 1) Los primeros intentos de cooperación internacional en asuntos de salud; 2) Los primeros obstáculos para lograr acuerdos: la multiplicidad de los intereses que no siempre convergen (los intereses comerciales frente a la salud pública), y como consecuencia de éstos, la priorización de los temas (lo económico más importante que la salud).

Finalmente, después de varias conferencias internacionales organizadas hasta finales del siglo XIX, se crearon organizaciones internacionales de salud, primero en 1907 con la *Oficina Internacional de Higiene Pública* (OIHP), y luego en 1923 con la *Organización de Higiene de la Liga de las Naciones* (OHLN)¹⁶ creada al margen de la OIHP, misma que se transformará en la Organización Mundial de la Salud en el momento de la disolución de la Liga de las Naciones y creación de la ONU. La OHLN tenía como misión atacar "*los problemas cuya solución presenta un interés general y práctico, y exige la colaboración de científicos, institutos científicos y administraciones sanitarias, de varios países*" (Véase el anexo 1). En ese entonces, las actividades de la organización ya implicaban a varios actores: las dependencias de gobierno encargadas de la salud pero también actores no gubernamentales. Aunque no muy amplia, la participación plural en la gobernanza en salud se volvía entonces explícita.

Es finalmente en la segunda mitad del siglo XX, con la creación de la OMS que crecieron de manera sustancial los mecanismos de cooperación internacional en materia de salud acompañados de las grandes interdependencias en los ámbitos que componen la gobernanza global en salud hoy.

Primero la OMS es dotada de una *Asamblea de la Salud* donde quedan representados todos los países miembros, permitiendo las interacciones intergubernamentales. Segundo, el artículo 18 de su constitución reconoce la posibilidad de participación de "organizaciones internacionales o nacionales, gubernamentales o no" en las sesiones de la Asamblea, en sus comisiones o conferencias, y la posibilidad de cooperación con "instituciones oficiales o no oficiales de cada estado miembro" para dirigir y realizar trabajos de investigación. La OMS tiene además la facultad de redactar y adoptar convenciones, acuerdos o reglamentos que los Estados Miembros deben de cumplir, facultad que fue concretizada particularmente en 1969 cuando se adoptó el

¹⁶ También denominada como "Organización Internacional Permanente de Higiene" (OIPH) o "Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones" (OHSN).

primer Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que agrupaba los antiguos reglamentos de intercambio de información epidemiológica sobre el cólera, la peste bubónica y la fiebre amarilla¹⁷. Un paso mayor de la gobernanza global en salud se dio en 1978 con la conferencia de Alma Ata. Ésta daba un viraje fundamental en la manera de abordar las problemáticas de salud, desarrollando un enfoque horizontal de la salud basado en los sistemas de salud en lugar de adoptar el enfoque tradicional de programas verticales dirigidos hacia una enfermedad en particular. Según el Director General de la OMS en ese entonces, Halfdan Mahler, esa conferencia fue el resultado de una demanda no solamente de la OMS, sino también de muchas ONG, instituciones y de los propios países miembros. En ese periodo de guerra fría, la organización era ya el terreno de enfrentamientos extrasanitarios; cada potencia tenía su "enfermedad preferida": los Estados-Unidos favorecía la lucha contra el paludismo mientras la unión soviética la erradicación de la viruela¹⁸. Las decisiones de la organización eran ya en ese entonces altamente influidas por el contexto político internacional.

Hoy en día, la gobernanza global en salud involucra numerosos actores que no pertenecen exclusivamente al mundo sanitario; trata temas como el comercio, los sistemas de salud, las situaciones de emergencias sanitarias en zonas de conflicto o de catástrofes naturales, los movimientos de las personas, el bioterrorismo, seguridad alimenticia, el medio ambiente (y cambio climático), etc. Es en este contexto que este trabajo examinará en el siguiente capítulo las dinámicas actuales de la gobernanza global en salud.

1.5 Conceptos alrededor de la "influenza A(H1N1)"

En el capítulo tercero se examinará particularmente la gobernanza en materia de salud surgida a partir de la "pandemia" de influenza A (H1N1) iniciada en el año 2009 y que aún persiste. Para entender bien la peculiaridad de la situación, se presentan a continuación algunas definiciones y consideraciones al respecto.

Todos los años la población mundial sufre de una epidemia producida por el virus de la "influenza", comúnmente llamada "gripa", que causa centenas de miles de muertos (entre 250 000 y 500 000 por año; y entre 3 a 5 millones de casos graves¹⁹).

¹⁷ Véase Avilés, 2006, p.5.

¹⁸ Mahler, Op. Cit.

¹⁹ Véase para mayor referencia: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/cn/print.html>.

Generalmente, los decesos se concentran en la población cuyo sistema inmunológico (es decir, sus funciones de autodefensa contra agentes infecciosos externos) es débil: niños, mayores de edad y enfermos que tienen deficiencias crónicas o temporales en su sistema inmunitario. Para evitar altas tasas de contagio y elevados costos de tratamiento de la enfermedad, los gobiernos de los países desarrollados realizan campañas de vacunación, sobre todo enfocadas a los grupos antes referidos.

Cada año el virus sufre una pequeña modificación en su código genético (estructura del virus que permite identificarlo y preparar vacunas específicas contra éste), lo que obliga a los laboratorios farmacéuticos a adaptar también las vacunas para que sean eficaces en contrarrestar el nuevo virus. Sin embargo, este no fue el caso de la influenza AH1N1, pues el virus es completamente diferente a los virus conocidos en los años pasados. Ninguna vacuna se probó eficaz para combatirlo. El mayor problema de este nuevo virus es la capacidad que tiene para afectar a las poblaciones "jóvenes" (10-45 años) cuyos sistemas inmunitarios son considerados más fuertes (y con una recuperación más rápida). Es por ello que, en tanto una población más amplia puede ser afectada por el AH1N1 (población joven), comparada con aquella que es afectada por la influenza clásica, los impactos en lo sanitario, económico y sobre la sociedad en general pueden ser mayores. El nuevo virus implica altos costos de atención al paciente contagiado, costos para la economía que pierde fuerza laboral durante el periodo de curación y recuperación, y costos humanos (muertes).

Cuando una epidemia alcanza un cierto grado de contagio (tanto en término de número de enfermos como de expansión geográfica pero NO en gravedad de la enfermedad), se habla de *pandemia*. Actualmente se utiliza este término, por ejemplo, para referirse al VIH/SIDA (2.5 millones de nuevos enfermos y 2 millones de muertos para el año 2007; el 23% de éstos son por combinación con la tuberculosis), al paludismo (250 millones de casos y un millón de muertos en el 2006) y a la tuberculosis (9.2 millones de nuevos casos y 1.3 millones de muertos en 2007).^{20,21,22}

Diversos episodios mortales de pandemias de gripa han ocurrido a lo largo de la historia, de entre los cuales el más importante, por su alcance, fue la gripa española que dejó, según las estimaciones, entre 35 y 50 millones de muertos durante el periodo

²⁰ World Health Organization (2008), *World Malaria Report 2008*.

²¹ UNAIDS (2008), *2008 Report on the global AIDS Epidemic*.

²² World Health Organization (2009), *WHO Report 2009, Global tuberculosis Control*.

comprendido entre 1918 y 1919. Aunque de menor tamaño, entre 1997 y 2003 Hong Kong también sufrió una epidemia de influenza A(H5N1), llamada gripa aviar, que se transmitía del ave al humano. Sin embargo, en el caso del H1N1, el virus se transmite humano a humano. Es por ello que las grandes concentraciones de personas en zonas urbanas y una importante movilidad de éstas alrededor del mundo son factores que hacen temer las autoridades, pues las epidemias que solían ser locales en siglos pasados pueden convertirse potencialmente pandemias globales. Hoy en día los tiempos a disposición de las autoridades para reaccionar frente a una posible epidemia son mucho más limitados que en épocas durante las cuales las conexiones entre países y continentes eran mucho menos desarrolladas y eficientes.

Aunque la capacidad para la detección y producción de vacunas es infinitamente mayor que en el siglo pasado, el problema principal planteado por una pandemia reside en otros factores: de manera particular en los tiempos de creación y producción de la vacuna, pero sobre todo, en los tiempos de distribución para cubrir una parte suficiente de la población mundial y evitar así la propagación. En el caso del H1N1, la prevención a través del uso de vacunas no fue posible ya que el virus era nuevo y desconocido. Las únicas medidas de prevención y contención de la epidemia a disposición de las autoridades eran las que implicaban la higiene individual y la restricción al movimiento internacional de personas. Sin embargo, las medidas de prevención promovidas por la OMS y todos los gobiernos se focalizaron (y seis meses después lo sigue siendo) al nivel del comportamiento del individuo para evitar el contagio directo: lavarse las manos, los objetos de uso común, las mascarar, la ventilación de espacios cerrados, evitar las reuniones de numerosas personas en un mismo lugar, etc.

Como mencionado anteriormente, el objetivo de la salud es la prevención. A través de las medidas individuales y de las vacunas, no sólo se reduce la probabilidad de que un individuo se enferme (aumenta entonces su bienestar) sino que se reducen también los costos de tratamiento post infección y los costos asociados al ausentismo laboral o escolar. Además se disminuye la saturación de los servicios de salud, evitando perjudicar la atención a otras enfermedades. Una epidemia es entonces altamente "costosa" -en diversos aspectos- para los gobiernos de los países que sufren de ésta. En el capítulo 3, se analizarán las decisiones tomadas por la OMS y los actores de Francia y México en el manejo de la crisis de la influenza A(H1N1).

Capítulo 2: Gobernanza en salud en condiciones "normales"

2.1 Introducción

Antes de abordar la gobernanza en salud, es importante precisar lo que se entiende por "*condiciones normales*". Por "condiciones normales", se entiende el contexto sanitario habitual en el cual no hay una emergencia sanitaria desconocida, o no anticipada. Algunas enfermedades pueden constituir una crisis sanitaria (como el sida) pero en el marco de ese trabajo, a menos de que no haya un cambio epidemiológico brutal (corto en el tiempo), no se considerarán como conformando una situación de crisis sanitaria. En este capítulo, se presentará la gobernanza en los esquemas "normales" de definición de políticas de salud y toma de decisiones, tanto a nivel global, como en los casos de México y Francia. Se contrastará con la gobernanza en "*situación de crisis*" analizada en el tercer capítulo.

2.2 Gobernanza global

Los actores de la gobernanza global en salud son numerosos: Organizaciones Intergubernamentales, Estados y ONG (cada vez más denominadas Organizaciones de la Sociedad Civil, OSC), incluyendo a las del sector privado. Sin embargo, el actor central de la gobernanza global en este tema es la Organización Mundial de la Salud, considerada como "*autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas*"²³. En calidad de organismo intergubernamental, los estados miembros quienes tienen un voto en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) son el componente más influyente en el proceso de toma de decisión: emiten propuestas, negocian y acuerdan convenios y tratados internacionales en su seno.

Otro actor importante son las ONG quienes constituyen un interlocutor esencial para la organización, tanto al nivel de acción sanitaria directa en los países como al nivel de la toma de decisiones en Ginebra en la sede de la organización. Dentro del marco normativo de la OMS, no se distinguen las ONG que son sin fines de lucro de las que son vinculadas a intereses comerciales (como las organizaciones financiadas por empresas farmacéuticas)²⁴. Se plantean entonces problemas de conflictos de intereses,

²³ Véase para mayor referencia : <http://www.who.int/about/es/index.html>

²⁴ World Health Organization (2002).

sobretudo cuando se trata de debatir del acceso a los medicamentos y de las líneas de investigación farmacéutica (¿Sobre qué enfermedades se van a desarrollar nuevos productos?).

La OMS. La OMS compuesta de 193 países miembros, tiene, a través de la Asamblea Mundial de la Salud, dos facultades principales: 1) emitir recomendaciones de salud pública; y 2) elaborar y "*adoptar las convenciones y los acuerdos con respecto a cualquier materia dentro de la competencia de la Organización*" (artículo 19 de la constitución de la OMS). En el primer caso, las recomendaciones no tienen carácter jurídicamente obligatorio mientras en el segundo los reglamentos adoptados deben de ser cumplidos por los estados miembros²⁵. Esto significa que la mayor fuerza de la OMS en cuanto a gobernanza global en salud se refiere a su capacidad para adoptar reglamentos internacionales que comprometen los Estados a actuar de cierta forma.

El principal es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que fue modificado y adoptado en 2005, pero también está el Convenio Marco para el Control del Tabaco en 2003 al cual han suscrito 167 partes²⁶. El RSI define un marco de cooperación internacional para "*prevenir y controlar los riesgos para la salud pública que pudieran dimanar del comercio y el tránsito internacionales, protegerla de las consecuencias concomitantes, proporcionar los medios necesarios para ese fin y evitar interferencias indebidas para dichas actividades.*" (Artículo 2 del Reglamento Sanitario Internacional 2005). El RSI fue un instrumento de colaboración particularmente eficaz en la crisis de influenza H1N1 del 2009 sobre la cual se regresará más a profundidad en el siguiente capítulo.

La OMS definió en su "Programa General de Trabajo 2006-2015" seis funciones básicas:

1. ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;

²⁵ De conformidad con los principios de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados los reglamentos sancionados con arreglo al Artículo 21 de la Constitución de la OMS constituyen un tratado porque son la manifestación por escrito de la voluntad de los Estados de sujetarse a esos reglamentos (Avilés Mendoza, 2007).

²⁶ Número de partes al 15 de Septiembre 2009. Para mayor referencia, véase: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html

2. determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
3. establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
4. formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
5. prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
6. seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

El liderazgo de la OMS en la gobernanza global en salud ha sido fundamentando en el reconocimiento de los trabajos realizados por la organización desde su creación. La contribución principal de la OMS se ubica en el plano intelectual. Se expresa en las recomendaciones que formula la organización a través de la publicación de informes y de las resoluciones que se adoptan en la Asamblea Mundial de la Salud. Aunque no son jurídicamente obligatorias, las recomendaciones que tratan las líneas de investigación a seguir, las políticas de salud pública para implementar, o la normalización y estandarización, empujan los gobiernos a tomarlas en cuenta en sus agendas respectivas de salud pública. Además, muy a menudo la organización provee junto con las recomendaciones manuales las guías para la implementación de éstas.

La OMS tiene entonces una doble función: 1) sirve de legitimación para los gobiernos cuando quieren establecer programas o llevar reformas a cabo en sus países; 2) puede denunciar internacionalmente situaciones sanitarias críticas que no son atendidas correctamente por el gobierno.

La eficiencia de las políticas globales que se concretizan en programas locales de la OMS queda esencialmente sujeta a la voluntad política de los gobiernos nacionales y locales donde se llevan a cabo los programas. En ese aspecto, las iniciativas mundiales de lucha contra enfermedades tuvieron distintos impactos. La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomiélitis votada en 1988 por la AMS logró disminuir el número de casos en más del 99% desde el inicio del programa, pasando de 350 000 casos en 1988 a 1300 casos en 2009²⁷. El programa resulta de una colaboración publica-privada

²⁷ Al 3 de Noviembre 2009, había 1282 casos de Polio esencialmente concentrados en 4 países considerados todavía endémicos: Afganistán, India, Nigeria y Pakistán. En 1988, los casos se repartían en más de 125 países. Para mayor referencia, véase: <http://www.polioeradication.org/casecount.asp>

en la cual la OMS asegura la coordinación de los esfuerzos, especialmente proveyendo asesoría a los ministerios de salud. La cooperación de los gobiernos nacionales y locales fue particularmente buena para permitir el éxito del programa. Dentro de los cuatro países considerados todavía endémicos se encuentran Pakistán y Nigeria para los cuales las prioridades del programa, tal como definidas por la OMS, son respectivamente "*controlar la rendición de cuentas de los funcionarios locales como lo establece el Plan de acción contra la Polio del Primer Ministro*", y "*establecer un sistema de seguimiento para controlar la aplicación de los Compromisos de Abuja en cuanto a Erradicación de la Poliomieltitis, firmados por los gobernadores de los 36 estados*"²⁸. Estas prioridades abiertamente establecidas por la iniciativa son una evidencia de que los pocos países donde no se logra la erradicación del virus sufren las consecuencias de la carencia de involucramiento y de apoyo de sus autoridades políticas. La gobernanza global en salud encuentra *de facto* sus límites en la soberanía de los Estados. Sin embargo, el programa, considerado en su conjunto, logró grandes avances en comparación con otros programas como el Programa de Erradicación del Paludismo.

Este programa lanzado en 1955 por la OMS ha sufrido un fracaso. Las cifras de paludismo no bajaron como se esperaba y tienen desde 2001 una tendencia a la alza²⁹. Las causas no son exclusivamente políticas, ya en el 1963, un informe de la OMS reportaba entre otras causas de fracaso:

"La falta de interés para el programa, o ignorancia de sus objetivos y de sus condiciones de ejecución por parte de las autoridades nacionales del ejecutivo o del legislativo:

a) no se atribuye a la campaña la importancia y el rango de prioridad que se le merece;

b) Los recursos financieros necesarios no son proporcionados en el tiempo adecuado;

c) la ayuda de la administración es defectuosa;

d) el apoyo oficial débil [...] y la ingerencia de autoridades externas en la campaña."(OMS, 1963).

En términos de gobernanza, esto constituye uno de los principales límites a la

²⁸ Véase: <http://www.polioeradication.org/strategies.asp>

²⁹ Véase, Snow et al., 2005, pp. 214-217.

transposición de las decisiones tomadas al nivel global en acciones efectivas.

La OMS es antes de todo un promotor de ideas y de recomendaciones políticas. En cuanto a gobernanza en salud, en sus informes de 2003, 2006, 2007 y sobre todo de 2008 titulado "La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca", la OMS ha sostenido la necesidad de desarrollar un modelo de gobernanza basado en una mayor colaboración entre los actores de la salud (los gobiernos, las colectividades, el sector privado, los académicos y particularmente la sociedad civil) destinado a reemplazar los modelos de gobernanza autoritaria. El informe destaca el papel central del intercambio de información, de experiencias y del conocimiento en este nuevo modelo de gobernanza. Es por eso que la OMS y sus oficinas regionales tienen una gran actividad focalizada en promover el diálogo entre los diferentes actores de la salud, organizando conferencias y reuniones, tanto al interior de un país como a nivel internacional.

El diálogo se da no sólo entre las esferas política, económica y social, sino también entre los actores de una misma esfera tratando los temas conexos a la salud: políticas agrícolas, comerciales, financieras, industriales, medioambientales o laborales, etc. A nivel nacional, esta dinámica se traduce en la colaboración interministerial a través de las negociaciones internacionales. La colaboración es necesaria dadas las repercusiones de los acuerdos establecidos a nivel internacional sobre la salud al nivel local. Los ministros de salud contribuyen a la formulación de la postura de un país en una negociación internacional comercial, agrícola o medioambiental. Asimismo, los ministros de agricultura, de comercio o de relaciones exteriores pueden participar en la evaluación de las ventajas y desventajas que conlleva un futuro acuerdo internacional en salud sobre los demás ámbitos.

Esta interdependencia se refleja también en la función normativa de la OMS. En 1963 se creó, conjuntamente con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Comisión del *Codex Alimentarius* como referencia mundial en materia de normas alimentarias, protección de la salud del consumidor y comercio de productos alimenticios³⁰. Diecisiete años más tarde, la OMS

³⁰ El *Codex Alimentarius* incluye el desarrollo normas alimentarias, reglamentos y otros textos relacionados tales como códigos de prácticas bajo el Programa Conjunto FAO/OMS de Normas Alimentarias. Las materias principales de este Programa son la protección de la salud de los consumidores, asegurar prácticas de comercio claras y promocionar la coordinación de todas las normas

con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) instauraba el *Programa Internacional sobre Seguridad de las Sustancias Químicas* que pretendía fortalecer las capacidades nacionales en cuanto a seguridad química y actuaba sobre todo como centro de información y de asesoría mundial.

Sin embargo, las diferentes políticas globales no siempre concuerdan entre sí. Como lo reconoce la OMS, las políticas sanitarias mundiales se han enfrentado a la agenda global de desarrollo específicamente en los años 80's y 90's cuando se privilegiaban los ajustes estructurales financieros y la estabilidad macroeconómica. Limitaban considerablemente la capacidad de planificación y los recursos para implementar las políticas sanitarias basadas en las necesidades y demanda de servicios de salud en los países en desarrollo³¹. Las orientaciones de las políticas globales hacia el desarrollo entraban directamente en conflicto con las aspiraciones nacionales de desarrollo sanitario. Para los gobiernos nacionales, la conciliación de las diferentes políticas de los organismos intergubernamentales (OMC, Banco Mundial, FMI, OMS, FAO, etc.) es, en la mayoría de los casos, compleja. Para unos, el gran número de actores y la falta de coordinación entre ellos es una de las grandes debilidades de la gobernanza global en salud³². En realidad son sobre todo los países en desarrollo quienes son los más sensibles hacia las políticas globales, ya sean en salud, en desarrollo o en otros ámbitos, porque son los primeros destinatarios de esas políticas y de los recursos que conllevan. Sus debilidades institucionales, temporales o crónicas (crisis económica, política, social, conflicto armado, etc.), hacen a los estados (generalmente estados de bajos ingresos) poco aptos para influir en la toma de decisiones a nivel global.

En la implementación de las políticas mundiales, los Ministerios de salud son los actores claves puesto que deben de hacer la *"síntesis entre el poder decisional, la racionalidad de la comunidad científica, el compromiso de los profesionales y los*

alimentarias acordadas por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Véase para mayor referencia: http://www.codexalimentarius.net/web/index_es.jsp

³¹ Véase Organización Mundial de la Salud, 2008.

³² Véase Garrett, 2009.

valores y medios de la sociedad civil"³³. Sin embargo, carecen muy a menudo de la capacidad de influenciar en comparación con los demás ministerios encargados de las finanzas, del empleo, de la seguridad o de la educación considerados como temas de mayor prioridad, particularmente en los países menos avanzados y en vías de desarrollo. La proporción de los presupuestos públicos dedicados a la salud refleja las diferencias de importancia que se le da a la salud: en los países de bajo y medio-bajo ingreso, se le dedica entre el 1.7% y 4.5% del total del gasto público, mientras en los países de medio-alto y alto ingreso, esas cifras alcanzan entre el 10% y 17%³⁴. Unas de las iniciativas más ambiciosas de política de salud mundial resultante de la gobernanza global fue el concepto de servicios de "*atención primaria de salud*". Éste fue definido por primera vez en la declaración de Alma Ata en 1978, y cuya implementación ha sido retomada desde 2006 como prioridad por la actual Directora General de la OMS, Margaret Chan. La instauración mundial de la "*atención primaria de salud generalizada*" se enfrenta justamente al obstáculo de la falta de poder y de capacidad de influencia de los ministerios de salud dentro sus estados.

Las ONG (o OSC). La OMS distingue dos tipos de relaciones con las ONG: 1) las "*relaciones oficiales*"; en este caso, las ONG gozan principalmente del derecho de representación en las reuniones, comités y conferencias de la OMS, y en sus órganos deliberativos (Asamblea Mundial de la Salud y Comité Ejecutivo). Pueden hacer uso de la palabra pero no tienen derecho de voto; 2) las *relaciones informales*; las ONG pueden asistir a reuniones *técnicas* o colaborar en un programa técnico de la OMS pero no tienen derecho al uso de palabra, y no participan en los órganos deliberativos aunque pueden asistir como parte del público.

En enero 2009, la OMS contaba *relaciones oficiales* con 185 ONG (véase lista en anexo 2), representando más o menos el 45% de las relaciones totales con ONG (el 55% restante siendo organizaciones en *relaciones informales*). En término de gobernanza, el peso de las ONG con relaciones oficiales con la OMS es *de facto* mayor, dado su derecho para expresar opiniones en el seno de los órganos deliberativos. Sin embargo, el papel de las ONG sin relación oficial no es poco significativo. En efecto,

³³ Véase Organización Mundial de la Salud, 2008, Op. Cit. pp.89-90.

³⁴ Ibid., p.98.

las ONG constituyen fuentes esenciales de información sobre las situaciones sanitarias de los países, regiones, localidades y zonas retiradas donde están presentes. Desde la perspectiva de la OMS de "*articular opciones de política basadas en la evidencia*"³⁵, esa capacidad de recolección, compilación y actualización de la información sanitaria a través de una red conformada por esas ONG es crucial. Además pueden introducir, en calidad de entidades no gubernamentales, temas en la agenda de salud internacional que la OMS no podría evocar en calidad de Organismo Intergubernamental por razones políticas (Véase el caso México-Industria tabacalera en la sección 2.3.3). Por otra parte, constituyen agentes de difusión y promoción de las políticas y programas de la OMS, reforzando el impacto local de las decisiones tomadas al nivel global. En situación de emergencia sanitaria como consecuencia de desastres naturales o de conflictos armados, la OMS transfiere los fondos a las ONG para implementar rápidamente las medidas sanitarias de emergencia, dadas sus mayores flexibilidades y capacidades de respuesta rápida.³⁶

En estos casos, la OMS puede aportar apoyo técnico de corto o largo plazo, según las condiciones del sistema de salud pública del país afectado. Por consiguiente, el papel de la OMS en la gobernanza va más allá de una sencilla contribución o influencia intelectual sobre las políticas de salud.

Las ONG ocupan, entonces, un lugar particular en la gobernanza global en salud. La OMS legitima las acciones de las ONG al mismo tiempo que éstas constituyen un instrumento eficaz para concretizar y apoyar las políticas del organismo internacional. Además, las ONG que logran acceder a un estatus de "*en relación oficial*" aumentan su capacidad de influir en las decisiones que se toman en el seno del organismo. Sin embargo, no parecen tomar ventaja de los privilegios que gozan en la OMS. Entre 1998 y 2002, en promedio, sólo el 25 % de las ONG con relaciones oficiales asistieron a las reuniones del Comité Ejecutivo de la OMS, y sólo el 40% a la Asamblea Mundial de la Salud. Y dentro de las que asisten a las reuniones, sólo entre el 15% y 20% de las ONG emitieron declaraciones (entre 8 y 18 declaraciones por sesión). Las explicaciones posibles de la débil participación de las ONG en los órganos

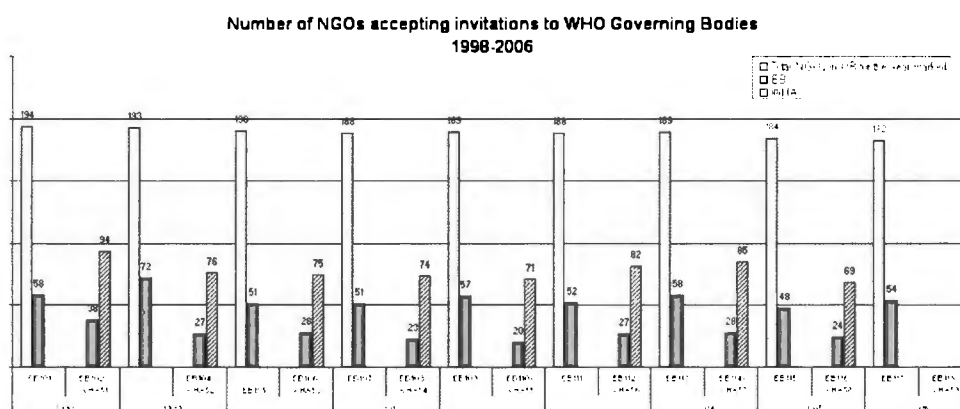
³⁵ Véase World Health Organization (2006).

³⁶ Véase World Health Organization (2002).

deliberativos son tres: primero porque la agenda de la reunión no conlleva los temas de interés que defiende la organización; segundo, porque ésta no tiene los recursos financieros y/o humanos para asistir; y, finalmente, porque unas organizaciones están interesadas únicamente en obtener el "grado" de "organización con relación oficial con la OMS" con fines de prestigio y legitimación en sus países (con las repercusiones en términos de fondos y de capacidad de incidencia política) y consecuentemente no están interesadas en participar.³⁷

Como se puede observar en la *Figura 1*, entre 1998 y 2006, existe una tendencia a la baja del número de ONG en "relación oficial con la OMS", pasando de 194 en 1998 a 182 en 2006; pero también en la asistencia de las ONG en la Asamblea Mundial de la Salud (denominada "WHA -World Health Assembly" en la gráfica), pasando de 94 a 69 participantes en el mismo periodo.

Figura 1: Número de ONG que aceptaron invitaciones para participar en los órganos deliberativos de la OMS entre 1998 y 2006



Fuente: World Health Organization, (2006), *Some statistics on NGOs in Relations with WHO*. Disponible en http://www.who.int/civilsociety/csi_statistics/en/

En realidad, es necesario preguntarse ¿cuál es el papel de las ONG en la gobernanza global? Las ONG tienen antes de todo un rol de vigilancia, control y crítica (positiva o negativa) de las acciones de los gobiernos, y por extensión de las Organizaciones Intergubernamentales, como lo es la OMS. La independencia de éstas

³⁷ Véase Lanord (2002).

frente a los gobiernos y a las OIG es esencial para la realización de sus actividades de crítica. La asimilación o la integración de las ONG en los órganos de decisión "puede ser un medio para limitar la calidad de sus críticas" (M. Dixneuf, 2003). Por ejemplo, Médicos Sin Fronteras (MSF) rechazó una invitación a participar en el Consejo del Fondo Global³⁸ creado en 2002. Desde el 2002 hasta hoy, MSF critica abiertamente el Fondo Global por dedicar sólo el 30% del financiamiento asignado a la lucha contra el paludismo en tratamientos de nueva generación, a pesar de las directivas de la OMS que desde 2004 recomienda dejar el uso de los viejos tratamientos considerados ineficientes³⁹. Las ONGs deben ser entonces suficientemente independientes (desde el punto de vista político y financiero) de los gobiernos y de las OIG para preservar su utilidad en la participación a la formulación de políticas globales de salud. Pero además, deben de tener también una presencia suficientemente fuerte para balancear las otras organizaciones que defienden intereses económicos particulares potencialmente contradictorios con los beneficios sanitarios de algunas poblaciones.⁴⁰

La OMS, la industria farmacéutica y la OMC. Uno de los temas más ilustrativos de la interconexión entre la salud pública y los demás ámbitos de la política internacional es la protección de la propiedad intelectual en la industria farmacéutica. Al final de la Ronda Uruguay en 1994, los aspectos de propiedad intelectual eran por primera vez incluidos en un acuerdo de la OMC bajo la denominación "*Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio*" (ADPIC o TRIPs en inglés)⁴¹. Este acuerdo establecía una regulación sobre la protección de los patentes de productos farmacéuticos al mismo tiempo de que dejaba espacio para no aplicarlos en caso de necesidad sanitaria⁴². Esta "flexibilidad" fue reafirmada en 2001 con la "declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública" en la cual convienen que

³⁸ El Fondo Global fue creado en 2002 como una asociación pública-privada de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, incluyendo gobiernos, OSC, el sector privado y las comunidades afectadas.

³⁹ Véase Medecins Sans Frontières (2009).

⁴⁰ Véase Dixneuf, 2003, pp. 26.

⁴¹ El acuerdo sobre los ADPIC constituye el anexo 1c del Acuerdo de Marrakech que establece la OMC en el 1994.

⁴² El Artículo 8 del acuerdo estipula que se podrá emplear "*las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición de la población, o para promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico*".

"el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública [...] (y) puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos" (Declaración de Doha, 2001).

El dilema planteado atrás de ese acuerdo se da entre la accesibilidad de medicinas a precios bajos y la innovación en medicamentos. Por un lado, los gobiernos de los países en desarrollo, apoyados por la mayoría de las ONG humanitarias, defienden la posibilidad de producir y exportar versiones genéricas de medicamentos aun protegidos por patentes; por otro lado, las industrias farmacéuticas, apoyadas por los gobiernos de los países desarrollados, denuncian la violación de las patentes argumentando que los costos de investigación y desarrollo son altos, y que los laboratorios productores de genéricos (ubicados generalmente en los países en desarrollo) no sufren esos costos. Argumentan que, a largo plazo, las pérdidas provocadas por la "no-protección" de sus productos impedirán la creación de nuevas medicinas.

En este debate, la OMS incita a que los gobiernos recurran a las flexibilidades de los ADPIC que, según un informe del 2006 realizado con *SouthCenter*, son subutilizadas⁴³. Los países en desarrollo denuncian la incapacidad real de utilizar las excepciones que permite los ADPIC dadas las presiones ejercidas por los países desarrollados y las represalias a la cuales se exponen: sanciones comerciales, reducción de la ayuda extranjera, cancelación de las preferencias comerciales y modificación de programas de asistencia técnica.⁴⁴

Los casos más denunciados por las compañías multinacionales y sus gobiernos son Brasil e India. En el primer caso, el país producía y sigue produciendo copias de medicamentos cuyas patentes son anteriores a 1997, fecha a la cual empezó a respetar las patentes como requisito para adherirse a la OMC. Pidió a los laboratorios estadounidenses concederle "voluntariamente" licencias para producir versiones genéricas de los medicamentos anti-VIH posteriores a 1997 para ser capaz de sustentar

⁴³ Sin embargo unos sí, empiezan a utilizarlas: Zimbabwe (2003), Zambia, Mozambique, e Indonesia (2004) autorizaron la producción local de versiones genéricas de medicamentos patentados; y en el 2003, Malasia autorizó la importación paralela de medicamentos desde India.

⁴⁴ Véase Oxfam (2007).

su programa de acceso gratis y universal a tratamientos anti-VIH, lo cual fue rechazado por los laboratorios. En el 2005, Brasil amenazó a los laboratorios de romper unilateralmente la patente, pagando sin embargo "royalties" como lo recomienda la OMC. Las compañías y miembros del congreso estadounidense consideraban esto como un robo y pidieron a la "US Trade Representative" imponer sanciones comerciales, lo que no se hizo porque la postura Brasil era legal⁴⁵. Sin embargo, en el 2007, Brasil rompió la patente ante los precios altos de los proveedores de Estados Unidos. Se permitió entonces la importación desde India del equivalente genérico (reconocido como tal por la OMS), 70% más barato que el original. En contraparte, se pagó el 1.5% de las compras en "royalties" al laboratorio propietario de la patente⁴⁶.

Un argumento mayor del apoyo a la protección multilateral de la propiedad intelectual era que permitiría a los países en desarrollo proveer el acceso a productos nuevos, innovadores y mucho más eficaces para responder a sus problemas de salud pública. En los hechos, los laboratorios no innovan en las enfermedades principales de los países en desarrollo, a no ser que representen un mercado también en los países desarrollados, por ejemplo, VIH o hepatitis C. Entre 1975 y 1997, 13 de los 1393 nuevos medicamentos fueron dedicados a estas enfermedades llamadas "desatendidas"⁴⁷. Entre 1999 y 2004, 3 medicamentos suplementarios para el trato de esas enfermedades entraron en el mercado⁴⁸. El uso -legal- de las flexibilidades de los ADPIC por Tailandia provocó el anuncio por el laboratorio Abbot (EUA) que no iba a producir ningún medicamento nuevo para el país. Los países en desarrollo argumentan que en todo caso no cambia el problema de fondo, sigue sin haber investigación y desarrollo dedicado a las enfermedades que representan problemas serios de salud pública para ellos.

Ahora bien, el hecho que estos acuerdos se apliquen tanto a los países ricos como a los países pobres impide la importación de medicamentos baratos desde los países "pobres" hacia los países ricos. La ventaja de esto reside en que haya una separación

⁴⁵ The New York Times (2005).

⁴⁶ Gasnier (2007).

⁴⁷ Las enfermedades "desatendidas" son definidas por la OMS como las que persisten exclusivamente en las poblaciones más pobres y marginadas. Más de mil millones de personas están afectadas por una o más enfermedades tropicales desatendidas.

⁴⁸ Trouiller, et al. (2002).

entre los mercados de los países con gran poder adquisitivo y los países pobres. Si no hubiera división de los mercados, es decir, si hubiera un mercado único, los precios de los medicamentos producidos en los países "pobres" subirían de precio por la demanda de los países ricos.⁴⁹

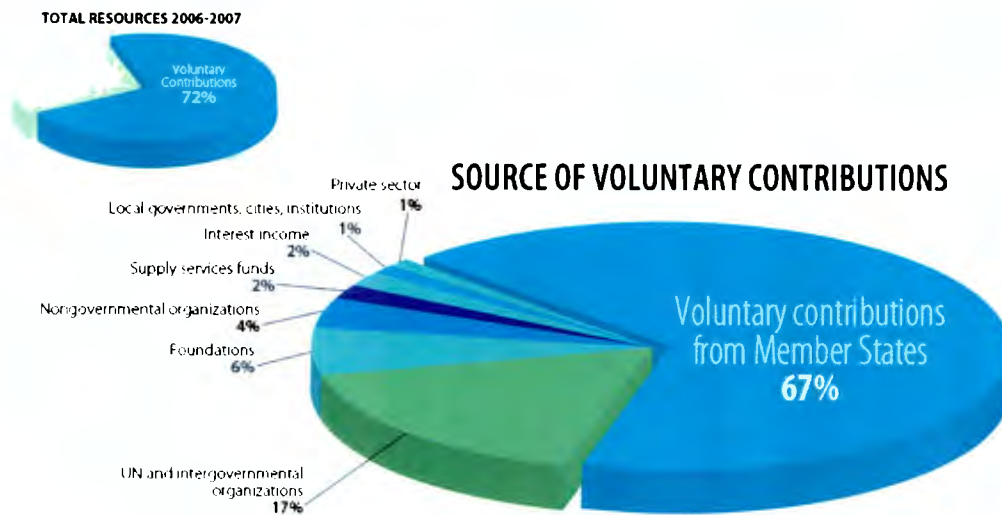
La OMC en relación a los acuerdos sobre los ADPIC tiene una influencia de mayor importancia en la gobernanza global en salud que afecta tanto a los programas de erradicación de las enfermedades de la OMS, como en las políticas nacionales de salud pública. La creación en 2001 de un grupo de trabajo "OMC-OMS" ha favorecido el diálogo entre las dos organizaciones, y permite, sobre todo, que la OMS pueda expresar e intentar influenciar las decisiones que se toman en cuanto a los temas de comercio vinculados a la salud. Por otra parte, la OMS está en un dilema ya que, por un lado necesita el apoyo y colaboración de la industria farmacéutica para obtener medicinas a precios más bajos y favorecer la investigación en productos innovadores y más eficientes, y paralelamente, incita los gobiernos a hacer uso de las flexibilidades de los ADPIC para utilizar las versiones genéricas de los medicamentos patentados.

En cuanto a la industria farmacéutica (de los países "desarrollados"), a pesar de numerosas denuncias de no respeto de las patentes por parte de países "pobres", se benefician de la protección de sus gobiernos que disuaden a sus homónimos de romper con las patentes. Esto se hace a veces a través de acuerdos comerciales bilaterales que incluyen acuerdos denominados "ADPIC-plus", que son más restrictivos que los ADPIC "clásicos"⁵⁰. Algunos denuncian la influencia de las multinacionales farmacéuticas en las políticas de la OMS; sin embargo, como se puede observar en la figura 2, dado la considerablemente baja contribución del sector privado en el financiamiento de la organización, que alcanza menos del 7% de los recursos totales (para 2006-2007), esta influencia queda relativamente limitada.

⁴⁹ Bhagwati (2002).

⁵⁰ Véase Oxfam (2007).

Figure 2: Recursos de la OMS para 2006-2007



Fuente: *Working for Health. An introduction to the World Health Organization (2006).*

Disponible en http://www.who.int/about/brochure_en.pdf

Se puede entonces destacar dos tendencias. Primero, los asuntos de propiedad intelectual incluidos en los acuerdos comerciales internacionales influyen sobre la gobernanza global en salud. Segundo, a pesar de que los gobiernos apoyan formalmente la búsqueda de una salud universal, los intereses económicos nacionales (de los países desarrollados sobre todo) prevalecen. Se conforman entonces dos bloques que se oponen en la gobernanza global en salud: los países en desarrollo apoyados con las ONG de tipo "humanitario o desarrollistas", y los países desarrollados apoyados por la industria farmacéutica y las organizaciones que les representan.

La Iglesia Católica. La Iglesia Católica ha tenido un rol particular frente a las demás religiones por su institucionalización en el Estado del Vaticano. Representando a mil millones de católicos en el mundo, la Iglesia Católica tiene la peculiaridad de ser la única entidad religiosa en tener el estatus de "Estado no-miembro observador permanente" en las Naciones Unidas que le otorga derecho de voto y de uso de palabra en la Asamblea General. Es importante especificar que no es el Estado del Vaticano que

goza de ese estatus sino la Santa-Sede (autoridad religiosa encabezada por el Papa)⁵¹. La Santa Sede ha sido varias veces exitosa en jugar un papel en la gobernanza mundial en salud, particularmente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo en 1994, durante la cual logró cancelar los acuerdos sobre la planificación familiar y la salud reproductiva particularmente de las mujeres. En este caso, el Papa, a través de alianzas con los países del mundo musulmán, buscó un apoyo para votar en contra de las declaraciones que habían sido acordadas en las sesiones preparativas. Libia se sumó a la postura de la Santa Sede después de la promesa de un "lobbying" para levantar el embargo Estadounidense sobre el país⁵², seguida por Irán (quien tenía el aborto legalizado), Sudan (del general Al-Bashir), Irak (de Saddam Hussein), Arabia Saudita y Libano⁵³. La Santa Sede pudo entonces, a través de acciones diplomáticas, modificar la formulación de una política global de salud que iba en contra de la "moral" y del "derecho a la vida" tal como son concebidos por la Iglesia Católica.

2.3 Gobernanza en México

2.3.1 El sistema de salud en México: Visión general

Sistema de Seguridad Social. El sistema de salud Mexicano se caracteriza por una amplia población no asegurada por algún sistema de seguridad social. Esto es consecuencia, en gran parte, de la economía informal que abunda en el país. En 2005, los aproximadamente 55 millones de trabajadores (incluyendo sus familias) del sector formal estaban asegurados (obligación legal⁵⁴) a una institución de seguridad social (principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX)). Sin embargo, las 45 millones de personas del sector informal o desempleadas no lo estaban, y constituyen los "potenciales" beneficiarios del sistema de seguridad social para *población abierta* o *no-asegurada*. Son "potencialmente" beneficiarios porque no significa que todos se afilian o recurren a estos servicios de salud que les son destinados. Los servicios de salud para esta población son

⁵¹ Véase Catholics For a Free Choice-Europe (2004).

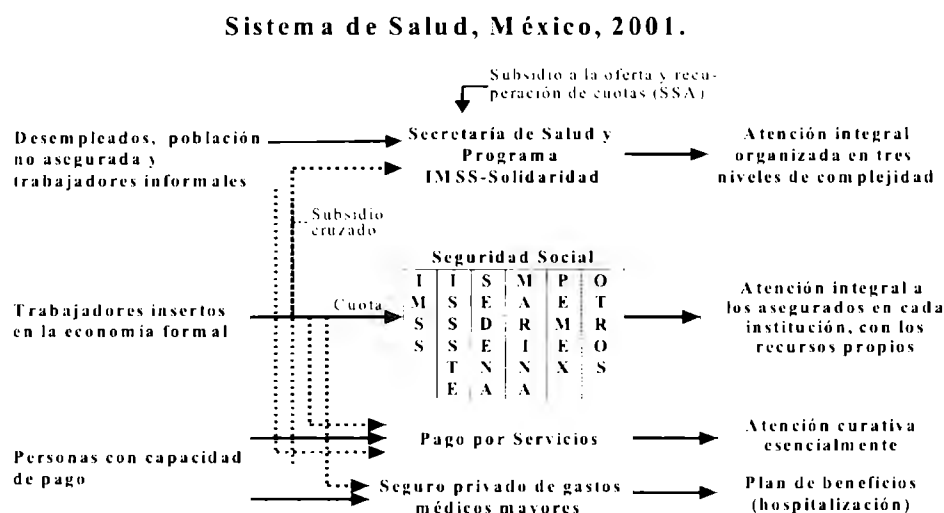
⁵² El embargo sobre el país había sido implementado después de los atentados de Lockerbie en los cuales Libia estaba fuertemente comprometido.

⁵³ Véase Meyssan (2005).

⁵⁴ Por Ley, todos los trabajadores de la economía formal deben de afiliarse a una institución de seguridad social.

proporcionados por la Secretaría de Salud federal y a través de programas como el Seguro Popular de Salud (SPS) e "IMSS-Oportunidades" (antiguamente "IMSS-Solidaridad"). Se estima a 4% la población que tiene un seguro privado; ésta corresponde generalmente a la parte de la población de alto ingreso.⁵⁵

Figura 3: Sistema de Salud en México en 2001



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2002), *Perfil del Sistema de Servicios de Salud, México*. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Perfil_Sistema_Salud-Mexico.htm

Financiamiento. En 2007, 46.5% del gasto total en salud era realizado por las administraciones públicas mientras el 53% era realizado por agentes privados (principalmente los hogares que representan el 93.8% de este gasto privado.)⁵⁶. El sistema de salud (Público+Privado) es financiado en un 49% por los hogares (cuotas + gasto del bolsillo), en un 28% por los empleadores, un 20% por el gobierno federal y un 3% por los gobiernos estatales y municipales.

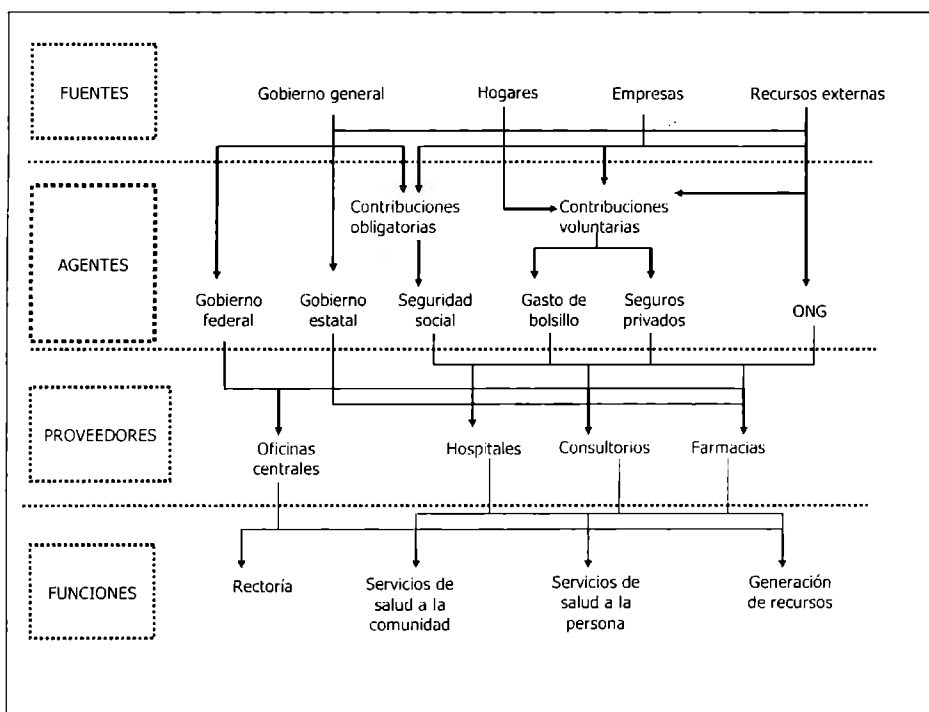
El federalismo Mexicano implica una autonomía relativamente importante de los gobiernos estatales frente al gobierno federal. Legalmente, las cámaras de diputados de cada uno de los estados votan cada año los recursos asignados a la salud. A éstos, se suman los recursos que anualmente el Congreso Federal vota y asigna a cada estado. Dado que cada estado es libre de asignar la cantidad de recursos que desee a la salud, resultan grandes disparidades entre la participación financiera estatal en salud entre los

⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud, 2007, pp.477-482.

⁵⁶ WHO Statistical Information System (2009).

estados de la república mexicana. Desde el año 2000 y hasta las cifras disponibles para el año 2007, parte de los estados aportan menos de un 1% mientras otros alcanzan casi el 40% de los gastos en salud realizado en su estado^{57,58}.

Figura 4: Flujos Financieros del sistema de salud mexicano



Fuente: Secretaría de Salud. *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México SICUENTAS*, 2004.

Existe entonces una gran dispersión entre los Estados de la República en cuanto a su participación financiera en el sistema de salud, particularmente en el financiamiento de la seguridad social de la población no asegurada.

Estos datos sobre el financiamiento son relevantes para el estudio de la gobernanza en salud porque entran en juego al momento de estudiar *¿quién paga y para qué?* También lo son para ayudar a interpretar el peso de cada actor cuando llega el momento de tomar una decisión.

⁵⁷ Véase anexo 5. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) (2007).

⁵⁸ Véase Arredondo y Recaman A.L., 2003, pp. 9-16.

2.3.2 Actores

Los actores que participan en la gobernanza en salud en México son múltiples. Sin embargo, cada uno tiene un peso distinto al momento de la toma de decisiones. Los actores son: la Presidencia de la República, la Secretaría de Salud Federal (SSA), la Secretaría de Hacienda y del Crédito Público (SHCP), las Instituciones de Seguros Sociales para población insertada en la economía formal (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Secretaría de Marina, y otros seguros estatales), los sindicatos, los partidos políticos, los gobiernos estatales con sus secretarías de salud, el gremio médico, el sector privado, la Iglesia Católica, los usuarios y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Todos estos actores defienden ciertos intereses que generalmente no son convergentes.

2.3.3 Procesos de toma de decisión

La Ley General de Salud contempla en el artículo 10 la "participación" plural de los actores en el sistema nacional de salud:

"La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan. Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos" (Art. 10, Ley General de Salud).

En realidad, el término de *participación* no está acompañado realmente de una definición precisa del "cómo" se debe concretizar. La *participación* consiste más en la acción sanitaria que en las toma de decisiones. La constitución del Consejo Nacional de Protección Social en Salud en calidad de "*órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud*" (Art. 77 bis, Ley General de Salud) es un ejemplo importante del carácter limitativo de esta participación, puesto que no incluye representantes de la sociedad civil⁵⁹.

⁵⁹ Los miembros del consejo son: los titulares de la Secretarías de Salud, SDESOL, SHCP, IMSS, ISSSTE, secretario del Consejo de Salubridad General, y por los titulares de los servicios estatales de

La participación de las organizaciones de la sociedad civil y de los usuarios mismos en la formulación de las políticas es extremadamente débil en México, ya sea en salud o en otros sectores. En relación a los *Objetivos y Estrategias*⁶⁰ definidos en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, todas las referencias a la "participación" de la sociedad civil son enfocadas a la operatividad del sistema de salud, y NO en la definición de su organización, funcionamiento o más generalmente en relación con las políticas nacionales de salud pública. Además, las diez *Acciones Estratégicas* de la Secretaría de Salud no contemplan tampoco la consulta o participación de todos los actores de la salud, aunque una evoca el fortalecimiento de "la vinculación con aquellos sectores cuyas actividades influyen de manera directa en las condiciones de salud, dentro de los que destacan los sectores alimentario, educativo, ambiental y de seguridad vial"⁶¹. Sin embargo, esto es evidencia de un enfoque más intersectorial que de una participación de la sociedad civil en su sentido amplio.

En México, las ONGs tienen entonces poca incidencia en las políticas del sector salud, con excepción de algunas organizaciones dedicadas al tema del VIH/SIDA⁶². Esas ONG adoptaron como estrategia la incidencia política directa a través de acciones con visibilidad mediática en el congreso Mexicano. Son muy activas particularmente en los campos de prevención de la discriminación de las personas con VIH/SIDA y de la promoción para el acceso a tratamientos eficientes. En 1998, 15 años después del primer caso de sida en México, ya se contaban 138 organizaciones civiles dedicadas a este tema⁶³, lo que era bastante relevante dada la débil actividad de la sociedad civil en un país que iba a entrar en "transición democrática". En 1997, el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida (FrenpaVIH), a través de una manifestación frente al Centro Médico Nacional, logró que un mes después el IMSS incluyera en su catálogo de medicamentos⁶⁴ tratamientos anti-VIH⁶⁵. Esas organizaciones (como Mexfam o

salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema de Protección Social en Salud y que representen a las distintas regiones del país. Asimismo, se invita a las sesiones del Consejo a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. *Art. 77 BIS 34, Ley general de Salud.*

⁶⁰ Véase Capítulo III del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

⁶¹ Para mayor referencia, véase: <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/acciones.html>

⁶² Información resultante de entrevistas con investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

⁶³ Véase USAID, 2001, p.3.

⁶⁴ Diario Oficial de la Federación, 16 Mayo 1997; Sección 1:28-31

Letra S) lograron volverse visibles, lo que les permitió acceder a la esfera política para sensibilizar a los miembros del poder legislativo y tener incidencia sobre las políticas. Así, sus acciones consisten en poner el tema de SIDA en la agenda de salud nacional y en realizar actividades de lobbying en las diferentes comisiones vinculadas con el tema (particularmente las comisiones de salud y de presupuesto⁶⁶) para la asignación de fondos para el acceso universal de los tratamientos más adecuados para los seropositivos⁶⁷.

Sin embargo, el VIH/SIDA parece ser una excepción en cuanto a participación civil efectiva que tenga resultados en el ámbito de la salud. Las OSC sufren generalmente de dos grandes limitantes. Por un lado, enfrentan una falta de visibilidad pública, aunque están presentes cada vez más en los medios, y por otro, enfrentan la herencia del sistema político mexicano posrevolucionario, durante el cual las pocas organizaciones civiles existentes tendían al descrédito por su vinculación (voluntaria o no) con el poder político. Además, la incidencia de las OSC es limitada por la atomización que las caracteriza. Cada organización defiende sus intereses, que pueden ser divergentes de los de las demás OSC, aun cuando tratan de un mismo asunto. Esto puede ser el resultado del problema del financiamiento al cual se enfrentan. La búsqueda de fondos es un problema recurrente para esas organizaciones, es lo que limita sus márgenes de maniobra en la definición de sus políticas puesto que dependen para su acción de lo proporcionado por los fondos.⁶⁸

La participación de la sociedad civil es también limitada por la baja transparencia de la acción gubernamental, sobre todo en los estados y municipios⁶⁹. El gobierno "*informa de lo que va a hacer pero nada más; con esto cumple el requisito de rendición de cuentas*"⁷⁰. La sociedad civil no tiene incidencia sobre las decisiones que se toman. Sin embargo, tiene una incidencia indirecta a través del recientemente creado "Aval Ciudadano" (2003), que tiene como propósito obtener el aval de un grupo de

⁶⁵ Véase La Jornada (2001).

⁶⁶ Véase para mayor referencia: <http://www.jornada.unam.mx/2002/01/03/ls-frenpavih.html>

⁶⁷ Véase para mayor referencia: <http://www.jornada.unam.mx/2002/05/02/ls-frenpavih.html>

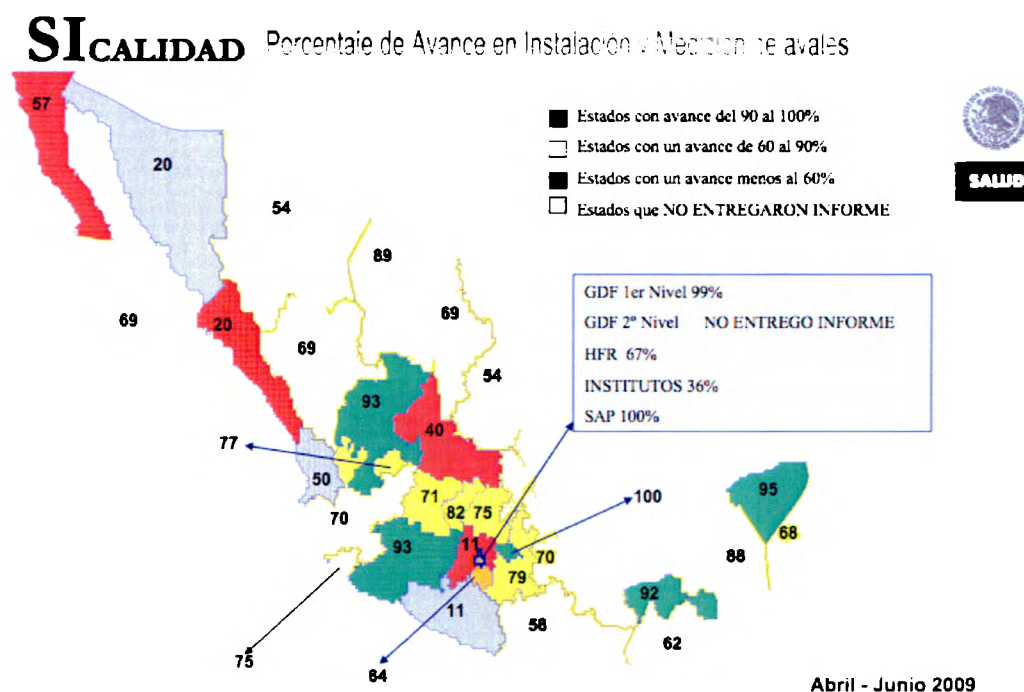
⁶⁸ Entrevistas con Investigadores del INSP.

⁶⁹ Arredondo, op. Cit. pp. 200

⁷⁰ Entrevistas con Investigadores del INSP

organizaciones civiles (teóricamente independientes) en cuanto a la calidad de los servicios de salud que se entregan. Los datos reportados por los diferentes niveles de gobierno que en el pasado podían ser falsificados, pueden ser ahora comparados con este "aval ciudadano", herramienta considerada objetiva y confiable. El mapa siguiente muestra el avance en Marzo 2009 de cada estado de la República en cuanto a la implementación de este dispositivo.

Figura 5: Avance en Instalación y Medición de avales ciudadanos



"SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD"

GDF: Gobierno del Distrito Federal; HFR: Hospitales Federales de Referencias; SAP: Análisis del Sistema Automatizado para Programación y Presupuestación. Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, *Avance del Aval Ciudadano por Entidad*, Secretaría de Salud, 2009. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html>

El *Aval Ciudadano* permite identificar las entidades que proveen servicios de salud que carecen de calidad. La publicación de los resultados incita entonces a las autoridades responsables a tomar las medidas necesarias para mejorar la atención médica. Este mecanismo constituye una herramienta para la sociedad civil a través de la cual pueden incidir en las decisiones en salud, apuntando las debilidades y el mal funcionamiento del sistema de salud.

La Iglesia Católica: Aunque no formalmente incluida en la vida política mexicana, la Iglesia Católica siempre ha constituido una fuerza política importante en el país por su capacidad de influir sobre el casi 88% de la población mexicana que se declara católica (censo del 2000⁷¹). Como lo hace el Vaticano a nivel internacional, la Iglesia Católica en México es particularmente activa en los temas de salud reproductiva, donde los puntos claves son el VIH/SIDA y el derecho al aborto. En ambos casos, moviliza a la población católica cada vez que regresan las discusiones al escenario público con el fin de impedir cualquier legislación o movimiento social que promueve el uso del condón, de la píldora anticonceptiva o del derecho al aborto, argumentando la importancia de la "moral universal". Hasta ahora, solamente un estado ha legalizado el aborto (el Distrito Federal). Sin embargo, la distribución gratuita de la píldora "del día siguiente" ha sido generalizada a toda la República (cuando J. Frenk encabezaba la Secretaría de Salud) a pesar de la oposición de la Iglesia. En el caso del aborto, es difícil saber en qué medida la Iglesia Católica influye sobre la decisión de los 31 demás gobiernos estatales que no han legalizado el aborto. Entre las divergencias en la opinión pública⁷², las convicciones personales de los diputados y la influencia de la Iglesia Católica, es muy complicado medir el peso de cada factor en el *estatus quo* del aborto en los estados.

La Secretaría de Salud federal constituye el actor más influyente en la gobernanza en salud tanto por su autoridad legal (formal) como por su influencia real (informal) que ejerce sobre el funcionamiento del sistema de salud. La última reforma de descentralización del sistema de salud hacia los estados ha tenido sus logros particularmente en el método de asignación de recursos pero ha alcanzado también sus límites en la delegación real del poder de decisión.

La asignación de los recursos "*ya no se realiza en cuanto a una fórmula sino que sigue una lógica de la demanda*" de los servicios de salud⁷³. Es decir que los estados reciben recursos con base en las necesidades de salud de la población del estado y ya no principalmente con base en los criterios no representativos de la situación sanitaria de una entidad federativa. Sin embargo, la delegación del poder ha encontrado

⁷¹ De la Torre, et al. (2006).

⁷² Las encuestas de opinión pública muestran grandes diferencias e incoherencias en los resultados. Para mayor referencia, véase: González y Billings (2002), El Milenio (2008), El Milenio (2009).

⁷³ Entrevistas con Investigadores del INSP.

sus límites en la estructura política del país. Primero, el poder ejecutivo y la SSA siguen controlando las relaciones con los gobiernos estatales y municipales, sobre todo en los Estados dirigidos por el mismo partido en el poder federal, actualmente el Partido Acción Nacional (PAN). Los estados dirigidos por el PRD tienen mayor incidencia en la gobernanza local (dentro sus estados), lo que se traduce en problemas de *"confusión en las reglas y los roles con que operan los diferentes actores del sistema de salud"*⁷⁴ y en desacuerdos sobre la implementación de los programas de salud como el SPS. En estos casos, los programas de salud fueron suspendidos hasta que se llegara a acuerdos entre los niveles estatales y las autoridades de salud. Mientras que en los estados dirigidos por el PAN o el Partido Revolucionario Institucional (PRI), las relaciones intergubernamentales quedan centralizadas. En cuanto a las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno, las instituciones de salud y la Sociedad, en la mayoría de estos estados⁷⁵ la reforma no las ha modificado y por lo tanto tampoco su poder de influencia sobre las políticas de salud ha sido modificado. En algunos estados, *"la descentralización ha permitido la participación de proveedores [de servicios de salud] a nivel estatal y municipal en la identificación de necesidades de salud, en la priorización de algunas actividades de salud y en la reasignación de algunos recursos para programas específicos de salud"* (Arredondo, 2009, pp.194). Los programas de salud para población abierta (Seguro Popular de Salud, IMSS-oportunidades) que debían permitir a los poderes locales tomar un papel preponderante en la entrega de los servicios de salud permanecieron bajo la influencia del poder central, como ha pasado con las administraciones pasadas. El poder federal controla estos programas de salud que *"cambian desde el nombre hasta mecanismos de operación y gestión dependiendo de la filosofía y lineamientos de la administración en turno"* (Arredondo, 2009, pp.193).⁷⁶

Otro actor que tiene un peso en la gobernanza en salud es el gremio médico. En el marco de la creación del Seguro Popular de Salud, actuaron como freno a su implementación, a través de reuniones con congresistas donde presentaban estudios

⁷⁴ Arredondo, 2009, pp.192-200.

⁷⁵ Con excepciones de Tabasco, Jalisco y Baja California Sur donde se vio un cambio de la relación gobierno/autoridades. Arredondo. Op. Cit. pp. 192

⁷⁶ Loc. cit.

científicos cuyo objetivo era desacreditar el modelo. Demostraban que la calidad de la atención iba a bajar y que generaría condiciones laborales precarias con, entre otros efectos, una caída en los ingresos.⁷⁷

Finalmente, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) es un actor que tiene un peso mayor en la gobernanza en salud nacional dada su función de control del financiamiento del sistema de salud. La SHCP es el punto de encuentro entre lo que pide la Presidencia y la SSA, y lo que vota el congreso. Desde la instauración del Seguro Popular en 2003, la coordinación entre la SHCP y la SSA ha sido buena, lo que ha significado un aumento de los recursos asignados a la salud. Sin embargo, la falta de recursos para algunas instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) incide sobre la agenda de investigación en salud. La necesidad de buscar fondos externos para complementar los recursos públicos genera la entrada de actores privados en el financiamiento de esas instituciones. En el caso del INSP, la industria tabacalera participa en el financiamiento. Se plantea entonces la problemática del conflicto entre financiamiento e investigación sobre el tema "tabaco y salud" como uno de los más importantes en este aspecto.

La misma industria tabacalera fue también el centro de una incompatibilidad entre un convenio internacional firmado por México y un convenio concluido entre la Secretaría de Salud y la industria tabacalera en México. A nivel internacional, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (auspiciado por la OMS) firmado en 2003 invitaba a los estados a no privilegiar los intereses comerciales sobre los intereses de salud pública. Durante la primera "conferencia de las partes del convenio marco para el control del tabaco", México recibió el "anti-premio cenicero sucio" por más de 200 ONG participantes de la conferencia por haber llevado políticas de lucha contra el tabaquismo contrarias al convenio internacional. Denunciaban esencialmente el convenio firmado en 2004 entre la Secretaría de Salud, Philip Morris Mexico y British American Tobacco que, según las ONGs, impedía el aumento de impuestos, limitaba a la cara posterior del producto el espacio para las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros, impedía colocar imágenes o pictogramas y permitía el uso de "términos engañosos como light y suaves" y se alejaba de la posibilidad de la prohibición total de

⁷⁷ Entrevistas con Investigadores del INSP, 2009

cualquier tipo de publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco. Además México declaró durante la conferencia que este tipo de acuerdo con la industria tabacalera era ejemplar y que debía servir de modelo para los demás países. Por otro lado, la Secretaría de Salud defendía que el convenio aportaba recursos para financiar el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular (4 mil millones de pesos en 2006)⁷⁸ y programas contra las enfermedades del tabaquismo (a razón de 1 peso por cajetilla). En 2007, el convenio fue cancelado.

En términos de gobernanza, se pueden destacar tres puntos: 1) la industria tabaquera tiene un peso en la determinación de las políticas de salud pública en México por el peso comercial que tiene y los recursos fiscales que genera; 2) en término de gobernanza global, los acuerdos internacionales ven su limitación en las fuerzas de los actores internos al país; 3) la sociedad civil es capaz de incidir sobre las políticas nacionales de salud, particularmente cuando denuncia las acciones de un gobierno a nivel internacional.

2.3.4 *Relación con la OPS/OMS*

México, como país del continente americano, es vinculado a la OMS a través de su oficina regional, es decir la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La relación entre México y la OPS/OMS ha sufrido altibajos, principalmente como consecuencia de las aspiraciones de personalidades mexicanas para encabezar la OMS y la OPS a inicios de los años 2000. Por consiguiente, la influencia de estas organizaciones en la toma de decisión de políticas públicas en salud en México cambió en función del estatus de la relación. Sin embargo es importante distinguir las relaciones de la OPS, por una parte, con el gobierno federal, y por otra con los gobiernos estatales. Hoy en día, se considera que México está en una etapa de recuperación de la relación con la OPS.

Enfriamiento de relación. En el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006), el entonces director general del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Jaime Sepúlveda Amor, y el secretario de salud (federal), Julio Frenk, eran respectivamente candidatos para la dirección de la OPS en 2002 y de la OMS en 2003. Sin embargo, de las dos candidaturas, ninguna resultó exitosa.

⁷⁸ Para mayor referencia, véase La Jornada (2006).

En el caso de Jaime Sepúlveda, su candidatura sufrió particularmente de la pérdida del apoyo del voto cubano por factores esencialmente de política exterior ajenos al campo de la salud. Cuba constituye un actor particularmente clave dada su influencia sobre los países del Caribe conformados generalmente en un bloque cohesionado (16 miembros incluyendo Cuba, República Dominicana y Suriname; la OPS cuenta con 35 miembros) y dada su capacidad para alinearlos sobre su postura⁷⁹. En realidad, la posición cubana fue consecuencia del deterioramiento de la relación diplomática bilateral con México. Por una parte, las presiones que México había ejercido sobre el gobierno cubano para que no asistiera a la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Financiación y el Desarrollo llevada a cabo en Monterrey en marzo de 2002 hubieran reforzado el voto, si no a favor de Argentina, por lo menos en contra de México. Por otra parte, no sin relación con el retiro de la participación de Fidel Castro en Monterrey, México había votado en contra de Cuba en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU unos días después de la cumbre, debilitando un poco más la probabilidad de un apoyo a la candidatura mexicana a la OPS⁸⁰. A pesar de todo, para intentar obtener el voto cubano, el INSP, dirigido por Sepúlveda desde el 1995, ofreció becas para que cubanos realizaran estancias en México⁸¹. Sin embargo, los esfuerzos quedaron sin resultados y Cuba decidió apoyar la candidatura de la argentina Mirta Roses, llevando con esta decisión los votos de los países del Caribe.⁸²

En este caso, es particularmente rescatable la interacción existente entre la política exterior y la elección a la cabeza de un organismo regional enfocado a asuntos de salud pública que es a priori ajeno a factores políticos internacionales como los derechos humanos. Para el análisis de la gobernanza, se plantean dos preguntas relacionadas: 1) ¿Cuál es el interés de México en llegar a la cabeza de la OPS o de la OMS?; 2) ¿Cómo hubiera cambiado el papel de la OPS o de la OMS en la gobernanza en salud en México en caso de que uno de los dos hubiera llegado a la cabeza de esos organismos?

⁷⁹ Singh (2002).

⁸⁰ Véase El Universal (2005) y Vautravers Tosca.

⁸¹ Entrevista con investigadores del INSP.

⁸² Véase El Periodista (2004).

Según el presidente Fox, las candidaturas tenían como propósito de "poner en alto el liderazgo de México y su capacidad para dirigir el sistema regional de salud"⁸³. El interés de México para entrar en la OPS no estaba realmente conectado con un objetivo de salud, sino que formaba parte de una dinámica de política exterior del país que consistía en querer figurar sobre el escenario internacional, particularmente a través de organismos intergubernamentales regionales e internacionales. Esto se había logrado cuando integró en Enero 2002 el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas como miembro no permanente, pero falló en los intentos de Sepúlveda a la OPS, Frenk a la OMS (en 2003 y 2006), y del entonces Secretario de relaciones exteriores Ernesto Derbez a la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2005.

¿Qué hubiera cambiado al nivel de la salud en México si Julio Frenk o Jaime Sepúlveda hubiesen sido electos? Probablemente no mucho para la salud mexicana. Después de las derrotas en los dos más importantes organismos internacionales de salud, la relación con éstas se hizo más débil a nivel nacional a pesar de buenas relaciones con las entidades estatales donde la OPS lleva programas con bastante éxito, particularmente en Chiapas. A nivel federal, las cooperaciones de la Secretaría de Salud se realizaron de manera más importante con el Banco Mundial que con la OMS o la OPS. Esto ocurrió esencialmente por el papel de Julio Frenk como Secretario de Salud. Antes de encabezar la secretaría de salud en el 2000, Frenk había trabajado estrechamente con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el diseño de las reformas sectoriales de salud basadas en los principios de reducción de gasto público (y liberalización de los servicios públicos) promovidos por el BM y el FMI. El trabajo se concluyó en 1996 con la publicación del documento "*Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para las reformas de los sistemas de salud en América Latina*" (Lodoño, Frenk, 1996). Cuando llega a la Secretaría de Salud, la reforma de descentralización que Frenk lleva a cabo sigue entonces más la lógica del concepto de "Pluralismo Estructurado". En 2002, un préstamo de 350 millones de dólares fue contraído por México proveniente del Banco Mundial con el fin de financiar el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (Procedes)⁸⁴. Muchos criticaron

⁸³ Véase El Universal (2005).

⁸⁴ Véase Secretaría de Salud (2002) y Ramírez (2008).

que en realidad el préstamo era destinado a financiar el Seguro Popular que se había apenas aprobado en el Congreso. Sin embargo, no hay evidencia de que éste fue el caso.

El enfriamiento, sin hablar de ruptura, de la relación entre la OPS y México fue fuertemente vinculado con su voluntad de mostrar que el país no necesitaba ayuda externa en el ámbito de la salud, y que, por el contrario, era capaz de exportar conocimiento y proveer asesoría a otros países. El distanciamiento del gobierno federal de México con la OPS resultó entonces de un factor más político de carácter individual que de una lógica de salud pública propiamente hablando.

Recuperación de la relación. En realidad, la influencia de la OPS/OMS es sobre todo intelectual a nivel federal a través de la elaboración de una agenda internacional y regional de salud. Su misión consiste principalmente en promover la cooperación internacional y el compartimiento de las experiencias y conocimientos de cada país. La OPS/OMS no tiene entonces un poder o una influencia directa mayor en la toma de decisión nacional. Sin embargo, el gobierno federal se apoya en ésta para respaldar las decisiones que toma. Tal fue el caso para la crisis de la influenza H1N1 en 2009 (lo que se abordará más a detalle en el capítulo 3) pero también para programas de seguridad vial o salud ambiental.

Sin embargo, la OPS tiene un papel mayor al nivel estatal particularmente en los estados fronterizos del sur (Chiapas y Oaxaca), pero también del norte donde se llevan a cabo programas enfocados a la salud del migrante y de las poblaciones indígenas que sufren de una fuerte marginalización. En Chiapas, la colaboración importante del gobierno estatal con la organización encontró su máxima expresión en 2008 con la creación de la primera oficina permanente de la OPS en un estado de la República, única representación en el mundo que no está ubicada en la capital de un país⁸⁵. Esta creación fue el resultado de una demanda del propio gobierno de Chiapas. La representante de la nueva oficina, Margarita Aguilar Ruiz, declaró que *"por primera vez vamos a tener en el seno de la entidad la posibilidad de que los actores claves que pueden detonar un cambio en la configuración epidemiológica de los vectores estén presentes para tomar decisiones puntuales con una confluencia de recursos, asesoría*

⁸⁵ La OMS tiene una oficina en Lyon pero tiene una vocación de coordinación internacional en el marco del RSI, no de representación específica de la organización en el territorio francés.

técnica y capacidades que puedan asegurar un futuro más exitoso para el estado de Chiapas en el tema de la política sanitaria"⁸⁶.

La interacción entre la OPS y México es entonces más concreta y funcional con las autoridades estatales y locales que con las federales. La gobernanza nacional en salud no es fundamentalmente modificada por la intervención de la OPS.

2.4 Gobernanza en Francia

2.4.1 El sistema de salud en Francia: visión general

Sistema de seguridad social. El sistema de seguridad social se caracteriza por una cobertura universal de la población. El 97% de la población está cubierta por tres regímenes obligatorios de cobertura (*Régime général de la Sécurité Sociale*⁸⁷ con el 85% de la población, *Mutualité Sociale Agricole (MSA)* con el 7%⁸⁸, y *Régime Social des Indépendants (RSI)*⁸⁹ con el 5%) mientras que el 3% restante está bajo regímenes especiales (Marina, Mineros, Sociedad de los ferrocarriles Franceses, etc.). La afiliación a esos regímenes se basa en criterios como la actividad profesional (los desempleados declarados tienen derecho a la afiliación al régimen general también) o al estatus familiar. Sin embargo, para las personas que no cumplen con esos criterios, la "*Couverture Maladie Universelle (CMU)*"⁹⁰ instaurada en 2000 garantiza a cualquier persona residente en el territorio (de conformidad con las autoridades) una afiliación gratuita al régimen general de la seguridad social (en 2008, 1.5% de la población era afiliada al Régimen general a través de la CMU, es decir, 950 000 personas). Existen "*mutuelles complémentaires*" y "*seguros privados*" que cubren la parte no-reembolsada por los regímenes obligatorios (los regímenes obligatorios, según los servicios médicos y las medicinas, reembolsan una cierta cantidad, generalmente 35%, 65% o 100% del costo). En 2004, 92% de la población gozaba de una cobertura complementaria, por *Mutuelle* o por seguro privado⁹¹.

⁸⁶ Véase para mayor referencia: <http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20081022114400>

⁸⁷ *Régimen general de la seguridad Social:* cubre los asalariados del comercio y de la industria y sus familias, así como los voluntarios que se afilian.

⁸⁸ *Mutualidad Social Agrícola:* Cubre los trabajadores del sector agrícola con sus familias.

⁸⁹ *Régimen Social de los Independientes.* Cubre a los artesanos y las profesiones liberales.

⁹⁰ *Cobertura Universal para la Enfermedad,* instaurada en el 2000.

⁹¹ Véase, Sénat, Commission des Affaires Sociales (2004).

Financiamiento: En 2007, el gasto público en salud representaba 79.2% (1.1% del Estado y el resto para los regímenes obligatorios) del gasto total en salud mientras el 20.8% restante era realizado por agentes privados (32.2% de éste era constituido por el denominado “gasto de bolsillo” de las familias, y el resto era cubierto por los seguros complementarios y privados)⁹². En el estudio de la gobernanza, es importante notar que los tres regímenes obligatorios o "*fondos de seguridad social*" (Régimen General, MSA y RSI) se unificaron para crear la *Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie* (UNCAM)⁹³, que tiene la responsabilidad del manejo de los fondos a través de 16 fondos regionales (*Caisses Régionales d'Assurance Maladie*) y 128 fondos locales (*Caisses Primaires d'Assurance Maladie*). Un elemento característico del sistema de seguridad social es su déficit crónico, que empezó en 1950⁹⁴ y que siempre ha sido el tema de fondo de las reformas del sistema de salud y de protección social. Desde 2004, el déficit oscila entre 12 y 5 mil millones de euros cada año y podría alcanzar 9.4 mil millones en 2009⁹⁵. En el trinomio "accesibilidad-calidad-financiamiento", es seguramente el financiamiento que ha constituido la mayor problemática y fuente de discordia entre los actores de la salud en el país.

2.4.2 Actores

Los actores de la gobernanza en salud son: El Estado, el Ministerio de Salud⁹⁶, los fondos de seguridad social y las organizaciones de la sociedad civil (dividido entre las organizaciones representantes de los profesionales de salud, las organizaciones representantes de los usuarios y las que representan intereses económicos).

Es importante notar que las políticas de salud no entran dentro de las funciones de la Unión Europea sino que son la responsabilidad exclusiva de cada Estado.

2.4.3 Procesos de toma de decisión

Como consecuencia de los problemas de déficit en el financiamiento de la seguridad social, se llevaron a cabo una serie de reformas que modificaron el papel de

⁹² Véase WHO Statistical Information System (2009).

⁹³ *Unión Nacional de los Fondos de Seguros Médicos*.

⁹⁴ Véase Hassenteufel (2001).

⁹⁵ Véase La Documentation Française (2009).

⁹⁶ La denominación oficial es el "Ministerio de la Salud y del Deporte".

cada actor en la toma de decisión en políticas de salud. Un gran viraje fue dado en el 1996 con las "ordenanzas Juppé" (primer ministro en esa época) que, en términos de gobernanza, modificó tres puntos principales: 1) la imposición de un límite en el gasto de seguridad social a través de la "ley de financiamiento de la seguridad social" votada anualmente en el parlamento que define el "*Objetivo Anual del Gasto de la Seguridad para la Enfermedad (ONDAM)*"⁹⁷; 2) la creación de Agencias Regionales de Hospitalización (ARH) para asignar presupuesto a cada hospital y controlar su desempeño; 3) plantea las bases para instaurar la representación obligatoria de los pacientes (o usuarios del sistema de salud) en los consejos de administración de los hospitales y las instancias de salud pública (a nivel local, regional y nacional).⁹⁸

Esa reforma reforzó el peso del Estado a través del parlamento en la definición de las políticas de salud puesto que la ley de financiamiento se asocia también con objetivos generales y políticas nacionales de salud. Se reforzó también el control de su implementación en las regiones a través de las ARH. Sin embargo, la definición de las políticas de salud es resultado en una mayor proporción de un proceso de negociación entre los diferentes actores (Ministerio de Salud, organismos de seguridad social, los profesionales de la salud y los usuarios) aprobada en el parlamento que de una definición unilateral por parte de los diputados y senadores. Existe una red compleja de organismos regionales y nacionales interconectados cuyas interacciones resultan en la definición de las políticas de salud (Ver anexo 3). Es particularmente a través de estos organismos que la sociedad civil participa y puede influir en la toma de decisiones.

Distinguiremos a continuación los procesos de toma de decisión en cuanto a las políticas de salud (definición de la agenda de salud y organización sanitaria) y la toma de decisión en cuanto al financiamiento de la seguridad social (cobertura de los gastos en salud de los usuarios).

La toma de decisión en las políticas de salud e implementación de esas. El organismo final en el cual se basan las reformas que tocan el sector salud es el "Alto Consejo de Salud Pública" (*Haut Conseil de la Santé Publique*). Es así que las reformas del 2004 del sistema de salud y del sistema de seguridad social se basaron en las

⁹⁷ *Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)*.

⁹⁸ Véase République Française (1996).

recomendaciones resultantes de un consenso entre todos los actores de esta entidad: representantes del Estado, de los organismos de seguridad social, de los organismos de seguros complementarios, de las comisiones parlamentarias, de los sindicatos, de los profesionales de salud y de los usuarios. El Alto Consejo de Salud pública se basa en los informes de dos organismos nacionales: la "Conferencia Nacional de Salud" y el "Comité Nacional de organización Sanitaria y Social"; éstos sintetizan los informes de sus contrapartes en cada región (Conferencias Regionales de Salud y Comités Regionales de Organización Sanitaria y Social). A cada nivel, representantes de todos los actores están presentes. Esas instancias regionales proporcionan una retroalimentación sobre la efectividad de las políticas públicas nacionales de salud, y emiten propuestas y recomendaciones al respecto.

Sin embargo, la presencia de esos actores no implica que tengan una influencia mayor en la toma de decisión. Particularmente a nivel local, el modo de elección de representantes de los pacientes y usuarios, la falta de financiamiento de las organizaciones, y la falta de capacitación (aunque en teoría es garantizado por ley⁹⁹), son factores limitantes para lo que la Conferencia Nacional de Salud denomina la "*Democracia Sanitaria*"¹⁰⁰. En cuanto al modo de selección de los representantes, existen varias tendencias. Por ejemplo a nivel de los consejos de administración de los hospitales, la dirección del hospital elige a representantes "dóciles que se conforman con las decisiones", o "prolonga el periodo de las organizaciones ya presentes desde el año anterior", o bien "elige a propósito a las asociaciones más preparadas para debatir"¹⁰¹. La efectividad y utilidad de la participación de los representantes de pacientes y usuarios en las instancias no son entonces aseguradas en la realidad. Además, hay una disparidad de representatividad entre los niveles de representación.

En las instancias regionales, la representación de los usuarios es bastante desarrollada con, por ejemplo, 204 representantes para 52 instancias en la región

⁹⁹ El Artículo L1114-1 del *Code de la Santé Publique* afirma que: "*Los representantes de los usuarios en las instancias mencionadas anteriormente tienen derecho a una capacitación para facilitar el ejercicio de este mandato*".

¹⁰⁰ Véase *Conférence Nationale de Santé* (2008).

¹⁰¹ Véase *Société Française de Santé Publique*, 2004, p. 25.

"Rhône-Alpes". En contraste, a nivel nacional no hay ningún representante en la *Unión Nacional de los Fondos de Seguros Médicos*¹⁰² (UNCAM).

El papel de los usuarios en la toma de decisión es variable según las instancias. Como lo declaró el Ministro de Salud en 2006, uno de los retos del sistema de salud es "el empoderamiento de los pacientes para que tengan más que decir en los asuntos de salud"¹⁰³. Sin embargo, numerosas OSC presionan a las autoridades políticas particularmente en el ámbito de la seguridad alimentaria, así como en otros temas importantes, tales como el cultivo de los Organismos Genéticamente Modificados (OGM) o la lucha contra la obesidad infantil. En ese último caso, en marzo 2009, las OSC intentaron influir a través de acciones de presión sobre los parlamentarios, para que se apruebe una enmienda que limitara los anuncios publicitarios para productos alimenticios durante programas televisivos destinados a los niños¹⁰⁴. El ministro de Salud había prometido un mes antes que implementaría medidas para impedir la difusión de anuncios publicitarios de algunos productos alimenticios. Sin embargo, se abandonaron estos proyectos para firmar, en colaboración con las autoridades audiovisuales francesas, una carta con las empresas publicitarias y la industria agro-alimenticia en la cual se incluyeron sólo medidas de sensibilización pero no de prohibición¹⁰⁵. A cambio esta carta, el gobierno se había comprometido en no legislar durante los próximos cinco años sobre el sector publicitario. Ante la actitud del gobierno, las OSC (27 sociedades científicas y 13 asociaciones civiles) decidieron utilizar otro canal para lograr sus objetivos y presionaron directamente sobre los parlamentarios para pedir que la enmienda se aprobara. Sin embargo, la enmienda fue rechazada el 9 de Marzo de 2009.

A nivel de la implementación de las políticas, la reforma del sistema de salud de 2004 dio un paso hacia la descentralización. Si bien, como se ha explicado anteriormente, las grandes líneas de las políticas de salud se toman en el parlamento y en instancias consultivas nacionales, la implementación de esas es competencia de las

¹⁰² Véase Conférence Nationale de Santé (2009).

¹⁰³ Véase EuroHealth, 2006, p.15.

¹⁰⁴ Véase Assemblée Nationale, *Amendement N° 552*; 6 février 2009.

¹⁰⁵ Declaración de R.Bachelot, Ministro de Salud, 9 Marzo 2009. Para mayor referencia, véase: http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2008-2009/20090186.asp#P3045_9653

entidades descentralizadas, las "Agencias Regionales de Hospitalización (ARH)". El papel de éstas consiste en aterrizar y adaptar los lineamientos nacionales a las especificidades regionales según las demandas de salud (según el perfil epidemiológico de cada región, los servicios de salud deberán, por ejemplo, enfocarse a la atención del cáncer más que de enfermedades infecciosas). La reforma transfirió mucho poder de toma de decisión a esas agencias regionales quiénes firman "contratos asociados de metas" con los establecimientos públicos y privados de salud cada 3 o 5 años, en función de los cuales se les asigna fondos. La toma de decisión de las políticas de salud es, entonces, parte de la responsabilidad de las agencias regionales¹⁰⁶.

La toma de decisión en las políticas de financiamiento de la salud. Las reformas del sistema de salud y del sistema de seguridad social del 2004 han modificado la gobernanza en salud en Francia, especialmente la relación entre el Estado y los fondos de seguridad social que tradicionalmente se oponían a la "definición de las políticas de salud pública" con las "funciones de financiamiento"¹⁰⁷. Los principales cambios de responsabilidades de los fondos (unificados en una sola entidad, UNOCAM) se recapitulan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Impacto de la reforma de 2004 sobre la asignación del poder de decisión

Función	Antes de las reformas	Después de la reformas
En la actividad liberal: Negociar con los representantes de los médicos y profesionales de la salud los precios de las consultas a reembolsar.	El Estado podía rechazar el resultado de las negociaciones con base en múltiples criterios, incluido su impacto en las finanzas nacionales.	El Estado sólo puede rechazar el resultado de las negociaciones con base en argumentos legales o de salud pública.
En los hospitales y para las medicinas: Definir el paquete de las consultas y medicinas cubiertas por la seguridad social	Responsabilidad del Estado.	Responsabilidad de la UNOCAM, asistido por la "Alta Autoridad de Salud" y la "Unión Nacional de los Organismos Complementarios de Seguridad para Enfermedad (UNOCAM)"

¹⁰⁶ Esto no significa que las Regiones como "entidad política" tengan una influencia en las decisiones de salud.

¹⁰⁷ Por "estatal", se entiende del Estado como autoridad nacional, no el estado como entidad federativa como en el caso de México donde se diferencia federal, estatal y municipal.

Función	Antes de las reformas	Después de la reformas
Fijar los niveles de co-pago del usuario por servicio médico.	Responsabilidad del Estado.	Responsabilidad de la UNCAM asistido por la UNOCAM (aunque el estado pueda oponerse en base a razones de salud pública)
Respetar los objetivos de gasto fijados en el parlamento (ONDAM)	Responsabilidad del Estado.	Se asume que los fondos tienen la capacidad e instrumentos para conformarse con el ONDAM. Es controlado por un comité independiente

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo: Franc, C. y D. Polton (2006), "New governance arrangements for French health insurance", *Eurohealth*, Vol.12, No3, 2006.

En términos de gobernanza, existe un mayor poder de toma de decisión para los fondos de seguridad social asociado con una mayor responsabilidad y autonomía de gestión pero con una supervisión estatal fuerte. Los profesionales de salud tienen su espacio de negociación con la UNCAM lo que les permite defender sus intereses a través de los precios acordados para cada servicio médico.

El proceso de descentralización se sigue fortaleciendo con la reciente reforma de la organización de los servicios de salud votada en junio 2009 en el parlamento. La reforma pretende unificar en una sola entidad llamada "Agencias Regionales de Salud (ARS)" los actores de financiamiento de la salud (organismos de la seguridad social) y los actores de organización de los servicios de salud (ARH y otras entidades del Estado). Se supone que la toma de decisiones serán más consensuales y basadas en las demandas y necesidades específicas de cada región. Sin embargo, la reforma, habiendo sido votada cinco meses antes de la conclusión de este documento, resulta difícil determinar en que medida afectó la gobernanza en salud.

Las políticas de financiamiento de salud son, entonces, el resultado de una interacción entre el parlamento, quién vota el presupuesto global, los fondos de seguridad social (unificados en el UNCAM y consultando los seguros complementarios y privados a través de la UNOCAM) y los profesionales de salud.

2.4.4 *Relación con la OMS*

La relación de Francia con la OMS se enfoca esencialmente en la firma de acuerdos de investigación en salud. Francia financia a la OMS, aporta una ayuda a la elaboración de guías de referencia internacional, e influye sobre la definición de las prioridades de salud internacional. En 2008, el Ministerio de Asuntos Exteriores, el Ministerio de Salud y la OMS firmaron un acuerdo de cooperación para el periodo 2008/2013 que incluía la participación financiera de Francia¹⁰⁸ y el refrendo de prioridades de salud internacional: seguridad sanitaria, mejoramiento de los sistemas de salud, salud medioambiental y enfermedades crónicas que esencialmente corresponden a la agenda de salud francesa¹⁰⁹.

Por otra parte, la influencia de la OMS sobre la definición de políticas de salud o de toma de decisión en Francia es baja. La OMS puede incidir puntualmente cuando las leyes de seguridad alimentaria y medioambiental hacen referencia a los "valores-referencias" establecidos internacionalmente en los acuerdos como *Codex-Alimentarius*, pero su capacidad de influencia permanece limitada.

2.5 *Comparación entre Francia y México*

La gobernanza en salud entre los dos países presenta diferencias notables cuyas raíces se extienden desde el ámbito del sistema político hasta la cultura democrática, pasando por la economía.

Primero, la responsabilidad de la organización y del financiamiento de los servicios de salud es compartida en México entre el nivel Federal y los estados, mientras en Francia es una exclusividad del poder central (las regiones "político-administrativas" no intervienen). El factor "partido político en el poder" tiene una importancia fundamental en la implementación de las reformas descentralizadoras en México, mientras que en Francia la descentralización no depende de los partidos políticos mayoritarios en las regiones. Esto se traduce en una implementación de las reformas más lenta a nivel de los estados en México que en las regiones en Francia,

¹⁰⁸ Contribución obligatoria de 30 millones de dólares por año, además de una contribución voluntaria de 29 millones para 2008 y 2009.

¹⁰⁹ Véase République Française (2008).

puesto que los estados tienen un poder de oposición que las regiones francesas no tienen.

Sin embargo, en ambos países el control central sobre las decisiones de políticas de salud es preponderante. La Secretaría de Salud en México y el Ministerio de Salud en Francia son los mayores actores de la gobernanza en salud nacionales, puesto que en gran medida definen la agenda sanitaria nacional. A pesar de las descentralizaciones, las políticas de salud permanecen bajo un fuerte control del Estado (central) puesto que las leyes de financiamiento, así como de definición de la agenda de salud nacional, se fijan en el Congreso y en el Parlamento.

Las OSC son relativamente débiles en México por la falta de cultura democrática en el país, herencia del siglo XX. En la práctica, los gobiernos estatales y federal no otorgan un papel importante a la sociedad civil en la formulación de las políticas, limitándose generalmente a informar a éstas de las decisiones tomadas y acciones realizadas. En Francia, aunque presenta debilidades, la sociedad civil está presente en casi todos los niveles de toma de decisión (hospitales, autoridades regionales de salud y a nivel nacional en el Alto Consejo de Salud Pública). La Iglesia Católica es un actor cuyo peso difiere mucho en las políticas de salud. En Francia, la legalización (a nivel nacional) del aborto en 1975, ha desaparecido definitivamente el último ámbito de salud en el cual la Iglesia tenía todavía influencia. En México, la Iglesia católica es todavía influyente sobre las decisiones en cuanto a ese tema, aunque es difícil saber si es por su influencia sobre los políticos o sobre la población.

A nivel nacional, la influencia de los actores internacionales en las políticas de salud permanece circunscrita a un aporte intelectual sobre las problemáticas generales de salud pero no es determinante. A nivel estatal en México, la OMS/OPS tiene un papel más activo en la definición e implementación de programas de salud pública enfocados al migrante y a las poblaciones marginadas. En Francia, esta influencia local es inexistente. La falta de recursos y de personal experto de las autoridades estatales y locales puede explicar en parte la mayor influencia que tiene la OPS en ciertos estados de México que la influencia que tiene la oficina regional de la OMS para Europa en Francia.

Capítulo 3: Cambio de gobernanza en crisis sanitaria: el caso de la Influenza A(H1N1)

3.1 Introducción

Aunque es imposible establecer exactamente la fecha exacta de aparición de los primeros casos, según el primer informe de la OMS del 24 de abril 2009, el 18 de marzo es la fecha inicial donde se detectan en el estado de Veracruz casos de gripa que pueden ser atribuidos a la Influenza A(H1N1)¹¹⁰. En México, la gobernanza en salud sufrió un cambio relativamente fuerte, centralizando toda la autoridad a la Secretaría de Salud. En Francia, la aparición más tardía de los primeros casos no provocó un cambio de la magnitud del mexicano, aunque también se reforzó el poder del Ministerio de Salud. A continuación se describe los cambios en la gobernanza en salud a nivel global, así como en México y Francia.

3.2 Gobernanza global durante la crisis sanitaria

Ante la emergencia del nuevo virus, la gobernanza global en salud ha tenido dos vertientes:

- 1) El papel de liderazgo de la OMS en la coordinación mundial de los esfuerzos de detección y lucha contra la Influenza A(H1N1) notablemente a través del Reglamento Internacional Sanitario (RSI);
- 2) El deterioro temporal de las relaciones bilaterales, consecuentemente, al trato de los ciudadanos extranjeros sospechados de haber contraído el virus, a las medidas comerciales restrictivas para la industria porcícola y al debate en cuanto a la denominación del virus.

A continuación se presenta el análisis de esas dos vertientes.

La OMS ha podido ejercer su liderazgo mundial en la gobernanza frente al nuevo virus particularmente en tres aspectos: la difusión de la información relativa al virus y a su combate; el apoyo para la denuncia de los comportamientos "no-conformes"

¹¹⁰ Véase World Health Organization, *Influenza-like illness in the United States and Mexico* (2009).

con los acuerdos internacionales por parte de algunos países, y la proporción de antivirales a los países.

A través del RSI, la OMS hizo uso de una herramienta eficaz en el monitoreo mundial de las epidemias. En el marco del RSI, los países miembros de la OMS tienen que reportar los brotes de ciertas enfermedades y eventos de salud pública. Es dentro de ese marco que México y los Estados Unidos reportaron desde el 18 de marzo casos de "síndrome gripal" cuya expansión rápida, asociada con complicaciones de la enfermedad, provocó la puesta en alerta de la OMS. El 18 de abril, con la formalización por parte de la OPS/OMS a través del Centre for Diseases Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, de la aparición de un nuevo virus en California, denominado "Influenza A(H1N1)", se puso en marcha un sistema de información mundial, que ha fungido como base de las medidas a tomar en cada país. Las respuestas de los países fueron distintas: unos siguieron las recomendaciones de la organización mientras otros fueron más allá de lo que recomendaba el RSI (Argentina, China, Hong Kong, entre otros).

El 24 de abril, un día después de que los laboratorios canadienses confirmaron que las muestras mexicanas correspondían con el virus detectado en Estados Unidos, la OMS publicó su primer comunicado, poniendo a todos los países en alerta. En éste, informó sobre los primeros elementos conocidos sobre el virus (síntomas, modo de transmisión, tipo de respuesta a los antivirales, población afectada y dispersión geográfica). Al mismo tiempo, *"la OMS y la OPS enviaban misiones de expertos a México para que colaboraran con las autoridades sanitarias del país, y para ayudar a sus Estados Miembros a reforzar las actividades epidemiológicas, el diagnóstico de laboratorio y el manejo clínico sobre el terreno"*¹¹¹. La consecuencia de esta alerta fue que los países latinoamericanos vecinos de México declararon "alerta sanitaria" y tomaron medidas preventivas. De acuerdo con el RSI, la directora de la OMS, Margate Chan, convocó el Comité de Emergencias en el cual se advierte del "potencial pandémico" de virus y se declaró la situación de *"emergencia de salud pública de*

¹¹¹ Loc. Cit.

*importancia internacional*¹¹². A partir de ese día, siguieron entre uno y dos comunicados diarios sobre la situación.

Estas actividades de recolección de información a partir de una red mundial de alerta y del envío de expertos en el terreno constituye la base de la acción de difusión de información sanitaria en el mundo. Es con base en esta información que se toman las decisiones de cambio de fases de alerta epidemiológica en función de las cuales se emiten recomendaciones de medidas sanitarias en los países. Esa es la primera función de la OMS en la gobernanza global en salud durante esa crisis.

La segunda función de la OMS en esa crisis fue sostener las demandas de algunos países que sufrían discriminación como consecuencia de la epidemia en sus territorios. Esa función se realizó particularmente a través de los comunicados.

Los comunicados informaban sobre la evolución de los casos pero también reafirmaban que la carne de cerdo bien cocida no presentaba riesgos de salud, y que la OMS no recomendaba restricciones a viajes, cierres de fronteras o restricciones al comercio. Esas declaraciones eran particularmente dirigidas a los 20 países que habían emitido restricciones (entre otros, China, Corea del Sur y Rusia) a la importación de carne de cerdo provenientes de Canadá, México, Estados Unidos, España y Reino Unido¹¹³. El papel de la OMS se vuelve entonces primordial en el manejo global de la pandemia. Los países como México, España o Estados Unidos utilizan a la organización como respaldo y apoyo para presionar a los gobiernos que imponen restricciones al comercio de productos porcícolas. Las declaraciones de la OMS en la gobernanza en salud repercutieron en el ámbito del comercio. La declaración conjunta de la OMS, la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) que estableció la ausencia de riesgo sanitario en el consumo de carne de cerdo¹¹⁴ constituyó un elemento más para que se levantaran las restricciones al comercio.

De manera similar, la OMS reiteraba las declaraciones sobre la nula necesidad de medidas restrictivas al movimiento de personas, y control en las fronteras, y que en

¹¹² Véase World Health Organization, Region Office for South-East Asia (2009).

¹¹³ Véase Organización Mundial del Comercio (2009)

¹¹⁴ Véase Food and Agriculture Organization (2009).

caso de ser tomadas debían estar de conformidad con el RSI, particularmente en relación con el respeto a los derechos fundamentales de los ciudadanos extranjeros. La persistencia de las cuarentenas mostró otra vez los límites de la efectividad de las recomendaciones emitidas por la OMS y de la gobernanza global. Particularmente, China levantó oficialmente el aislamiento de ciudadanos mexicanos el 11 Junio 2009¹¹⁵.

Todas esas medidas provocaron el enfriamiento temporal de las relaciones diplomáticas entre los países involucrados. La red diplomática ha tenido un gran papel en emitir quejas oficiales pero, otra vez, ciertos países (China y Rusia entre otros) mantuvieron sus medidas hasta finales de mayo, y hasta septiembre para algunos otros (Rusia en particular).

Una de las grandes problemáticas discutidas a inicios de abril fue la producción de una vacuna contra la influenza A(H1N1) para el siguiente invierno. Lo que preocupaba a la OMS en ese entonces era particularmente la capacidad de respuesta de los países en desarrollo, dada la escasez de recursos financieros para adquirir las vacunas. La industria farmacéutica tuvo un papel importante en la toma de decisión internacional. La OMS propuso que los laboratorios hicieran donativos de vacunas a los países que no tenían la capacidad de compararlos. Sin embargo, como lo declaró el director general de Novartis, *"Para que la producción sea viable, debe haber incentivos financieros"*, lo cual respondía de manera negativa a la demanda de la OMS¹¹⁶. En paralelo, Australia, Brasil, Estados- Unidos, Francia, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Reino- Unido y Suiza se comprometieron, bajo la iniciativa de la OMS, a entregar el 10% de sus vacunas a los países en vía de desarrollo a través de la organización intergubernamental¹¹⁷.

La industria farmacéutica influyó entonces en la definición de la respuesta internacional al no modificar su política de precios ante la pandemia, y a no responder a las demandas de los países en desarrollo frente a sus incapacidad de comprar las vacunas.

¹¹⁵ Véase Secretaría de Relaciones Exteriores (2009).

¹¹⁶ Véase Radio France Internationale, 15 de Junio de 2009.

¹¹⁷ Véase Centre d'actualité de l'ONU (2009).

3.3 Cambio de gobernanza en Francia

3.3.1 Manejo de la crisis a nivel nacional

Con la aparición del nuevo virus en América del Norte en el mes de abril, las autoridades sanitarias francesas se pusieron en alerta conforme a lo recomendado por la OMS. El que el sistema de alerta pandémico de la OMS se elevara a nivel 5 el 29 de abril provocó que Francia pasara al mismo nivel en un sistema de alerta nacional parecido al de la OMS¹¹⁸. Con ese cambio, se transformaron los esquemas de toma de decisión para enfrentar el riesgo de epidemia. Se instauró una Célula Interministerial de Crisis (CIC) bajo el mando del Ministerio del Interior¹¹⁹ en concertación permanente con el Ministerio de Salud¹²⁰. La asociación de estos dos ministerios en la toma de decisión proporciona al Ministerio de la Salud la capacidad de implementar restricciones potenciales al movimiento de las personas (imposición de cuarentenas, etc.) que son de la sola competencia del Ministerio del Interior. Sin embargo, por el tipo de crisis de la que se trataba (es decir una crisis sanitaria), el Ministerio de Salud era la fuente principal de las decisiones tomadas a nivel nacional.

Como todos los demás gobiernos, el gobierno francés se enfrentaba a una situación de incertidumbre entorno del modo de transmisión y del potencial letal del nuevo virus. Para Francia, el reto consistía en:

- evitar que el virus entrara y se propagara en el territorio nacional;
- asegurar la protección de los ciudadanos franceses en los países afectados por el virus;
- descubrir rápidamente su código genético con el fin de desarrollar lo más rápido posible una vacuna para proteger a la población de un eventual rebrote durante el invierno.

Dentro del territorio nacional, las decisiones tomadas en cuanto a la epidemia fueron sobre todo enfocadas al aislamiento de los alumnos enfermos en las escuelas, y

¹¹⁸ El sistema de alerta francés es muy parecido al sistema de la OMS. Tiene también seis etapas pero con una subdivisión del nivel 5 en "5A y 5B" que distingue la transmisión de humano a humano en el territorio nacional (5B) de una transmisión fuera del territorio (5A).

¹¹⁹ Equivalente a la Secretaría de Gobernación en México.

¹²⁰ Véase Ministère de la Santé et des Sports (2009).

la preparación de una posible epidemia para el siguiente invierno, a través de la compra de vacunas. Para tales efectos, la toma de decisión fue resultado de la interacción entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Educación Nacional y el Ministerio del Interior. Sin embargo, la decisión del cierre de los establecimientos de educación, aunque resulte teóricamente de una concertación entre autoridades educativas, sanitarias y gubernamentales locales¹²¹ estuvo, en los hechos, esencialmente basada en la recomendación de las autoridades sanitarias.

En cuanto a la gestión de la, entonces, futura campaña de vacunación, se pudo apreciar el unilateralismo gubernamental en la toma de decisión. La decisión de comprar 94 millones de vacunas para una población de 60 millones de habitantes con el fin de prevenir una epidemia en el invierno dado a un posible rebrote de Influenza A(H1N1) fue la fuente del mayor debate en esa crisis. La decisión fue, y sigue siendo, el objeto de muchas críticas por el exceso de "precaución" adoptado por el gobierno. El costo de la medida, que es de 1.5 mil millones de euros (al cual se agregan 240 millones para la movilización de los profesionales de salud) y que es financiada por el Estado y la Seguridad Social (50%/50%), es particularmente criticado por los partidos políticos de oposición así como una parte de los profesionales de salud, quienes deploran el aumento del, ya de por sí grande, déficit de la seguridad Social (12 mil millones de euros previstos para 2009). Sin embargo, la decisión fue tomada por el Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Interior y ninguna crítica pudo cambiarla. El Ministro de la Salud, Roseline Bachelot, destacó que en caso de que sobren vacunas, podrían "*ser usadas durante un periodo de 5 años o para políticas de solidaridad*", es decir, para donativos a países en desarrollo. En noviembre 2009, los inicios de la campaña de vacunación muestran una baja adherencia de la población, así como de los profesionales de salud, a la política del Ministerio de Salud, puesto que sólo el 10% de los profesionales de salud se vacunaron un mes después del comienzo de la campaña. La opinión pública, los partidos de oposición y parte de los profesionales de salud tendrán, seguramente, un gran poder crítico en el futuro apoyándose en los gastos innecesarios decididos por el gobierno en esta crisis sanitaria.

¹²¹ Las autoridades académicas, las autoridades sanitarias (DDASS), y las "collectivités territoriales".

3.3.2 Manejo de la crisis a nivel internacional

El Ministerio de Salud cooperó, primero, con el Ministerio de los Asuntos Exteriores (Ministère des Affaires Étrangères). Decidieron recomendar no-viajar a México mientras la situación no se mejorara, aunque no se decidió la suspensión de los vuelos entre los dos países, ni la imposición de restricciones comerciales¹²². Francia fue también al origen de una demanda ante la Unión Europea que pedía la interdicción o restricción de los vuelos de Europa hacia México, la cual fue rechazada por la Unión. Esas iniciativas fueron tomadas mientras todavía no había casos declarados de Influenza A(H1N1) en el país. El 4 de Mayo, dos días después de haber sido detectados los primeros casos en el territorio y casi una semana después de haber intentado suspender vuelos hacia México a nivel europeo y recomendado la cancelación de viajes a México, Francia decide enviar, a través del Ministerio de Asuntos Exteriores, 100 000 dosis de antivirales para el Gobierno de México. Aunque la decisión fue oficialmente tomada para "*expresar la solidaridad y cooperación (de Francia) con México y el pueblo Mexicano*"¹²³, también conllevaba seguramente un objetivo de recuperación, sin hablar de reparación, de la relación afectada por las decisiones tomadas la semana anterior por el gobierno francés con respecto a México.

La influencia de la OMS sobre las decisiones de Francia fue contrastante. Por un lado, fue relativamente importante en la instalación de la CIC cuando el gobierno Francés siguió el incremento en el nivel de alerta de la OMS. También fue importante en la decisión de Francia de proporcionar el 10% de las vacunas compradas por el gobierno a los países en desarrollo como lo recomendaba la OMS a los países desarrollados. Por otro lado, fue limitada en las decisiones tomadas por Francia en recomendar la cancelación o reporte de los viajes a México, o de no elevar el nivel de alerta nacional cuando la OMS declaró el nivel 6 el 11 de Junio¹²⁴. Como lo dijo un representante de la CIC, "*la situación en Francia es independiente de las decisiones de la OMS*"¹²⁵.

¹²² Ministère des Affaires étrangères et Européennes (2009).

¹²³ loc. cit.

¹²⁴ Véase Ministère de l'Intérieur (2009).

¹²⁵ Véase 20 Minutes.fr (2009).

3.4 *Cambio de gobernanza en México*

Con la aparición de los primeros casos de lo que iba a ser considerado como una pandemia, el Presidente Felipe Calderón decretó el 24 de abril el "estado de emergencia sanitaria"¹²⁶. A través del decreto, el poder ejecutivo proporcionó a la Secretaría de Salud la plena autoridad para tomar las decisiones en materia de salud:

"CONSIDERANDO

[...]Que la autoridad sanitaria, en la determinación de las medidas aludidas en el considerando anterior, será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por todas las autoridades administrativas del país:[...]

DECRETO

ARTÍCULO PRIMERO.- El Secretario de Salud, implementará, pondrá en práctica, coordinará y evaluará, todas las acciones que resulten necesarias para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica objeto del presente Decreto".
(Decreto Presidencial del 24 de Abril 2009, publicado en el DOF el 25 de Abril 2009)

En esta situación de emergencia sanitaria, la concentración de todos los poderes formales en el Secretario de Salud constituye la modificación más importante en término de gobernanza nacional en salud, pues la totalidad de las demás secretarías de estado y de las entidades públicas debían de someterse a las decisiones de la SSA.

Además de la introducción notable de las fuerzas militares y de seguridad pública y de los medios, los actores de la gobernanza no han cambiado fundamentalmente. Sin embargo, son las funciones de cada uno las que fueron modificándose en comparación con la gobernanza en una situación "normal" (sin crisis sanitaria). El sector privado, las ONG y la sociedad civil en su conjunto se convirtieron en agentes de "ejecución" de las decisiones tomadas por la Secretaría de Salud, mientras los gobiernos extranjeros y los organismos intergubernamentales (principalmente OMS/OPS, FMI, Banco Mundial y BID) adoptaron un papel más activo a través del apoyo financiero y técnico al servicio de la formulación de la respuesta a la epidemia.

¹²⁶ El decreto fue publicado el 25 Abril 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

3.4.1 Manejo de la crisis a nivel nacional

Durante los primeros días de la crisis, marcados por una gran incertidumbre frente al nuevo virus, la gobernanza de salud dentro del país estuvo caracterizada por una concentración del poder de decisión (tanto formal como informal) en la Secretaría de Salud, mandatada por la Presidencia, bajo la cual todas las secretarías, los estados, los partidos políticos, el sector privado y la sociedad civil se alinearon.

Las primeras decisiones que se tomaron a nivel nacional se dieron a partir de la detección de un número anormalmente elevado de casos de influenza estacional (no se identificaba todavía el virus de la influenza H1N1) y neumonía atípica grave, particularmente en los Estados de Oaxaca, San Luis Potosí y en el Distrito Federal, donde el 17 de abril se declaró la *alerta epidemiológica*. Es el 23 de Abril, después de la confirmación por los laboratorios canadienses de la aparición de un nuevo virus en las muestras enviadas por México, que la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública deciden, como medida preventiva, suspender las clases el 24 Abril 2009 para todos los niveles e instituciones educativas públicas y privadas en el Distrito Federal y en el Estado de México.

Después del decreto presidencial del 24 de abril, siguen una serie de medidas emprendidas por cada secretaría bajo la dirección de la SSA. En la siguiente tabla se compilan las medidas tomadas por cada secretaría en función a la fecha. Se puede ver que los efectos de la epidemia implicaron a 11 secretarías además de la SSA: Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Hacienda y del Crédito Público (SHCP), Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS), Secretaría de Economía (SE), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), Secretaría de Gobernación (SEGOB), Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y CONAGUA (SEMARNAT), Secretaría de Seguridad Pública (SSP) y Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA).

Tabla 2: Acciones tomadas por las Secretarías federales mexicanas como consecuencia de la crisis sanitaria

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
23 abril	Suspensión de las clases el 24 de abril en el DF y Estado de México								
24 abril			Ampliación del periodo para la declaración de personas físicas hasta el 31 de Mayo.						
25 abril	Ampliación de la suspensión de clases hasta el 6 de mayo en DF, Ed.Mex. y San Luis Potosí. Solicita "colaboración" para suspensión de eventos en: iglesias, estadios, teatros, bares, cines, etc.			Emite 10 recomendaciones al sector patronal para pedir "comprensión y sentido social" para con los trabajadores que pueden presentar síntomas.	Instruye a PROFECO ¹²⁷ para impedir abusos de comerciantes (asegurar el reembolso por eventos cancelados) o farmacéuticos.				
26 abril	COFEPRIS informa a los consumidores de posibles engaños con la compra antivirales en internet, y "exhorta" a las farmacias de no vender antivirales sin recetas.								

¹²⁷ PROFECO: Procuraduría Federal del Consumidor

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
27 abril	"epidemia en su punto crítico": suspensión NACIONAL de clases hasta el 6 de Mayo								
	Agilización para la entrada al país de los antivirales								
	Con CONAGUA (SEMARNAT) Suspensión de las obras de mantenimiento del Sistema Cutzamala para evitar escasez de agua								
28 abril	Lanzamiento de 110 Caravanas de Salud para realizar pruebas rápidas de detección de A(H1N1) en el DF y Estado de México.								
29 abril	Suspensión de actividades de la administración Pública Federal (1 a 5 de Mayo), salvo abasto de alimentos, medicinas, energéticos y seguridad		Los 6 mil millones de pesos del fondo de gastos catastróficos serán destinados al combate a la contingencia epidemiológica						
	Suspensión trabajos y servicios no esenciales de los sectores productivos.								

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
	Exhorta a los Estados a sumarse a esas medidas.								
30 abril	Ofrece red de camiones de DICONSA para distribuir 75 mil pruebas de detección H1N1 y 205 mil antivirales.					Cierre temporal de 8315 estancias infantiles operados por SEDESOL, con los centros de los programas Habitat e INAPAM (salvo centros de atención integral); ampliación fecha de pago de los programas 70 y más y Oportunidades: medidas de control en las tiendas LICONSA y DICONSA para evitar conglomeraciones	Instalación de filtros de detección del H1N1 en terminales de autobuses y aeropuertos (Cámaras térmicas y cuestionarios)		
1 mayo	Suspensión de actividades no esenciales a partir de ese día								

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
2 mayo	el IFE pone a disposición de la SSA 15 minutos diarios en Televisión y Radio para difusión de mensajes								Entrega los lineamientos sanitarios para la realización de los actos de campaña a los institutos electorales federales y estatales.
3 mayo	la SSA presenta los lineamientos para prevenir propagación de AH1N1 para restaurantes, Centros de Trabajo, transporte público, centros de reunión y campañas electorales.								
5 mayo			Medidas tributarias de carácter general; Medidas fiscales para sectores específicos; Medidas de financiamiento a sectores específicos		Toma acciones para eliminar las restricciones a la exportación de productos porcícolas: Declaraciones en la OMC y a China, Ucrania, Emiratos Árabes, Rusia, Azerbaijón, Ecuador, Bolivia y Honduras				

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
6 mayo	Flexibilización de las medidas de distanciamiento social: en restaurantes, cines, etc. Utilización del 50 % del aforo, espacio entre grupo de personas...							Medidas para desmitificar el consumo de carne de cerdo: revisión de 3.4 millones de cerdos (22% de la piana nacional); lanzamiento de campaña informativa al interior y en el extranjero para recuperar el nivel de exportaciones; acciones para congelar y conservar la carne que no ha salido al mercado; Acuerdos con productores para alargar la vida de los cerdos y evitar un cuello de botella en la comercialización; apoyo de Mil millones de pesos de apoyo al sector (Fondo Nacional de Garantías) y 200	

Fecha	SSA	SEP	SHCP	STPS	SE	SEDESOL	SCT	SAGARPA	SEGOB
								millones de pesos para facilitar futuras operaciones de mercado; Inicios de investigaciones para establecer esquemas de medición, prevención y bioseguridad en Granjas	
13 mayo	COFERPRIS publica los resultados de las acciones de vigilancia sanitaria iniciadas el 24 de abril: emitió 36 órdenes de suspensión de publicidad engañosa.								
15 mayo	SSA declara que los principales centros turísticos del país son libres de influenza que pueden acudir a ellos (Cancún, Puerto Vallarta, Zihuatanejo, Mazatlán, Los Cabos y Cozumel)								

Fuente: Elaboración propia a partir del documento: Secretaría de Salud (2009), "El sector productivo apoyó sin reservas las medidas sanitarias", *México Sano*, número especial, junio de 2009, México, Secretaría de Salud.

Estas 11 secretarías colaboraron plenamente y en reciprocidad con la Secretaría de Salud. Por una parte, apoyaron a la SSA en la implementación de medidas preventivas (como CONAGUA o la SEP), y por otra parte la SSA apoyó también las demás secretarías para limitar las repercusiones del H1N1 en sus sectores, como fue el caso en la elaboración de comunicados nacionales e internacionales para certificar que la carne de cerdo no era afectada por el H1N1. Otra acción de la SSA en ese sentido fue la promoción del turismo, también a partir de la difusión de comunicados que afirmaban la seguridad sanitaria en las zonas turísticas del país.

Además, destacaremos el doble papel de la SHCP en desbloquear fondos para la lucha con la epidemia, y paralelamente, en las medidas fiscales y de financiamiento al sector productivo para contrarrestar los efectos colaterales de las medidas sanitarias preventivas.

Durante ese primer periodo, la gran mayoría de los actores apoyaron las acciones emprendidas por la SSA. Los medios de comunicación fueron un componente clave en la efectividad de las medidas emprendidas por la Secretaría. Difundieron las decisiones tomadas por ésta y a las recomendaciones de prevención de contagio que emitía. La presencia significativa del tema del H1N1 en todos los periódicos, en la radio y en la televisión permitió asegurarse, independientemente de los efectos de saturación sobre una parte de la población, que era poco probable "no ser" informado de la situación y de las medidas sanitarias recomendadas.

La influencia de los partidos políticos en la toma de decisiones fue casi nula durante ese periodo. Se reflejó su "pasividad" con su mutismo en la prensa. El desconocimiento de la amplitud de la "amenaza" que representaba el H1N1 para el país en ese periodo incitaba, probablemente, a los partidos políticos a adoptar un discurso prudente *vis-à-vis* la acción gubernamental tanto federal como estatal.

Esa misma incertidumbre alrededor del virus provocó un relativo alineamiento del sector privado con las decisiones de la SSA, aunque no era particularmente favorable a una suspensión de sus actividades, sobre todo los restaurantes, los cines o los bares. El 29 de Abril, el presidente de la Asociación Mexicana de Empresas para Atención de Cruceros Turísticos (Amepac) declaraba, por ejemplo, que "*La influenza*

*porcina definitivamente va a pegar en la economía, pero es preferible que se pierdan 700 mil dólares o más que propiciar un contagio masivo de turistas*¹²⁸. El Secretario de Turismo anunciaba, una semana después del inicio de la epidemia, que la ocupación hotelera había bajado entre un 28% y 70%, según los estados, después del inicio de la contingencia sanitaria¹²⁹. Sin embargo, esta postura solidaria cambiaría poco tiempo después con las presiones del sector para la reapertura de los negocios, especialmente en el Distrito Federal.

La sociedad civil era solidaria también con las decisiones del gobierno federal. Aceptó las decisiones tomadas por la Secretaría de Salud, aplicando las medidas recomendadas o impuestas por ésta. Otra vez, se puede suponer que la incertidumbre alrededor a la epidemia favoreció el seguimiento de las decisiones del Gobierno Federal sin interferir con ellas, ni en su formulación, ni en su aplicación.

A partir de los últimos días de abril, la posición de los actores cambió. Las medidas de contingencia empezaban a tener efectos muy perjudiciales sobre la actividad económica del país, pero sobre todo del DF, donde las decisiones habían sido las más restrictivas¹³⁰. Fueron los cines y restaurantes quienes presionaron más al gobierno federal para el levantamiento de las restricciones. Sin embargo, no fue a través de la Secretaría de Economía que se llevaron a cabo las protestas dado el decreto presidencial que daba autoridad de la SSA sobre ésta, sino a través de los medios¹³¹.

Fue ante el anuncio del 25 de abril, donde se hacían del conocimiento público las medidas drásticas decididas por el gobierno del DF, que consistían, específicamente en el cierre total de los establecimientos de esparcimiento, que los representantes de diversos sectores empresariales¹³² denunciaban el unilateralismo y autoritarismo con el

¹²⁸ Véase Zócalo Saltillo (2009)

¹²⁹ Véase Secretaría de Turismo (2009)

¹³⁰ El Estado de México no había implementado las medidas dictadas a nivel federal que imponían el cierre de los restaurantes o cines.

¹³¹ Entrevistas con investigadores del INSP.

¹³² Entre otras: Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados (CANIRAC), Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (Concanaco), Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN).

cual fueron tomadas estas decisiones¹³³. Es importante puntualizar la contradicción fuerte entre el discurso oficial de las autoridades que sostiene que "*El sector productivo apoyó sin reservas las medidas sanitarias*"¹³⁴ y las declaraciones de los representantes del sector privado. El sector privado no criticaba la lucha en sí contra la influenza sino la "magnitud" de las medidas por las consecuencias negativas sobre el empleo¹³⁵. Éstos privilegiaban medidas intermedias como reforzar las medidas sanitarias en el interior de sus establecimientos, el cierre de los establecimientos a las 17.00 horas y el uso de una afluencia de hasta el 50% de comensales^{136,137,138}. Sin embargo, estos reclamos no lograron incidir en la modificación de las medidas sino hasta el 7 de mayo cuando el gobierno declaró que la epidemia "*estaba en fase de estabilización*" y decide reabrir los establecimientos, pero solamente a 50% de sus capacidades y con medidas de higiene estrictas¹³⁹.

Las demandas del sector privado no tuvieron incidencias importantes. En ese momento, la gobernanza en salud estaba marcada por el unilateralismo de las autoridades, privilegiando la salud pública frente a las actividades económicas.

3.4.2 *Manejo de la crisis a nivel internacional*

La cooperación entre México y la OPS/OMS durante el brote consistió en dos actividades principales: comunicar a la organización la evolución de la epidemia, y colaborar con el equipo de expertos enviado por la OMS.

La influencia de la OPS/OMS en la toma de decisión de las autoridades mexicanas a nivel nacional fue relativamente limitada. En efecto, las medidas tomadas por México adelantaban los cambios de fases de alerta epidemiológica y las recomendaciones de la organización internacional¹⁴⁰. Por ejemplo, a partir del 25 de

¹³³ El Universal (2009), *Influenza Prevén que restaurantes cierren hasta 6 de mayo*, El Universal.com.mx, 28 de abril de 2009.

¹³⁴ Véase Secretaría de Salud, 2009, pp. 9-10.

¹³⁵ Véase El Economista (2009).

¹³⁶ Loc.Cit.

¹³⁷ El Universal (2009), *Comercio del DF pierde mil 500 mdp por día*, El Universal.com.mx, 28 de Abril 2009

¹³⁸ EL Universal (2009), *Concanaco pide levantar cierre de restaurantes*, El Universal.com.mx, 28 de Abril de 2009.

¹³⁹ Radio France Internationale, 7 de Mayo de 2009.

¹⁴⁰ Entrevistas con investigadores del INSP

abril, mientras la OMS declara el nivel 3 de alerta, que implica que "no hay evidencia de contagio de humano a humano", el gobierno mexicano anunciaba la suspensión de clases en el DF, Estado de México y estado de San Luis Potosí. De igual manera, antes de que se elevara el nivel de alerta a 5 el 29 de abril, ya habían sido tomadas las decisiones de distanciamiento social (cierre de restaurantes, suspensión de actividades productivas no-esenciales, etc.). A pesar de que pueda ser cuestionada la eficacia de esas medidas en frenar la epidemia, la OPS y la OMS reconocieron el compromiso y el valor de México en tomar esas decisiones.

Como ha sido descrito anteriormente, México utilizó la OMC al momento de tomar decisiones en cuanto a las medidas aplicadas por gobiernos extranjeros de restringir la importación de carne de cerdo de México, y de imponer cuarentenas a ciudadanos Mexicanos. México reaccionó sobre todo a través de su red diplomática. Emitió recomendaciones de no viajar a China o Singapur, y utilizó los organismos internacionales para levantar sus demandas: la OMC, la Organización Mundial de Turismo y la Organización Internacional de Aviación Civil.

Para México era también importante la denominación oficial del nuevo virus. En ningún caso, México quería que se eligiera "gripe porcina", "gripe Mexicana", o "gripe norteamericana" por las consecuencias comerciales y turísticas que implicarían esas denominaciones. Después de tensiones, particularmente con el gobierno Israelí quién empleaba el término de "Gripe Mexicana" porque por convicciones religiosas no podían pronunciar la palabra "porcina", México apoyó para que usara el término "Influenza A(H1N1)". La OMS oficializó el término el 30 de abril.

En conclusión, la influencia de los actores en el manejo de la crisis al interior del territorio mexicano no fue preponderante frente al poder del cual gozaba la Secretaría de Salud federal.

Conclusiones y propuestas

En el estudio de la gobernanza en salud, es necesario identificar las diferencias funcionales entre la gobernanza nacional y la gobernanza global. La gobernanza nacional finaliza con la entrega de servicios de salud pública a la población del estado y a la mejora de ésta, mientras que el producto de la gobernanza global, representada hoy en día principalmente por la OMS, resulta en la definición de un marco normativo de referencia, en una entidad asesora para los gobiernos, y en una entidad que sustituye al Estado en casos muy particulares como catástrofes naturales o conflictos armados. El poder de un mismo tipo de actores difiere entre el nivel nacional y el nivel global. Los actores no gubernamentales están más implicados en la toma de decisiones a nivel nacional aunque haya diferencias notables, por ejemplo, entre Francia y México. El rol de estos mismos actores no gubernamentales en la gobernanza global es restringido a un rol consultivo en el cual tienen la capacidad de aportar temas en la agenda de discusión de la OMS, pero también donde estos esfuerzos pueden ser vanos si los Estados no quieren apoyarlos. La diferencia funcional actual entre la gobernanza global y nacional debería (no en un sentido probabilístico, sino proactivo) reducirse con la preocupación de mejorar la salud mundial a través de la coordinación de las políticas de salud nacionales. Deben incluir no sólo el uso compartido de datos epidemiológicos para evitar pandemias globales, sino también del conocimiento científico, la organización de los sistemas de salud pública, la producción y comercio de productos farmacéuticos, capacitación de personal de salud, etc. Sin embargo este paso no se puede dar sin que la *comunidad internacional* responda a la pregunta: "¿qué lugar y qué prioridad damos a la salud frente al comercio, al medioambiente, al desarrollo financiero etc.?".

Ya sea en situación de crisis sanitaria, o en condiciones "normales", la gobernanza en salud ha sufrido y sigue sufriendo evoluciones en dos vertientes principales. La primera consta en el número de ámbitos de interdependencia con la salud; y la segunda, en el número de actores involucrados en la toma de decisiones. Si bien es cierto que el comercio ha sido probablemente la fuente de los primeros intentos de gobernanza internacional en materia de salud con las conferencias internacionales de salud en Europa en el siglo XIX, hoy los ámbitos que interfieren en la toma de

decisiones en salud son más numerosos e incluyen aspectos como educación, cultura, política exterior, turismo, medioambiente, etc. Asimismo, el número de actores también ha aumentado considerablemente, sobre todo con el desarrollo de las relaciones interestatales y con el crecimiento de actores no gubernamentales, provenientes de la sociedad civil. Sin embargo, la aparición de estas organizaciones en el debate público en torno a la salud no ha implicado la obtención de un poder significativo en la toma de decisiones.

De este modo, en el seno de los organismos intergubernamentales, y particularmente en la OMS, solamente los Estados tienen derecho de voto. Los actores no gubernamentales no tienen derecho de voto, lo que reduce sus posibilidades de influir en la gobernanza global a sólo criticar y/o sensibilizar a los gobiernos que pueden o no escucharlos. Las actividades de lobbying o cabildeo son entonces las únicas vías por las cuales esas organizaciones pueden influir en las decisiones. Esto es válido tanto para las organizaciones de tipo humanitario como para las que representan el sector privado como es el sector farmacéutico. Como consecuencia, hay quienes argumentan que es necesario dar más poder a las organizaciones de la sociedad civil en los organismos intergubernamentales (particularmente a través del derecho a votar) con el objetivo de aumentar el carácter democrático y transparente de la toma de decisiones. La democratización de la toma de decisiones al nivel internacional es deseable aunque poco factible. Primero es poco factible porque ello plantearía serios problemas para determinar: ¿qué y cuántas organizaciones tendrían estos derechos? ¿las ONG humanitarias, los "lobby" farmacéuticos, las organizaciones religiosas, todas? Con fines de buen funcionamiento del debate público, no pueden intervenir miles de ONG expresando cada una su opinión. Sin embargo, daría transparencia a las decisiones tomadas. Hoy, las diferencias de capacidad financiera entre las organizaciones "humanitarias" y las organizaciones del sector privado (y lo que representan en términos económicos para sus respectivos países) tienden a favorecer las posturas de las grandes empresas farmacéuticas y de los países desarrollados en la OMS. Si se diera el mismo poder decisional a las entidades no-gubernamentales, se prestaría mayor atención a las opiniones y necesidades de las ONG, porque podrían por sus votos incidir de manera más contundente en la toma de decisiones. Además, aumentaría la transparencia dado que los "lobbistas" de las empresas del sector salud tendrían también un derecho de

voto. La empresa haría pública su postura a través de su voto lo que reduciría, aunque no totalmente, la opacidad de los tratos y relaciones informales con los gobiernos. Las posturas serían más claras y las organizaciones no gubernamentales tendrían más capacidad para oponerse a las decisiones tomadas actualmente únicamente por los Estados. Una de las problemáticas centrales consiste en la repartición de los votos entre los Estados y las entidades no gubernamentales, con una distinción necesaria entre los representantes del sector privado, de las ONG de tipo "humanitario", y de las organizaciones religiosas. Además, se podría cuestionar en qué medida estos actores tendrían derecho a un poder decisional cuando los Estados y los organismos intergubernamentales financian el 88% de los recursos de la OMS. Sin embargo, si al interior de los estados se está integrando poco a poco a los actores no gubernamentales en la gobernanza nacional en salud, ¿porqué no se podría hacer a nivel internacional? La participación de actores estatales, empresariales y de la sociedad civil debe ser equilibrada. Es seguramente en este aspecto que la factibilidad de la democratización de la gobernanza global en salud se vuelve más compleja.

A nivel nacional, vemos que la debilidad del Ministerio de Salud a imponerse frente a otros ministerios en condiciones "normales" se ve revertida en caso de una crisis sanitaria. La Secretaría de Salud en México y el Ministerio de Salud en Francia fueron actores con poder de decisión extendidos a otros ámbitos aparte del de salud. Frente a la crisis de la Influenza A(H1N1), las demás secretarías y ministerios no parecieron presentar resistencias u objeciones a las medidas tomadas por las autoridades sanitarias de ambos países. La concentración del poder de decisión en las autoridades sanitarias representa también una mayor rapidez en los procesos de toma de decisión e implementación, aunque la falta de consulta plural, particularmente con la sociedad civil, puede provocar decisiones carentes de consenso y por consiguiente de apoyo en el momento de su implementación. Desde el punto del gobierno, la unilateralidad de la toma de decisiones puede tener un impacto negativo si en el futuro, las acciones decididas se revelan inadecuadas con comparación a lo que declaraban los actores no consultados. Tanto en Francia como en México, el futuro análisis de la situación vivida con la epidemia del virus A(H1N1) será una buena experiencia para decir si la consulta plural hubiera sido beneficiosa para la salud pública.

Por otro lado, la cooperación de todas las secretarías con la Secretaría de Salud es un ejemplo de cómo se podría mejorar la salud en México. La intersectorialidad es una carencia de la gobernanza en salud tanto en México como en Francia en cierta medida. En México, uno de los ejemplos más ilustrativos es la baja colaboración de la Secretaría de Educación Pública con la SSA en cuanto al trato de los problemas de obesidad infantil y malnutrición. El carácter transversal de la salud impone la colaboración interministerial. La iniciativa debe provenir, según los casos, del jefe de gobierno o de los parlamentarios o congresistas, y determinar las condiciones de financiamiento de los trabajos conjuntos implicando varias secretarías o ministerios. Las colaboraciones interministeriales no sufren generalmente de una falta de competencias sino de una carencia de marco legal que determina ¿quién paga para qué? y ¿quién hace qué? Sin embargo, sería utópico pensar que todas las problemáticas de salud se resolverían así. Los intereses comerciales de un país pueden ser no compatibles con sus intereses de salud pública. Por ejemplo, es obvio que el uso de una patente extranjera sin autorización para producir o importar medicinas más baratas conviene a la secretaría o ministerio de salud, pero es perjudicial a la secretaría de comercio o de asuntos exteriores. La conciliación de los intereses es a veces imposible y constituyen situaciones en las cuales los gobiernos deben elegir acciones que generan efectos positivos y negativos.

En el caso de la pandemia de Influenza H1N1, hubo un reordenamiento de las prioridades en el seno de cada Estado. Así, las decisiones tomadas en el ámbito de salud a nivel internacional se volvieron preponderantes frente a los ámbitos de comercio, de libre circulación de las personas y de relaciones bilaterales ya que se impusieron restricciones al comercio y al movimiento de personas por razones sanitarias. En este aspecto, la gobernanza global de salud liderada por la OMS alcanzó claramente sus límites en cuanto a su poder sobre los estados para que se apliquen sus recomendaciones.

Sin embargo, también se vio que, a pesar de haber declarado el nivel máximo de alerta (nivel 6), la OMS no recomendaba restringir el comercio o la libre circulación de las personas. Surge entonces la cuestión de ¿en qué momento se deberían de tomar medidas de restricción de circulación o de comercio? Se pueden suponer dos enfoques

posibles. Primero, la OMS no impuso restricciones porque ante la situación de incertidumbre entorno al riesgo sanitario real del virus, no quiso asumir consecuencias económicas que hubiera podido tener la recomendación de tales medidas. Estas "no-recomendaciones" de la OMS pueden interpretarse también como la preponderancia del comercio y de la libre circulación de las personas sobre la salud. Segundo, la restricción a la libre circulación de personas y de mercancías es hoy día casi imposible de implementar dado el alto grado de globalización, lo que implica flujos internacionales gigantescos. Dado el desfase entre el nivel de alerta y las recomendaciones de la OMS, la utilidad del sistema de alerta actual puede parecer poco apropiado para la toma de decisiones en el contexto de una epidemia mundial.

Es entonces necesario replantear el papel que se le quiere otorgar a la OMS en la gobernanza global en salud. Si se restringe el papel de la OMS a una función "informativa" de la situación epidemiológica, entonces, el sistema actual es adecuado. Si se le quiere dar más facultades y capacidades para incrementar el carácter obligatorio de sus recomendaciones, es necesario repensar el modelo actual. Sólo los Estados pueden hacer de la organización intergubernamental una institución de mayor efectividad y eficiencia. Sin embargo, como en todas las organizaciones intergubernamentales, el "problema" de la soberanía de los Estados en la toma de decisiones es el mayor obstáculo para un "empoderamiento" de la OMS. La implementación de mecanismos de "resolución de controversias sanitarias", en el modelo de lo que se conoce en el marco de la Organización Mundial del Comercio, podría ser un avance en este sentido. Sin embargo, la implementación de tales mecanismos se enfrentaría a su vez al problema de la determinación de la naturaleza del problema. Por ejemplo, en el caso de las restricciones al libre comercio de los bienes, habría que determinar si se trata de una controversia comercial (en tal caso, debería de resolverse ante un panel de la OMC) o sanitaria (en tal caso, la OMS debería de resolver el caso). La interconexión de todos los ámbitos es un reto para la OMS para saber donde empieza su campo de acción y dónde termina. La OMS tiene en realidad una función muy limitada en la gobernanza global en salud a causa de su falta de poder legal para hacer aplicar sus recomendaciones y decisiones.

La intersectorialidad es uno de los más grandes retos que enfrenta la gobernanza mundial en salud. La segmentación de los diferentes campos conexos a la salud institucionalizados en organizaciones intergubernamentales independientes vuelve muy difícil la coordinación internacional en salud. A la imagen de los diversos ministerios a nivel nacional, las múltiples organizaciones intergubernamentales a nivel internacional están de cierta forma en competencia para obtener recursos y lograr sus propios objetivos a veces no compatibles con los de otra organización, entre las cuales está la OMS. Esto fue el caso con las políticas presupuestales promovidas por el Banco Mundial y el FMI en los años ochenta. Sin embargo a diferencia de los gobiernos nacionales, no existe el equivalente de "jefe de gobierno" que tenga el poder de dar coherencia a todas las políticas globales a pesar de que muchas de las OIG consideradas aquí pertenezcan al sistema de Naciones Unidas. Con el fin de facilitar la búsqueda de esta coherencia y de las sinergias entre las diferentes políticas globales conexas a la salud, representantes de estas OIG (PNUD, UNICEF, OMC, BM, FMI, UNFPA) deberían de ser incluidos en los órganos deliberativos de cada una de ellas, con un poder decisonal. Se favorecería entonces la apertura a las problemáticas de cada campo de competencia de las OIG, todos interdependientes. El diálogo "obligatorio" inter-organizacional fomentaría entonces la coordinación y cooperación de sus políticas y acciones, con un beneficio mutuo.

Esto es un elemento clave de la mejora de la salud en el futuro, que podrá ser superado exclusivamente bajo el impulso de los Estados mismos, particularmente de las grandes potencias mundiales.

Bibliografía

20 Minutes.fr (2009), "Grippe A (H1N1): L'OMS déclenche le niveau 6 et annonce une deuxième vague", 11 Junio de 2009. Recuperado el 8 de Noviembre 2009, de <http://www.20minutes.fr/article/331957/Monde-Grippe-A-H1N1-L-OMS-declenche-le-niveau-6-et-annonce-une-deuxieme-vague.php>

Arredondo A., y A.L. Recaman (2003), "El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector", *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* No.23; pp. 9-16

Arredondo, A. (2009), *Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza*, México, Universidad Autónoma de Yucatán.

Assemblée Nationale (2009), "Amendement N° 552; Assemblée Nationale, 6 février 2009, Réforme de l'Hôpital - (n° 1210)". Disponible en <http://www.assemblee-nationale.fr/13/amendements/1210/121000552.asp>

Assemblée nationale (2009), "XIIIe législature Session ordinaire de 2008-2009, Compte rendu intégral, Deuxième séance du lundi 9 mars 2009". Recuperado el 14 de Noviembre 2009, de http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2008-2009/20090186.asp#P3045_9653

Avilés Mendoza, G. J. (2006), "Nuevo reglamento sanitario internacional: plataforma para la gobernanza mundial de la salud", *ETHOS Gubernamental*, Pan American Health & Education Foundation. Recuperado el 10 de Septiembre 2009, de http://www.pahef.org/success_stories/ethos_iv/spanish/NuevoReglamentoSanitarioInternacional.pdf

Bhagwati, J. (2002), "Intellectual Property Protection and Medicines", *Financial Times*, September 2002.

Carta de Ottawa (1986), *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986*. Recuperado el 15 de septiembre 2009, de http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french

Catholics For a Free Choice-Europe (2004), "L'Église catholique aux Nations Unies – Église ou État ?". Recuperado el 25 de Septiembre 2009, de <http://www.ulb.ac.be/cal/Documents/1099af.pdf>

Centre d'actualité de l'ONU (2009), "Grippe H1N1 : L'OMS salue l'annonce de dons de vaccins aux pays en développement", 18 de Septiembre 2009. Recuperado el 3 de Noviembre de 2009, de <http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=20089&Cr=grippe&Cr1=OMS>

Conférence Nationale de Santé (2008), *Promouvoir et faire respecter les Droits des usagers du système de santé, Neuf propositions de la Conférence Nationale de santé*, France, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des sports et de la vie associative.

Conférence Nationale de Santé (2009), *Parachever la Démocratie Sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*, France, Ministère de la Santé et des sports.

De la Torre, R. et Al. (2006), "Perfiles Socio-demográficos del cambio religioso en México", *Nueva Época*, Núm. 4. Recuperado el 3 de Noviembre 2009, de <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev5/perfiles.html>

Declaración de Alma (1978), *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Recuperado el 5 de Septiembre 2009, de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Dixneuf M. (2003), "La santé, enjeu de la gouvernance mondiale ?", *Les Etudes du CERI*, Paris, Sciences-po, Número 99.

El Economista (2009), "Canirac lamenta cierre de restaurantes", 28 de Abril 2009. Recuperado el 15 de Noviembre de 2009, de <http://eleconomista.com.mx/notas-online/negocios/2009/04/28/canirac-lamenta-cierre-restaurantes>

El Milenio (2008), "70% rechaza el aborto por 'proyecto de vida'", 18 de Noviembre 2008. Recuperado el 3 de Noviembre 2009, de <http://impreso.milenio.com/node/8000304>

El Milenio (2009), "Crece aprobación del aborto en el DF, revela encuesta", 28 de Septiembre 2009. Recuperado el 3 de Noviembre 2009, de <http://www.milenio.com/node/293686>

El Periodista (2004), "Entrevista a Ricardo Pascoe, ex diplomático mexicano; OEA: 'Insulza tendría mayor interlocución con América Latina'", Núm. 77, 17 de diciembre 2004. Recuperado el 16 de Octubre, de <http://www.elperiodista.cl/newtenberg/1723/article-65470.html>

El Universal (2005), "Fracasos Diplomáticos", lunes 3 de Enero 2005. Recuperado el 13 de Octubre 2009, de http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_notas=119820&tabla=nacion

El Universal (2009), "Comercio del DF pierde mil 500 mdp por día", 28 de Abril 2009. Recuperado el 15 de Noviembre de 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/594263.html>

EL Universal (2009), "Concanaco pide levantar cierre de restaurantes", 28 de Abril 2009. Recuperado el 15 de Noviembre de 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/594403.html>

El Universal (2009), "Influenza Preven que restaurantes cierren hasta 6 de mayo", 28 de abril de 2009. Recuperado el 11 de Noviembre de 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/594187.html>

EuroHealth (2006), "French health system reform: Implementation and future challenges", *Eurohealth Vol.12*. Num. 3, London, LSE Health, London School of Economics and Political Sciences.

Food and Agriculture Organization (2009), "Joint FAO/OIE/WHO Statement on influenza A/H1N1 and the safety of pork", 30 April 2009. Recuperado el 8 de Noviembre 2009, de http://www.fao.org/Ag/againfo/programmes/en/empres/AH1N1/docs/consumers_30_04.pdf

Franc, C. y D. Polton (2006), "New governance arrangements for French health insurance", *Eurohealth Vol.12*. Num. 3, London, LSE Health, London School of Economics and Political Sciences, pp.27-29.

Garrett, L.A. (2009), "The Global Response To The Swine Influenza", *Council on Foreign Relations*, Conferencia impartida el 8 de Mayo de 2009, New York. Recuperado el 20 de septiembre de 2009, de http://www.cfr.org/publication/19399/global_response_to_the_swine_influenza.html

Gasnier, A. (2007), "A son tour, le Brésil décide d'importer et de produire une version générique d'un médicament contre le sida", *Le Monde*, mai 2007.

Global Polio Eradication Initiative (2009), "Eradication Strategies, Programme of Work 2009". Recuperado el 15 de Octubre de 2009, de <http://www.polioeradication.org/strategies.asp>

Gobierno del Estado de Chiapas (2008), "OMS-OPS establecen oficina en Chiapas para enfrentar retos en salud", *Boletín 3769*, Comunicado de prensa, 22 de Octubre de 2008. Recuperado el 29 de Octubre de 2009, de <http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20081022114400>

González D., y D.L. Billings (2002), "El Aborto en México", *IPAS México*. Recuperado el 2 de Noviembre de 2009, de http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file748_2731.pdf

Hassenteufel P. (2001), "Liberalization Through the State. Why is the French Health Insurance System Becoming so British?", *Public Policy and Administration*, Volume 16.

Huft M., E. Báscolo y R. Bazzani (2006), "Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación", *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 22.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), *2008 Report on the global AIDS Epidemic*, UNAIDS, Ginebra.

La Documentation Française (2009), "Sécurité sociale: vers un doublement du déficit en 2009", *Vie-publique.fr*, 16 de Junio de 2009. Recuperado el 6 de Noviembre de 2009, de <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/securite-sociale-vers-doublement-du-deficit-2009.html>

- La Jornada (2001), "Cronología de una epidemia; A veinte años", 6 de diciembre de 2001. Recuperado el 29 de Octubre de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html>
- La Jornada (2002), "Desestima Congreso propuesta contra el sida", 3 de Enero de 2002. Recuperado el 29 de Octubre de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2002/01/03/ls-frenpavih.html>
- La Jornada (2002), "Planton de personas con sida en la SSA", 2 de Mayo de 2002. Recuperado el 24 de Octubre de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2002/05/02/ls-frenpavih.html>
- La Jornada (2006), "Políticas de salud en México violan el tratado contra el tabaco, acusan ONG", 10 de Febrero 2006. Recuperado el 8 de Noviembre de 2009, de <http://www.jornada.unam.mx/2006/02/10/index.php?section=sociedad&article=055n1s oc>
- Laget, P-L.(2004), "Les lazarets et l'émergence de nouvelles maladies pestilentielles au XIXe et au début du XXe siècle", *In Situ, revue des patrimoines, núm. 2*. Recuperado el 2 de Agosto de 2009, de http://www.revue.inventaire.culture.gouv.fr/insitu/insitu/article.xsp?numero=2&id_article=pll002-1085.
- Lanord, C. (2002), "A study of WHO's Official Relations system with Nongovernmental Organizations", *WHO Civil Society Initiative Review Series*, WHO/CSI/2002/WP4.
- Laroche, J. (2003), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS-PUF.
- Maciocco, G. (2008), "From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy", *Social Medicine*, Vol. 3, Number 1, pp. 36-48.
- Mahler, H. (2008), "Entrevista del Director General de la OMS de 1973 a 1988: La atención primaria de salud cierra un ciclo complete", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 86, pp. 747-748. Recuperado el 10 de Septiembre de 2009, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/index.html>
- Medecins Sans Frontières (2006), "Le paludisme tue toujours en afrique - les médicaments efficaces n'atteignent pas les patients". Recuperado el 20 de Octubre de 2009, de [http://www.msf.ch/Le-paludisme-tue-toujours-en-a.29.98.html?&L=0&tx_ttnews\[backPid\]=5&tx_ttnews\[tt_news\]=2137&cHash=e4acf1674c](http://www.msf.ch/Le-paludisme-tue-toujours-en-a.29.98.html?&L=0&tx_ttnews[backPid]=5&tx_ttnews[tt_news]=2137&cHash=e4acf1674c)
- Medecins Sans Frontières (2009), "Pour MSF, la nouvelle initiative pour lutter contre le paludisme ne garantit pas l'accès des malades aux meilleurs traitements". Recuperado el 20 de Octubre de 2009, de <http://www.msf.fr/2009/04/24/1295/pour-msf-la-nouvelle-initiative-pour-lutter-contre-le-paludisme-ne-garantit-pas-lacces-des-malades-aux-meilleurs-traitements/>

- Meysan T. (2005), "L'action diplomatique de Jean - Paul II contre les femmes", *Réseau Voltaire*. Recuperado el 20 de Octubre 2009, de <http://www.voltairenet.org/article16758.html#nh6>
- Ministère de l'Intérieur (2009), "Grippe A(H1N1): communiqué de presse de la cellule interministérielle de crise du 12 juin 2009". Recuperado el 8 de Noviembre de 2009, de http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/article.php3?id_article=607
- Ministère de la Santé et des Sports (2009), "BULLETIN QUOTIDIEN – Nouvelle grippe A/H1N1 (dite « Porcine »)", 29 avril 2009. Recuperado el 3 de Noviembre de 2009, de <http://www.sante-sports.gouv.fr/bulletin-quotidien-nouvelle-grippe-a-h1n1-dite-porcine.html>
- Ministère des Affaires étrangères et Européennes (2009), "Déclarations du 28 04 09: Déclarations quotidienne du porte parole du Ministère des Affaires étrangères et européennes". Recuperado el 8 de Noviembre de 2009, de <http://www.ambafrance-mx.org/spip.php?article1960>
- Mooney, G. (2007); *The History of Public Health*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Recuperado el 20 de Septiembre de 2009, de <http://ocw.jhsph.edu/courses/HistoryPublicHealth/lectureNotes.cfm>
- Organización Mundial de la Salud (2000), *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000.
- Organización Mundial de la Salud (2008), *Informe sobre la Salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.
- Organización Mundial del Comercio (1994), "Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio", en *Acuerdo por el que se establece la OMC*, OMC, Marrakech.
- Organización Mundial del Comercio (2001), *Declaración Ministerial*, 14 de Noviembre de 2001, Doha, WT/MIN(01)/DEC/1.
- Organización Mundial del Comercio (2009), "Los Miembros examinan las respuestas comerciales a la gripe por H1N1", *OMC Noticias*, 25 de junio de 2009. Recuperado el 9 de Noviembre de 2009, de http://www.wto.org/spanish/news_s/news09_s/sps_25jun09_s.htm
- Organización Panamericana de la Salud (2007), "Health in the Americas", *Vol. 2, Countries, Mexico*. pp.477-482.
- Oxfam (2007), *All Costs, No Benefits How TRIPS-plus intellectual property rules in the US-Jordan FTA affect access to medicines*, Oxfam International, Briefing paper.
- Plumptre, T. y J. Graham (1999), "Governance and good governance: international and aboriginal perspectives", Ottawa, Institute of Governance.

Presidencia de la República (2009), *Decreto Presidencial del 24 de Abril 2009*, publicado en el DOF el 25 de Abril 2009.

Radio France Internationale (2009), "México vuelve a la vida", 7 de Mayo de 2009. Recuperado el 16 de Noviembre de 2009, de http://www.rfi.fr/actues/articles/113/article_11821.asp

Radio France Internationale (2009), "Novartis no donará vacunas a países pobres", 15 de Junio de 2009. Recuperado el 8 de Noviembre de 2009, de http://www.rfi.fr/actues/articles/114/article_12092.asp

Ramírez, E. (2008), "Dinero del Banco Mundial para panistas", *Revista Fortuna*, México 15 Abril 2008. Recuperado el 22 de Octubre de 2009, de <http://revistafortuna.com.mx/contenido/index.php/2008/04/15/dinero-del-banco-mundial-para-gobiernos-panistas/>

République Française (1996), *Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20091128>

République Française (2008), "Santé: le Gouvernement signe un accord pour 2008/2013 avec l'OMS", *Portail de gouvernement*. Recuperado el 8 de Noviembre 2009, de <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/sante-le-gouvernement-signe-un-accord-pour-20082013-avec-l-oms>

République Française (2009), "Code de la Santé Publique, Première partie: Protection générale de la santé". Recuperado el 15 de Septiembre de 2009, de <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Secretaría de Gobernación (1997), "Actualización del cuadro básico y catálogo de medicamentos del Sector Salud", *Diario Oficial de la Federación*, 16 Mayo 1997; sección 1:28-31

Secretaría de Relaciones Exteriores (2009), "Press Release 143, China Modifies its Influenza A (H1N1) Guidelines". Recuperado el 10 de Noviembre de 2009, de http://portal3.sre.gob.mx/english/index.php?option=com_content&task=view&id=139&Itemid=9

Secretaría de Salud (2002), "Comunicado de prensa No. 031", 12 Marzo de 2002. Recuperado el 20 de Octubre de 2009, de http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2002-03-12_261.html

Secretaría de Salud (2007), "Programa Nacional de Salud 2007-2012". Recuperado el 8 de Agosto de 2009, de http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html

- Secretaría de Salud (2007), "Ley General de Salud, Título primero, disposiciones generales". Recuperado el 15 de Septiembre 2009, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>
- Secretaría de Salud (2009), "El sector productivo apoyó sin reservas las medidas sanitarias", *México Sano*, número especial, junio de 2009, Secretaría de Salud México.
- Secretaría de Turismo (2009), "Monitorea Sector Destinos Turísticos ante Contingencia Sanitaria", *Boletín Informativo 044/2009*, 1 de mayo de 2009. Recuperado el 9 de Noviembre de 2009, de http://www.sectur.gob.mx/wb/sectur/sect_Boletin_044_Monitorea_Sector_Destinos_Turist
- Sénat, Commission des Affaires Sociales (2004), "Travaux de la commission des affaires sociales, 1ère Table ronde, sur la Gouvernance", 28 de Abril 2004. Recuperado el 5 de Septiembre de 2009, http://ecoetsante2010.free.fr/article.php3?id_article=343
- Singh, R. (2002), "Battle for PAHO's top post", *The Jamaica Observer Internet Edition*, March 03, 2002. Recuperado el 14 de Octubre de 2009, de http://www.jamaicaobserver.com/columns/html/20020303T020000-0500_22105_OBS_BATTLE_FOR_PAHO_S_TOP_POST.asp
- Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) (2007), *Indicadores 2007, Sistema Nacional de Información en Salud*, México 2007.
- Smouts, M-C. (1998), "La coopération internationale de la coexistence à la gouvernance mondiale", en M-C. Smouts, *Les Nouvelles relations internationales. Pratiques et théories*, Paris, Presses de Sciences-Po.
- Snow, RW. y CA. Guerra, Am. Noor (2005), "The global distribution of clinical episodes of Plasmodium falciparum malaria", *Nature*, Num. 434, pp. 214-217.
- Société Française de Santé Publique (2004), *Guide pour les représentants des usagers du système de santé*, France, Ministère de la Santé et de la protection Sociale.
- The New York Times (2005), "Brazil's Right to Save Lives", *The New York Times editorial*, Junio 2005.
- Trouiller, P., P. Olliaro, E. Torreele, J. Orbinski, R. Laing y N. Ford (2002): *Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure*, The Lancet.
- United Nations (1945), "United Nations Charter". Recuperado el 15 de Agosto de 2009, de <http://www.un.org/es/documents/charter/index.shtml>
- USAID (2001), *El VIH y el SIDA en México y la intervención de USAID*, Preparado para USAID por TvT Associates, Inc. Recuperado el 19 de Octubre de 2009, de http://www.usaid.gov/espanol/hiv_mexico.pdf

Vautravers Tosca, G. "Las transformaciones en la política exterior de México respecto de Cuba y los Estados Unidos de América. Análisis a la mitad del sexenio de Vicente Fox Quesada", *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ), versión electrónica. Recuperado el 14 de Octubre de 2009, de <http://www.bibliojuridica.org/estrev/derint/cont/5/cmt/cmt20.htm>

WHO Statistical Information System (2009), "National Health Accounts, country information, France". Recuperado el 18 de Septiembre de 2009, de <http://www.who.int/nha/country/fra/en/>

WHO Statistical Information System (2009), "National Health Accounts, country information, Mexico". Recuperado el 18 de Septiembre de 2009, de <http://www.who.int/nha/country/mex/en/>

World Health Organization (1946), "WHO Constitution". Recuperado el 8 de Agosto 2009, de http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization (1963), "Supplément au document WHO/Mal/418". Recuperado el 28 de Octubre de 2009, de http://whqlibdoc.who.int/malaria/WHO_Mal_418_Supp_fre.pdf

World Health Organization (2002), "WHO's interactions with Civil Society and Nongovernmental Organizations", *WHO Civil Society Initiative Review Series*, WHO/CSI/2002/WP6.

World Health Organization (2005), *Reglamento Sanitario Internacional*. Recuperado el 20 de Agosto de 2009, de http://www.who.int/entity/ihr/IHR_2005_es.pdf

World Health Organization (2006), *Contribuir a la salud; Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015, Un programa de acción sanitaria mundial*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006.

World Health Organization (2007), "Resources 2006-2007, Sources of Funds". Recuperado el 25 de Octubre de 2009, de http://www.who.int/about/vision/voluntary_contributions_en.gif

World Health Organization (2008), *World Malaria Report 2008*, WHO, Ginebra.

World Health Organization (2009), "Fact sheet N° 211, Influenza (Seasonal)". Recuperado el 1 de Octubre de 2009, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/print.html>.

World Health Organization (2009), "Influenza-like illness in the United States and Mexico, Situation Updates - Pandemic (H1N1 2009), 24 de abril 2009". Recuperado el 3 de Noviembre de 2009, de http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html

World Health Organization (2009), *WHO Report 2009, Global tuberculosis Control*, WHO, Ginebra.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia (2009), "Cronology of Influenza A(H1N1)". Recuperado el 8 de Noviembre de 2009, de [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Influenza_A\(H1N1\)_Chronology_of_Influenza_A\(H1N1\).pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Influenza_A(H1N1)_Chronology_of_Influenza_A(H1N1).pdf)

Zócalo Saltillo (2009), "Sólo 7 estados aseguran estar libres de virus", 29 de Abril 2009. Recuperado el 4 de Noviembre de 2009, de <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/solo-7-estados-aseguran-estar-libres-de-virus>

Anexo 1

Misión de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones
Exposición "Protection of children", Belgrado, 1938.

L'ORGANISATION D'HYGIENE DE LA SOCIETE DES NATIONS

*crée pour faciliter la collaboration
internationale pour la lutte contre les maladies*

*ne se substitue pas aux autorités
sanitaires de chaque pays*

*mais les fait bénéficier des
connaissances et de l'expérience acquises
dans les autres pays par les
experts de toutes nationalités qui constituent
ses diverses commissions techniques*

*Elle s'attaque aux problèmes dont
la solution présente un intérêt général
et pratique et exige la
collaboration*

*de savants
d'instituts scientifiques
d'administrations sanitaires*

*de plusieurs
pays*

Archives of the League of Nations, Health Section Files, World Health Organization.

Recuperado el 13 de Septiembre 2009, de

http://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_3/fr/index.html

Anexo 2

Lista de las 185 Organizaciones No Gubernamentales con "relaciones oficiales" con la OMS conforme a la decisión EB124, de Enero del 2009

African Medical and Research Foundation
Aga Khan Foundation
Alzheimer's Disease International
Association of the Institutes and Schools of Tropical Medicine in Europe
CBM
CMC - Churches' Action for Health
Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum
Commonwealth Association for Mental Handicap and Developmental Disabilities
Commonwealth Pharmaceutical Association
Consumers International
Corporate Accountability International
Council for International Organizations of Medical Sciences
Council on Health Research for Development
CropLife International
Cystic Fibrosis Worldwide, Inc
European Centre for Ecotoxicology and Toxicology of Chemicals
European Generic medicines Association
EuroSafe - European Association for Injury Prevention and Safety Promotion
Family Health International
FDI World Dental Federation
Framework Convention Alliance on Tobacco Control
Global Forum for Health Research
Global Health Council, Inc.
Helen Keller International
HelpAge International
Inclusion International
Industry Council for Development
Inter-African Committee on Traditional Practices affecting the Health of Women and Children
International Agency for the Prevention of Blindness
International AIDS Society
International Air Transport Association
International Alliance of Patients' Organizations
International Alliance of Women
International Association for Adolescent Health
International Association for Biologicals
International Association for Child and Adolescent Psychiatry, and Allied Professions
International Association for Dental Research
International Association for Suicide Prevention
International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities
International Association for the Study of Obesity
International Association for the Study of Pain
International Association of Biologists Technicians
International Association of Cancer Registries
International Association of Hydatid Disease
International Association of Logopedics and Phoniatrics
International Association of Medical Regulatory Authorities
International Bureau for Epilepsy
International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants
International Centre for Trade and Sustainable Development
International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research²
International College of Surgeons
International Commission on Non-ionizing Radiation Protection
International Commission on Occupational Health

International Commission on Radiological Protection
 International Confederation of Midwives
 International Conference of Deans of French-Language Faculties of Medicine
 International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
 International Council for Standardization in Haematology
 International Council of Nurses
 International Council of Ophthalmology³
 International Council of Women
 International Diabetes Federation
 International Epidemiological Association
 International Ergonomics Association
 International Eye Foundation, Inc.
 International Federation for Medical and Biological Engineering
 International Federation of Biomedical Laboratory Science
 International Federation of Business and Professional Women (BPW International)
 International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine
 International Federation of Fertility Societies
 International Federation of Gynecology and Obstetrics
 International Federation of Health Records Organizations
 International Federation of Hospital Engineering
 International Federation of Medical Students' Associations
 International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies
 International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations
 International Federation of Surgical Colleges
 International Federation on Ageing
 International Hospital Federation
 International Lactation Consultant Association
 International League Against Epilepsy
 International Leprosy Association
 International Life Sciences Institute
 International Medical Corps
 International Medical Informatics Association
 International Medical Parliamentarians Organization
 International Network of Women Against Tobacco
 International Network on Children's Health, Environment and Safety
 International Non Governmental Coalition Against Tobacco
 International Occupational Hygiene Association
 International Organization against Trachoma
 International Organization for Standardization
 International Pediatric Association
 International Pharmaceutical Federation
 International Pharmaceutical Students' Federation
 International Physicians for the Prevention of Nuclear War
 International Planned Parenthood Federation
 International Society for Biomedical Research on Alcoholism
 International Society for Burn Injuries
 International Society for Environmental Epidemiology
 International Society for Prosthetics and Orthotics
 International Society for Telemedicine & eHealth
 International Society of Andrology
 International Society of Blood Transfusion
 International Society of Doctors for the Environment
 International Society of Hematology
 International Society of Orthopaedic Surgery and Traumatology
 International Society of Physical and Rehabilitation Medicine
 International Society of Radiology
 International Society on Thrombosis and Haemostasis
 International Solid Waste Association

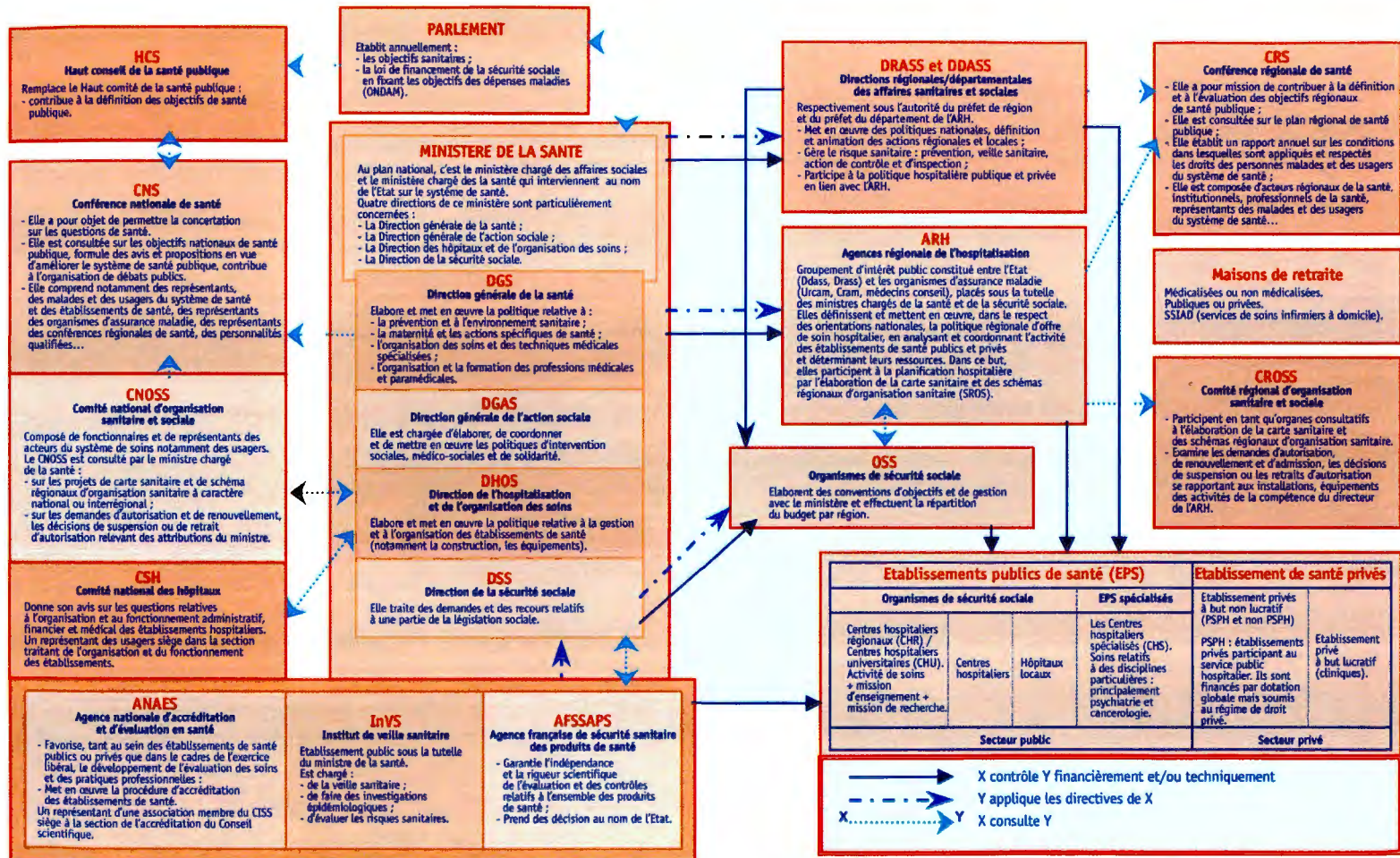
International Special Dietary Foods Industries
 International Union Against Cancer
 International Union against Sexually Transmitted Infections
 International Union against Tuberculosis and Lung Disease
 International Union for Conservation of Nature and Natural Resources
 International Union for Health Promotion and Education
 International Union of Basic and Clinical Pharmacology
 International Union of Architects
 International Union of Immunological Societies
 International Union of Microbiological Societies
 International Union of Nutritional Sciences
 International Union of Psychological Science
 International Union of Pure and Applied Chemistry
 International Union of Toxicology
 International Water Association
 International Women's Health Coalition Inc.
 Islamic Organization for Medical Sciences
 Italian Association of Friends of Raoul Follereau
 La Leche League International
 March of Dimes Foundation
 March of Dimes Birth Defects Foundation
 Medical Women's International Association
 Medicus Mundi International - International Organisation for Cooperation in Health Care
 MSF International
 Multiple Sclerosis International Federation
 Organisation pour la Prévention de la Cécité
 OXFAM
 Project ORBIS International, Inc. (ORBIS International)
 Rehabilitation International
 Rotary International
 Seroptimist International
 Stichting Health Action International
 Thalassaemia International Federation
 The International Association of Lions Clubs
 The International Federation of Anti-Leprosy Associations
 The International League of Dermatological Societies
 The International Society for Quality in Health Care Incorporated
 The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect
 The International Society of Radiographers and Radiological Technologists
 The Network: Towards Unity For Health
 The Population Council
 The Royal Commonwealth Society for the Blind (Sight Savers International)
 The Save the Children Fund
 The Transplantation Society
 The World Medical Association, Inc.
 World Association for Psychosocial Rehabilitation
 World Association for Sexual Health
 World Association of Girl Guides and Girl Scouts
 World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine
 World Blind Union
 World Confederation for Physical Therapy
 World Council of Optometry
 World Federation for Medical Education
 World Federation for Mental Health
 World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology
 World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies
 World Federation of Chiropractic
 World Federation of Hemophilia

World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy
World Federation of Neurology
World Federation of Neurosurgical Societies
World Federation of Occupational Therapists
World Federation of Public Health Associations
World Federation of Societies of Anaesthesiologists
World Federation of the Deaf
World Heart Federation
World Hypertension League
World Organization of Family Doctors
World Organization of the Scout Movement
World Plumbing Council
World Psychiatric Association
World Self-Medication Industry
World Stroke Organization⁶
World Veterinary Association
World Vision International

Anexo 3

La organización Sanitaria en Francia hasta la reforma del 2009

L'organisation sanitaire en France



Anexo 4
Decreto Presidencial del 25 de Abril de 2009

Diario Oficial de la Federación: 25/04/2009

DECRETO por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Presidencia de la República.

FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 4o., tercer párrafo, 73, fracción XVI, bases 1a a 4a de la propia Constitución; 3o., fracciones III, XV y XVII, 4o., 6o., fracciones I y V, 7o., fracciones I y XIII, 13, apartado A, fracciones V, VII bis, IX y X, 15, 33, fracción I, 133, fracción II, 134, fracción II, 135, 139, 140, 141, 143, 147, 148, 150, 152, 181 a 184, 402 y 404 de la Ley General de Salud; 41, fracciones II y V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y

CONSIDERANDO

Que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en términos del marco constitucional y legal aplicable;

Que es deber del gobierno mexicano implementar las medidas preventivas, de control y combate a cualquier enfermedad transmisible que pueda constituir una amenaza a la salud humana, al orden o la paz públicos;

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 73, fracción XVI, Bases 2a. y 3a., que en caso de epidemias de carácter grave, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables;

Que la autoridad sanitaria, en la determinación de las medidas aludidas en el considerando anterior, será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por todas las autoridades administrativas del país;

Que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 3o., fracciones XV y XVII, de la Ley General de Salud, la prevención y control de las enfermedades transmisibles, así como la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, son materias de salubridad general;

Que el artículo 133, fracción II, de la Ley General de Salud, dispone que la Secretaría de Salud establecerá y operará un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de conformidad con lo que dicha ley establece y las disposiciones que al efecto se expidan;

Que un nuevo tipo de virus se propagó en la Ciudad de México y sus alrededores, causando al menos veinte muertos en los últimos días y poniendo a partir del viernes 24 de abril en alerta a dicha zona;

Que la autoridad sanitaria federal determinó que no se trata del virus habitual de la influenza estacional, sino que es mutante de un virus que tiene origen porcino, y

Que en este orden de ideas, y atento al imperativo de que todas las acciones del Gobierno Federal se conduzcan con pleno apego a Derecho, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

ARTÍCULO PRIMERO.- El Secretario de Salud, implementará, pondrá en práctica, coordinará y evaluará, todas las acciones que resulten necesarias para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica objeto del presente Decreto.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Secretaría de Salud, con el propósito de combatir la epidemia y cuando lo estime pertinente, implementará de manera inmediata en las regiones afectadas de todo el territorio nacional, las acciones ejecutivas siguientes:

I. El aislamiento de personas que puedan padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, por el tiempo que resulte estrictamente necesario, así como la limitación de sus actividades, cuando así se amerite por razones epidemiológicas;

II. La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos;

III. La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes, así como de equipajes, medios de transporte, mercancías y otros objetos que puedan ser fuentes o vehículos de agentes patógenos;

IV. El ingreso a todo tipo de local o casa habitación para el cumplimiento de actividades dirigidas al control y combate de la epidemia;

V. La utilización de todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes;

VI. La adquisición a nivel nacional o internacional, de equipo médico, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de mercancías, objetos, bienes y servicios que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, sin necesidad de agotar el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla;

VII. Importar y autorizar la importación de los bienes y servicios citados en el inciso anterior, sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontar la contingencia objeto de este decreto;

VIII. Ordenar las medidas atinentes a fin de evitar congregaciones de personas en cualquier lugar de reunión, incluyendo la clausura temporal de locales o centros de espectáculo;

IX. La encomienda a las autoridades federales, estatales y municipales, así como a los profesionales técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, el desempeño de las actividades que estime necesarias;

X. La regulación del tránsito terrestre, marítimo y aéreo, así como disponer libremente de todos los medios de transporte de propiedad del Estado y de servicio público, cualquiera que sea el régimen legal a que estén sujetos estos últimos;

XI. La utilización libre y prioritaria de los servicios telefónicos, telegráficos y de correos, así como las transmisiones de radio y televisión, estableciendo las directrices informativas necesarias a fin de transmitir clara y oportunamente las medidas que se adopten para afrontar la contingencia;

XII. La solicitud de auxilio o apoyo a instancias y organismos internacionales, con el propósito de colaborar con las autoridades mexicanas, y

XIII. Las demás que determine la propia Secretaría de Salud.

ARTÍCULO TERCERO.- La Secretaría de Salud, a través de su Titular, realizará todas las acciones que resulten necesarias, a efecto de dar seguimiento a las medidas previstas en el presente Decreto, e informará cada doce horas al Presidente de la República sobre la situación existente.

ARTÍCULO CUARTO.- La Secretaría de Salud establecerá números telefónicos de urgencia para atender a la población, a efecto de orientarla o para que se reporten casos de influenza estacional epidémica.

ARTÍCULO QUINTO.- Se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a coordinarse y brindar los apoyos necesarios para la instrumentación de las medidas de prevención y control del brote de influenza presentado en nuestro país.

ARTÍCULO SEXTO.- Se conmina a los particulares a brindar los apoyos y facilidades que establecen las disposiciones jurídicas en materia de salubridad general.

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Decreto entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y tendrá vigencia en tanto dure la situación de contingencia prevista en el mismo.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a 24 de abril de 2009.- **Felipe de Jesús Calderón Hinojosa.-** Rúbrica.- El Secretario de Salud, **José Ángel Córdova Villalobos.-** Rúbrica.

Anexo 5
Distribución del gasto de los Servicios Estatales de Salud
por entidad federativa en 2007 (miles de pesos)

Entidad Federativa	Estatad	Federal 1/	Total	Estructura Porcentual	
				Estatad	Federal
Estados Unidos Mexicanos	19 334 684,5	102 434 620,0	121 769 304,5	15,9	84,1
Aguascalientes	159 677,5	941 645,9	1 101 323,4	14,5	85,5
Baja California	448 896,6	1 983 820,5	2 432 717,1	18,5	81,5
Baja California Sur	116 624,0	634 937,5	751 561,5	15,5	84,5
Campeche	547 545,0	1 152 889,0	1 700 434,0	32,2	67,8
Coahuila de Zaragoza	96 591,4	1 200 391,4	1 296 982,8	7,4	92,6
Colima	12 025,3	740 023,7	752 049,0	1,6	98,4
Chiapas	246 661,5	4 824 182,3	5 070 843,8	4,9	95,1
Chihuahua	1 075 035,0	2 004 366,9	3 079 401,9	34,9	65,1
Distrito Federal	4 341 949,7	8 792 566,3	13 134 516,0	33,1	66,9
Durango	32 415,0	1 714 762,5	1 747 177,5	1,9	98,1
Guanajuato	653 824,1	4 081 653,2	4 735 477,3	13,8	86,2
Guerrero	249 483,7	3 187 335,8	3 436 819,5	7,3	92,7
Hidalgo	78 102,3	2 595 727,0	2 673 829,3	2,9	97,1
Jalisco	2 101 251,3	4 073 486,2	6 174 737,5	34,0	66,0
México	3 377 456,0	8 978 633,0	12 356 089,0	27,3	72,7
Michoacán de Ocampo	303 912,5	3 071 223,8	3 375 136,3	9,0	91,0
Morelos	177 917,5	1 469 447,4	1 647 364,9	10,8	89,2
Nayarit	114 147,9	1 063 211,8	1 177 359,7	9,7	90,3
Nuevo León	192 646,5	1 767 594,1	1 960 240,6	9,8	90,2
Oaxaca	48 745,1	4 205 753,0	4 254 498,1	1,1	98,9
Puebla	226 282,1	4 001 717,2	4 227 999,3	5,4	94,6
Querétaro de Arteaga	61 807,0	1 167 159,5	1 228 966,5	5,0	95,0
Quintana Roo	172 739,9	936 780,4	1 109 520,3	15,6	84,4
San Luis Potosí	146 452,5	2 157 911,5	2 304 364,0	6,4	93,6
Sinaloa	445 941,3	1 900 159,2	2 346 100,5	19,0	81,0
Sonora	530 993,7	1 708 731,4	2 239 725,1	23,7	76,3
Tabasco	1 820 301,7	2 795 346,5	4 615 648,2	39,4	60,6
Tamaulipas	361 969,7	2 603 788,2	2 965 757,9	12,2	87,8
Tlaxcala	91 792,1	1 009 980,3	1 101 772,4	8,3	91,7
Veracruz de Ignacio de la Llave	803 049,0	5 866 745,6	6 669 794,6	12,0	88,0
Yucatán	166 108,7	1 566 574,9	1 732 683,6	9,6	90,4
Zacatecas	132 338,9	1 408 171,3	1 540 510,2	8,6	91,4

1/El gasto federal incluye el ramo 33 (FASSA), ramo 12 e IMSS-Oportunidades. La distribución del ramo 12 se realizó de la siguiente manera: Las transferencias directas por programa se asignaron por entidad federativa, como Oportunidades, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional, entre otros; además de las transferencias al Seguro Popular. El gasto de los Hospitales Federales de Referencia y los Institutos Nacionales se distribuyeron en función de los egresos hospitalarios. Por último, el resto de Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Organos Desconcentrados se considera de igual manera gasto no distribuible.

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2007.