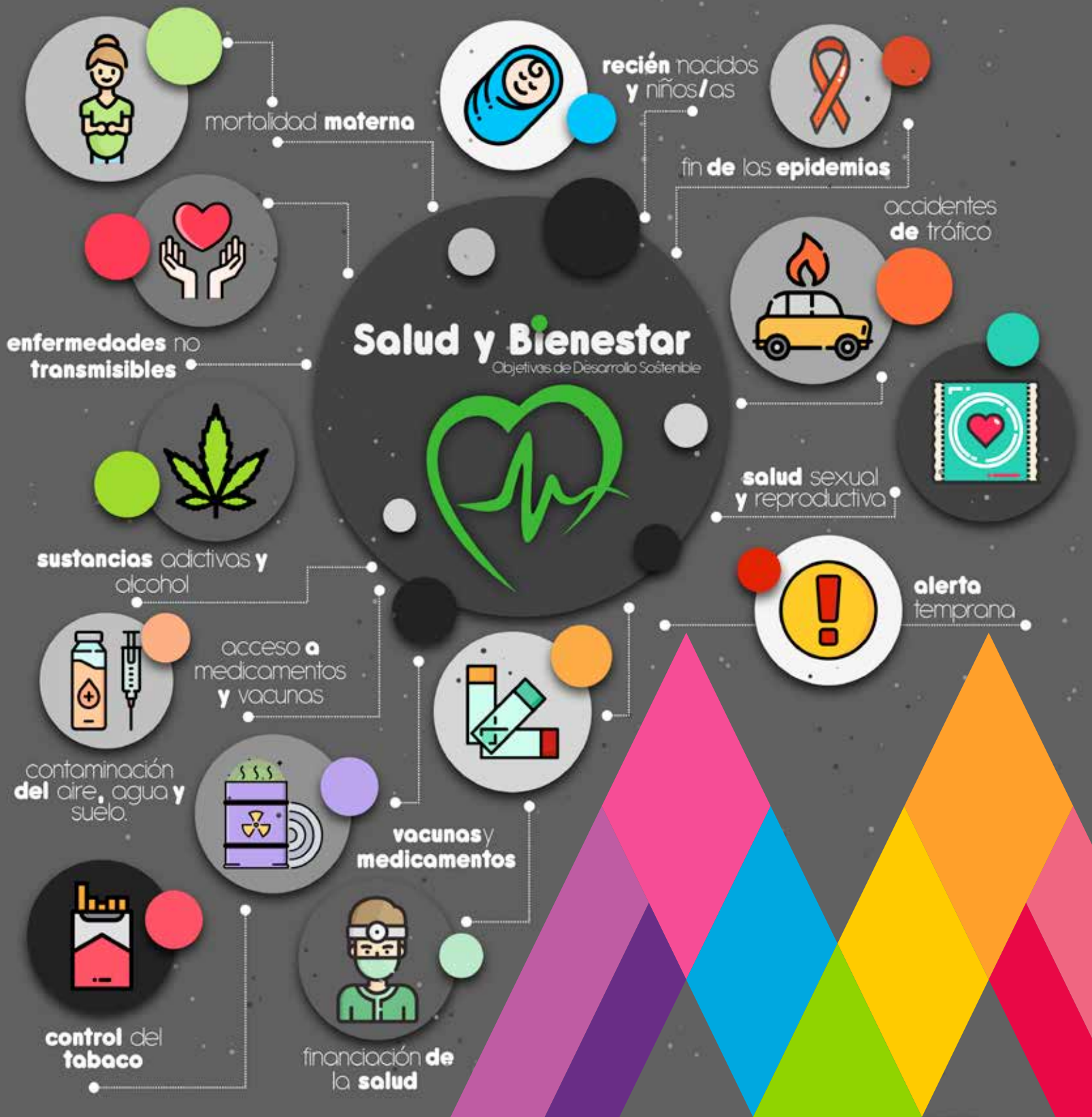
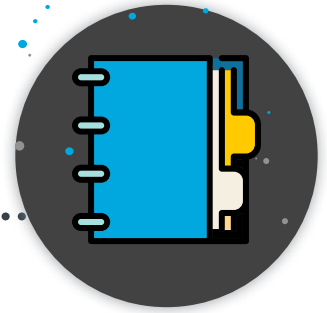






Fidel Velázquez No. 805,
Colonia Vértice,
Toluca,
Estado de México,
C.P. 50150.
Teléfono: (722) 2-19-38-87.



Subcomité Editorial

Gabriel J. O'Shea Cuevas

Presidente

Carlos Ocaña Ponce

Secretario Técnico

Editor

Víctor Manuel Torres Meza

Comité Editorial del CEVECE

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

Luis Anaya López

Leonardo Francisco Muñoz Pérez

Mauricio R. Hinojosa Rodríguez

Víctor Flores Silva

Elsa Esther García Campos

Silvia Cruz Contreras

Diseño

Ana Laura Toledo Avalos

Corrección de Estilo

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez

CEVECE CERCA DE TI, REVISTA DEL CENTRO ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES, Año 8, No. 4, octubre - diciembre 2018, es una publicación trimestral editada por el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Calle Fidel Velázquez No. 805, Col. Vértice, Toluca Estado de México, C.P. 50150, Tel (722) 2-19-38-87, <http://salud.edomexico.gob.mx/cevece>, cevece@salud.gob.mx. Editor responsable: Víctor Manuel Torres Meza. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2013-050712534600-102, ISSN: 2007-5154, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Número de autorización otorgado por el Consejo Editorial del Gobierno del Estado de México CE: 217/05/01/18-02. Impresa por Editora Ágora, Privada de Hidalgo #6, Santiago Miltepec, C.P. 50020, Toluca, Estado de México. Este número se terminó de imprimir en diciembre de 2018 con un tiraje de 200 ejemplares. Fotografías y pictogramas usados de freepik.com, flaticon.com y thenounproject.com.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.





Índice

- 5**  **Editorial**
-
- 6**  **ODS 3 Meta 1**
Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.
-
- 8**  **ODS 3 Meta 2**
Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos.
-
- 10**  **ODS 3 Meta 3**
Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
-
- 12**  **ODS 3 Meta 4**
Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
-
- 14**  **ODS 3 Meta 5**
Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
-
- 16**  **ODS 3 Meta 6**
Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
-
- 18**  **ODS 3 Meta 7**
Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
-
- 20**  **ODS 3 Meta 8**
Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios básicos de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
-
- 22**  **ODS 3 Meta 9**
Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
-
- 24**  **ODS 3 Meta a**
Fortalecer la aplicación del convenio marco de la organización mundial de la salud para el control del tabaco en todos los países, según proceda.
-
- 26**  **ODS 3 Meta b**
Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles.
-
- 28**  **ODS 3 Meta c**
Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
-
- 30**  **ODS 3 Meta d**
Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.





Víctor **Manuel** Torres **Meza**





ODS3Meta1

Para 2030, **reducir la tasa mundial de mortalidad materna** a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.

Víctor Flores Silva

Comencemos por definir la **muerte materna**, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud como la **muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo**, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Cabe mencionar que en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio se planteó entre sus objetivos prioritarios, reducir en un 75% la mortalidad materna entre 1990 y 2015, sin embargo aún queda mucho por hacer.

No olvidemos que los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como continuación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, retoman las metas en materia de mortalidad materna, y en su meta 1, del objetivo 3, se plantea para 2030, **reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos**.



Es por ello que dichos planteamientos han llevado a los sistemas de salud de cada país, a trabajar por disminuir al mínimo posible la mortalidad materna, como una prioridad que se vuelve cada vez más necesaria, considerando que la mayoría de estas muertes son evitables y que la supervivencia de las madres es un imperativo en materia de derechos humanos y una prioridad en el ámbito del desarrollo.

Solo por mencionar algunos datos, desde 1990 al año 2000 se han logrado reducciones en la mortalidad materna, estimándose variaciones que van del 45 al 37% en el mundo, lo que supone un logro muy importante. A pesar de ello, **muchas mujeres siguen muriendo cada día por causas relacionadas con los embarazos o los partos**, se estima que actualmente sigue muriendo una mujer cada dos minutos aproximadamente.

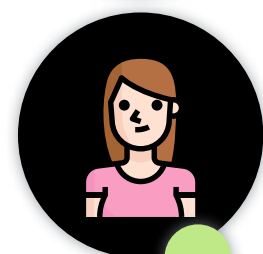
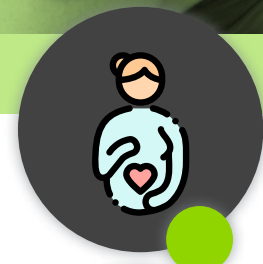
Asimismo, por cada mujer que muere, 20 o 30 tienen complicaciones con consecuencias importantes o duraderas. La mayoría de dichas muertes y lesiones se podrían evitar totalmente (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

Se estima que en el 2013, **289.000 mujeres murieron por causas relacionadas con los embarazos y los partos**. La mayoría de ellas murieron por **hemorragia grave, sepsis, eclampsia, obstrucción del parto y consecuencias derivadas de abortos** en condiciones de riesgo, causas todas ellas para las que existen intervenciones altamente eficaces.

Cabe señalar que los logros obtenidos en la reducción de la mortalidad materna se deben en gran medida a la aplicación de diferentes estrategias, a tal grado que la tasa de mortalidad materna a nivel mundial ha descendido de 380 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 210 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 2013 (Naciones Unidas, 2016).

En cuanto a México, como parte del Objetivo 5, Mejorar la Salud Materna, y con el fin de reducir las muertes prevenibles ocurridas en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, se propuso reducir en tres cuartas partes la Razón de Mortalidad Materna entre 1990 y 2015. Para lograrlo, este indicador tendría que pasar de 88.7 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos a 22.2 (SS/DGIS, 1990-2013).

Como podrá constatar, los resultados arrojaron un rezago en la meta de **22.2 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos**. Si bien se alcanzaron todas las metas en los





excluida de la seguridad social. Dos años después se desprendió el Seguro Médico para una Nueva Generación para atender a recién nacidos.

En 2008 se puso en marcha la Estrategia de Embarazo Saludable para afiliar al Seguro Popular a todas las mujeres excluidas de la seguridad social, debido a su tipo de empleo.

En 2009 se firmó el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas y la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna.

De 2003 a 2013, las acciones vinculadas con la salud materna concentraron la mayor proporción del gasto en Salud Reproductiva y Equidad de Género, de

acuerdo con el informe "Cuentas en salud reproductiva y equidad de género", elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Así, al inicio de los años 90 más de la mitad de la muerte materna se concentró en zonas rurales e indígenas y, a 20 años de distancia, 33.4 por ciento de decesos aún se focalizan en localidades de menos de 2 mil 500 habitantes y de origen indígena.

Los programas gubernamentales tampoco beneficiaron a las más jóvenes, ya que muchas de las vidas perdidas por muerte materna fueron de mujeres de entre 10 y 19 años, según el informe "Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Una mirada desde la infancia y la adolescencia en México", publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). La Razón de Muerte Materna en el grupo de 10 a 14 años de edad es de 66.6 por cada 100 mil nacidos vivos, y de 34.4 en el rango de 15 a 19 años.

El número de muertes prevenibles durante el embarazo es también mayor a medida que se incrementa la edad de las mujeres, especialmente a partir de los 35 años.

En septiembre del 2015, luego de reconocer que se incumplió el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) para reducir la muerte materna, **México se adhirió a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con los cuales, otra vez, prometió garantizar la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.**

El nuevo acuerdo internacional plantea en el objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" y, dentro del objetivo, se plantea que para 2030 se debe reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos (Milenio, 2016).

Bibliografía

- Naciones Unidas. 2014. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Recuperado <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> 19 de octubre del 2018.
- Milenio. 2016. En 25 años México no logró reducir la Mortalidad Materna. Recuperado <http://www.milenio.com/politica/25-anos-mexico-logro-reducir-mortalidad-materna> 24 de octubre del 2018.
- Oficina de la Presidencia de la República. 2015. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de avances 2015. Recuperado <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf> 26 de octubre del 2018.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. 2016. Salud Materna. Recuperado <https://www.unfpa.org/es/salud-materna> 03 de noviembre del 2018.

indicadores complementarios del Objetivo 5, la proporción de partos atendidos por personal capacitado pasó de 76.7% en 1990 a 96.3% en 2014; la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil casadas o unidas disminuyó de 25.1% en 1987 a 5% en 2014, y el número promedio de consultas prenatales se incrementó de 4.4 a 5.4 de 2000 a 2014; aún no se logra la reducción de 75% para la mortalidad materna, lo que hace suponer que las acciones instrumentadas en los últimos 15 años no fueron suficientes para impulsar el cumplimiento de la meta principal.

Pero esta situación no fue exclusiva de México, las Naciones Unidas reconocen que el mundo no logró cumplir con la meta global de reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes, motivo por el cual los países deberán redoblar sus acciones para cumplir con la meta pendiente y la meta de la nueva Agenda de Desarrollo Post-2015 y que se han plasmado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En 2013, la razón de mortalidad materna se ubicó en 38.2, lo que significa un avance global de 76% sobre la meta establecida, una mejora sustancial pero insuficiente respecto a la línea base de 1990 (88.7). Consciente de que el rezago de años anteriores colocaba a México fuera de la trayectoria de cumplimiento de la meta Objetivos de Desarrollo del Milenio, en 2013, el Gobierno de la República a través de la Secretaría de Salud y en coordinación con los gobiernos de los estados, asumió como prioridad la reducción de la mortalidad materna. **Estos esfuerzos rompieron el virtual estancamiento en que se encontraba este indicador desde 2010, logrando una disminución anual de casi 10% entre 2012 y 2013 (Oficina de la Presidencia de la República, 2015).**

Para noviembre del 2015, el número de muertes maternas **ascendió a 673**, lo que demuestra que este año, al cumplirse el plazo para que México redujera la mortalidad materna y alcanzara la cobertura universal de los servicios de salud reproductiva, muchas mujeres enfrentan riesgo de muerte al convertirse en madres. **Apenas logró reducir ese índice a 38.2 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos**, pese a la serie de acciones en salud reproductiva que se emprendieron —ahora sabemos que infructuosamente— para garantizar a las mujeres servicios de salud durante embarazo, parto y puerperio.

Uno de los programas federales para "abatir" la mortalidad materna a escala nacional fue Arranque Parejo en la Vida (APV), lanzado por la administración foxista y que hasta 2006 permaneció en el programa de atención materno-infantil del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), sin embargo sus resultados fueron nulos.

En 2004 dio inicio el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para dar el Seguro Popular a la población tradicionalmente





ODS.3 Meta 2

Para 2030, **poner fin a las muertes evitables de recién nacidos** y de niños **menores de 5 años**, logrando que todos los países intenten **reducir la mortalidad neonatal** al menos hasta 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos.

Mauricio **Raúl** Hinojosa **Rodríguez**



Los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), son una lista de tareas pendientes de la humanidad para un planeta sostenible, son una hoja de ruta clara para un futuro mejor, y ya hemos conocido sus generalidades, ahora es tiempo de conocer sus metas, pero esta ocasión, nos concentraremos en la meta 2: **Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años**, logrando que todos los países intenten **reducir la mortalidad neonatal** al menos hasta 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1,000 nacidos vivos, pero ¿cuál fue la problemática por la que surgió esta meta?

Para poder entender esta pregunta se deben conocer algunas cifras de la mortalidad infantil en el mundo, ya que afectó a **5.6 millones de niños menores de 5 años en 2016**, **46.4% fallecieron durante su primer mes de vida** como consecuencia de un nacimiento prematuro, bajo peso, infecciones, asfixia o traumatismos derivados del parto.

El 52.5% se concentra en África y el 3.3% en Latinoamérica, las causas principales son la falta de sistemas de acceso a agua limpia, saneamiento, desnutrición, escasa disponibilidad de vacunas y ausencia de una atención médica de calidad, que provoca problemas en los partos y la propagación de enfermedades como la malaria, la tuberculosis y el VIH, además:

- Cada día mueren 17,000 niños menos que en 1990, pero más de cinco millones de niños mueren cada año hoy en día antes de cumplir los 5 años.
- A pesar de los avances en todo el mundo, la mortalidad de niños menores de 5 años de edad sigue siendo elevada en África Subsahariana y en Asia Meridional. Cuatro de cada cinco muertes de los menores de cinco años ocurren en estas regiones.
- Los niños que nacen pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los cinco años que los de las familias más ricas.
- Los hijos de madres que han recibido educación, incluso las madres con educación primaria, tienen más probabilidades de sobrevivir que los de madres sin educación.



Según el último informe publicado por el Fondo de la ONU para la infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos de Naciones Unidas, **unos 15,000 niños fallecen a diario antes de cumplir los cinco años y, de ellos, 2.6 millones mueren antes de cumplir su primer mes de vida cada año.**

Dicho informe anticipa que, de seguir con las tendencias actuales, 60 millones de niños morirán —también antes de cumplir los cinco años— entre 2017 y 2030.

Según datos oficiales de la **Dirección General de Información en Salud**, en México durante el periodo de 2014 a 2016, hubo un total de 14,711 muertes neonatales principalmente por





dificultad respiratoria (9,280), sepsis bacteriana (6,784), otras malformaciones congénitas del corazón (3,552), trastornos relacionados con duración corta de la gestación (3,186) y asfixia en el nacimiento (2,668).

En el **Estado de México**, en el mismo periodo ocurrieron **6,720 muertes neonatales** principalmente por: **dificultad respiratoria (1,159), sepsis bacteriana (1,146), otras malformaciones congénitas del corazón (568), síndromes de aspiración neonatal (378) y asfixia del nacimiento (367).**

En lo que respecta a los menores de 5 años, para ese periodo, se registraron 16,912 fallecimientos en el país de los cuales ocurrieron por neumonía, otras gastroenteritis, otras malformaciones leucemia linfóide y accidentes automovilísticos de peatón.

El **Estado de México** registró **2,028 muertes en ese grupo de edad** y fueron ocasionadas por: **otras malformaciones congénitas del corazón, inhalación de contenidos gástricos, neumonía, otros ahogamientos y leucemia linfóide.**

Muchas regiones se enfrentan aún a graves riesgos para la salud, como altas tasas de mortalidad neonatal. En las últimas décadas, se han obtenido grandes avances en relación con la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil, pero para lograr la meta de este Objetivo, que estableció que en 2030 se reduzca la mortalidad neonatal y la mortalidad de niños menores de 5 años.

Ante esta situación, reducir la tasa de mortalidad infantil y materna y acabar con las epidemias se ha convertido en el

tercero de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, aprobados en septiembre de 2015 durante la Cumbre del Desarrollo Sostenible, un encuentro en el que más de 150 jefes de Estado y de Gobierno aprobaron la conocida como Agenda 2030.

De acuerdo con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: “Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la Región de las Américas”, se requiere de un seguimiento y evaluación de esta meta para armonizar los mecanismos existentes para la presentación de informes, además, se deben fortalecer e integrar los sistemas de información a fin de facilitar la medición y el seguimiento de las demás metas junto con otros indicadores.

Se fortalecerá la colaboración con los organismos de las Naciones Unidas, en particular el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre Indicadores de los ODS a fin de optimizar el uso de las plataformas existentes para el seguimiento del ODS 3 y de los indicadores relacionados con la salud.

Los indicadores que contenidos en esta Agenda para esta meta son:

3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal

Por lo tanto, si se centra la atención en **proporcionar una financiación más eficiente de los sistemas de salud, se mejora el saneamiento y la higiene, se aumenta el acceso a los servicios médicos y se proveen más consejos sobre cómo reducir la contaminación ambiental, se lograrán progresos significativos en ayudar a salvar las vidas de millones de personas.**

Para lograr un impacto en la reducción de estas muertes se deben invertir más

recursos para mejorar los sistemas de salud primaria (como vacunas y antibióticos), fortalecer la lactancia materna, mejorar el suministro de agua potable y la alimentación además de promover una educación básica universal.

Además, se recomiendan para cumplir esta meta son: **llevar una dieta saludable y beber mucha agua, no fumar, amamantar a los hijos ya que es natural y la mejor fuente de alimentación para los bebés, la lactancia materna** protege a los bebés de las enfermedades y es beneficiosa para los niños y para las madres.



Bibliografía

- Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Consultado el 25 de octubre de 2018 en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la Región de las Américas. Consultado el 25 de octubre de 2018 en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34194/CE160-14-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- 170 Acciones diarias para transformar nuestro mundo. Consultado el 24 de octubre de 2018 en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/08/170Actions-web_Sp.pdf
- ¿Cómo podemos garantizar la salud y el bienestar universal? Consultado el 25 de octubre de 2018 en: <https://www.iberdrola.com/te-interesa/iberdrola-te-cuenta/ods-3-salud-bienestar>
- Dirección General de Información en Salud. Consultado el 24 de octubre de 2018 en: <http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cmortalidadxp.html>





ODS 3 Meta 3

Para 2030, **poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.**

Luis **Anaya** López

El objetivo de este artículo

Nuestro propósito de escribir este artículo es dar a conocer la meta 3.3 de los objetivos del Desarrollo Sustentable (ODS) propuesta por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Pero además de que lo conozcan trataremos de explicarlo y de darles elementos de los alcances que tiene un compromiso de este tipo dentro del marco de la gobernanza internacional. Dado el universo de enfermedades que nos plantea la meta no podremos por razones de espacio referirnos a todas, de tal manera que solo nos abocaremos al caso del SIDA.

Un vistazo a la situación epidemiológica del SIDA.

Puntualicemos algunas cifras importantes:

En el 2017:

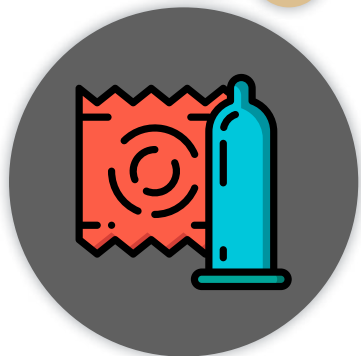
1. **36.9 millones** [31,1 millones-43,9 millones] de personas **vivían con el VIH** en 2017 en todo el mundo.
 - **35.1 millones** [29,6 millones-41,7 millones] **adultos/as**.
 - **1.8 millones** [1,3 millones-2,4 millones] **niños/as** (menores de 15 años).
2. **35.4 millones** [25,0 millones-49,9 millones] de personas **fallecieron a causa de enfermedades** relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.
3. el 75% [55-92%] de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico con respecto al VIH.
4. Alrededor de **9.4 millones de personas no sabían que vivían con el VIH**.
5. Se produjeron **1.8 millones** [1,4 millones-2,4 millones] de **nuevas infecciones por el VIH**. Desde el pico alcanzado en 1996, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 47%.
6. ONUSIDA estima que se necesitarán 26.200 millones de dólares estadounidenses para la respuesta al sida en 2020.

De objetivos y metas.

Como ya les he narrado a fines de septiembre del 2015, al no cumplirse los objetivos del milenio, los líderes mundiales adoptaron nuevos objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en el 2030, en esta ocasión hablaremos Objetivo 3.3 que dice: **Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.**

Una provocación para el análisis

Al igual que en otros artículos voy a esforzarme para que se interesen en analizar si es posible o no cumplir con esta meta. Por lo tanto, iniciemos definiendo ¿qué es una **meta**? y para





ello veamos que nos dice Wikipedia, la enciclopedia libre lo define así: "Una meta es un **resultado deseado que una persona o un sistema imagina, planea y se compromete a lograr**". Además, dice: "La fijación de metas puede implicar el establecimiento de objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y limitados en el tiempo." En este sentido hagamos el ejercicio definir si nuestra meta cumple o no esta definición. Analicemos tres puntos con relación a esto.

a. **Un resultado esperado.**

A qui nos encontramos con el primer problema de la meta, pues la definición dice que es un resultado esperado y aún cuando ustedes podrán decir que solo se trata de un resultado que es poner fin a un grupo de enfermedades, (por cierto, bastante grande este grupo), tendríamos que plantearnos ¿qué entendemos por ponerle fin a las epidemias? (no es una epidemia son varias, una por enfermedad), será que se vuelvan endemias o es erradicarlas del mundo.

b. **Deberán de ser medibles, alcanzables, relevantes.**

Medible

¿Qué tan medible es ponerle fin a la epidemia del SIDA?. Primero tenemos que ponernos de acuerdo en qué es una epidemia, doy la definición de los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norte América, dado es la que tiene más consenso entre los epidemiólogos, "Un **aumento, a menudo rápido, en el número de casos de una enfermedad superior a lo que normalmente se espera para esa población en esa área**". En segundo lugar tenemos que saber cómo medimos los epidemiólogos, la existencia de una epidemia, una herramienta es el canal endémico, pero en este caso no es posible de usarla dado que se usa solamente para enfermedades infecciosas agudas y el SIDA es una enfermedad infecciosa crónica. Para el caso de las enfermedades crónicas usamos los estudios de prevalencia.

Pero cómo usamos la prevalencia para saber si estamos en epidemia o en endemia, veamos ahora la definición de **endemia**: se define como la **aparición constante de una enfermedad, trastorno o agente infeccioso nocivo en un área geográfica o grupo de población**; también puede referirse a una prevalencia alta crónica de una enfermedad en dicha área o grupo. Si sabemos que el SIDA en el mundo se ha presentado desde principios de los años ochenta y como se dice en el punto cinco de la situación epidemiológica del SIDA descrita anteriormente que dice: "Desde el pico alcanzado en 1996, las nuevas infecciones por el VIH se han reducido en un 47%" entonces desde 1996 estamos en endemia y ya se paró la epidemia.

Alcanzables

Esta característica de las metas no es posible aplicarla, ya que, si consideramos el punto anterior, en el mundo ya paramos la epidemia de SIDA y ahora estamos en una endemia. Podríamos decir que ya se alcanzó la meta de poner fin a la epidemia del SIDA

Relevantes

¿Cómo debemos de analizar este punto?, lo relevante de la meta está en qué tanto contribuye con el objetivo; pero como ya hemos visto no sería relevante cumplir esta meta dado que ya la alcanzamos.

c. **Tiempos limitados**

Esta característica de las metas se cumple; hasta la meta 9 del objetivo 3 existe temporalidad, excepto las metas 3.5 y la 3.8, y se inicia la redacción de la meta con "Para 2030 o Para 2020". Para el caso del SIDA se pretende alcanzar para el año 2030 esta meta.

Discusión

Aun cuando no todos los investigadores del tema de objetivos y metas están de acuerdo en estos criterios, llamados criterios SMART, nosotros creemos que son necesarios para fijar metas, ya que tienen un alto valor, porque no tiene ningún caso plantearnos un objetivo si al final no podemos medir si se cumplió o no éste.

A manera de conclusión.

Es muy difícil desarrollar metas, sin embargo, en el caso de la meta que analizamos con relación a frenar la epidemia de SIDA, tiene por definición un grave problema en su construcción, dado que si nos apegamos a las consideraciones epidemiológicas del término epidemia es claro que en el mundo estamos en endemia y no en epidemia.





ODS 3 Meta 4

Para 2030, **reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles** mediante la prevención y el tratamiento y promover la **salud mental y el bienestar**.

Silvia **Cruz** Contreras

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, son **resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales; afectando mayormente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes** por estos padecimientos. Los principales tipos son las **enfermedades cardiovasculares** (ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el **cáncer**, las **enfermedades respiratorias crónicas** (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la **diabetes**.

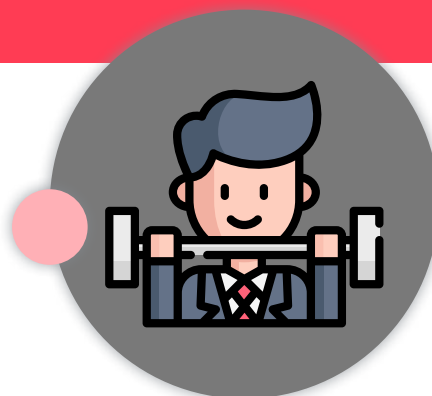
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad y más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Los niños/as, adultos/as y ancianos/as son más vulnerables a los **factores de riesgo** que favorecen las ENT, como son las **dietas malsanas, falta de actividad física, exposición al humo del tabaco y el uso nocivo del alcohol**.



Un breve panorama de las defunciones originadas por ENT evidencia por ejemplo que de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en **2016**, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación: la **cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, ocasionaron 15,2 millones de defunciones en 2016 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años**. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3 millones de fallecimientos en ese mismo año; mientras que el **cáncer de pulmón, junto con el de tráquea y de bronquios, provocó la muerte de 1,7 millones de personas**. La cifra de decesos por diabetes, que era inferior a 1 millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2016. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron entre 2000 y 2016, lo cual hizo que esta enfermedad se convirtiera en la quinta causa de muerte en el mundo en 2016.

De la misma manera, las infecciones de vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en el año de referencia, causaron **3 millones de defunciones en todo el mundo**. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo casi un millón entre 2000 y 2016, fue de 1,4 millones de muertes en 2016, y los accidentes de tránsito ocasionaron la pérdida de 1,4 millones de vidas en 2016; alrededor de tres cuartas partes de las víctimas (74%) fueron varones.

En nuestro país, datos del Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles refieren que **la diabetes tipo 2 ha originado complicaciones en la salud de la población mexicana** como visión disminuida, daño de retina, pérdida de la vista y úlceras. Además, su prevalencia en adultos/as mayores de 20 años presentó un ligero aumento del 2012 al 2016, con cifras de 9.2% y 9.4% respectivamente.



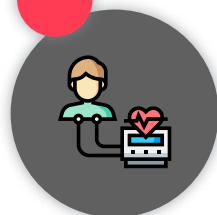
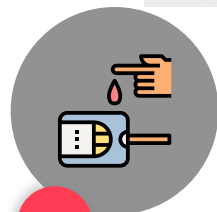
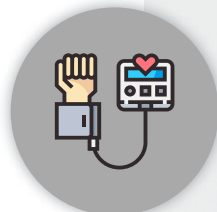
En cuanto a prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años de edad, se sabe que disminuyó de 34.4% en 2012 a 33.2% en 2016, una reducción de 1.2 puntos porcentuales. Siendo mayor en localidades urbanas que en las rurales (34.9 vs 29.0%). Mientras que en adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012. Para adultos/as de 20 años y más la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016; este aumentó 1.3 puntos porcentuales.

Además, información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, describe que en México, la prevalencia de **hipertensión arterial fue de 25.5%, de los cuales 40.0% de las personas desconocía que padecía esta enfermedad y solo el 58.7% de los/as adultos/as con diagnóstico previo contaban con un control adecuado.** Las estadísticas anteriores, tanto las relacionadas con las causas de muerte por ENT como las relativas a sus factores de riesgo, ayudan a las autoridades y actores sanitarios a orientar las actividades futuras en materia de salud pública, a prevenir y atender estos padecimientos.

Según los cálculos macroeconómicos, se prevé que en los **próximos 20 años la producción mundial presentará pérdidas acumulativas de US\$ 46 billones** como consecuencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y trastornos de salud mental. Si a esto se añaden las muertes prematuras y los costos de atención, el panorama es más desalentador.

A pesar de que la mayor parte de los Estados están realizando avances en la prevención y control de las ENT, estas continúan representando retos importantes para muchos países, haciéndose imprescindible la **revisión y actualización de políticas públicas y acciones a fin de implementar intervenciones eficaces**, basadas en evidencia que aumenten el alcance, ayuden a obtener nuevos conocimientos y a utilizarlos sobre todos en grupos más vulnerables a los riesgos de ENT.

Conforme al Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas 2013-2019, las acciones que han de tomarse deben centrarse en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la Región: enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de



riesgo comunes (consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol) y en los factores biológicos de riesgo relacionados (hipertensión e hiperglucemia). Al mismo tiempo, se deben tomar en cuenta las comorbilidades como sobrepeso y obesidad, trastornos de salud mental (especialmente depresión y demencia), enfermedades bucales y nefropatías, que comprometen aún más la calidad de vida y aumentan el problema.

Es urgente trabajar en los factores de riesgo y en los factores protectores de las enfermedades no transmisibles, haciendo hincapié en los/as niños/as, adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; así como los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. **Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro ENT principales** (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado).

Además de **promover la alimentación sana y una vida activa a fin de propiciar la salud y el bienestar físico y mental, previniendo la obesidad.** Respecto de la vigilancia e investigación de las ENT, se requiere que se utilicen los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en evidencia, en programas académicos y de desarrollo y ejecución de proyectos; así como aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT.

Bibliografía

- Enfermedades no transmisibles. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles. Disponible en http://ment.uanl.mx/http://oment.uanl.mx/descarga/ensanut_mc2016.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Disponible en http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf
- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS. Las 10 principales causas de defunción. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.





ODS 3 Meta 5

Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Leonardo **Muñoz** Pérez

El apoyo de la familia es esencial para criar hijos sanos y bien adaptados social, mental y físicamente y prevenir posibles problemas posteriores en la adolescencia.

En todo el mundo los padres y madres hacen frente a dificultades para sostener a su familia: han de conciliar el trabajo con el hogar, hacer malabarismos para cumplir sus compromisos financieros, lograr apoyo y contactos sociales adecuados y hacerse de tiempo para que la familia pueda estar junta. Algunas veces los padres y madres luchan contra problemas de abuso de sustancias que menoscaban su capacidad para educar a sus hijos.

Hay determinados factores, como la **falta de seguridad, confianza y calidez en las relaciones entre padres, madres e hijos, hijas**, la falta de estructura en la vida familiar y una disciplina inapropiada, con unas pautas de conducta insuficientes, que pueden hacer a los hijos más propensos a comportamientos problemáticos y, posteriormente, al **abuso de sustancias y a trastornos mentales**.

Si bien hay factores genéticos, temperamentales y ambientales que contribuyen a moldear el desarrollo del niño/a y del joven, la dinámica familiar desempeña una función muy importante.



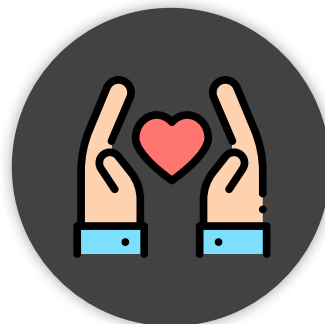
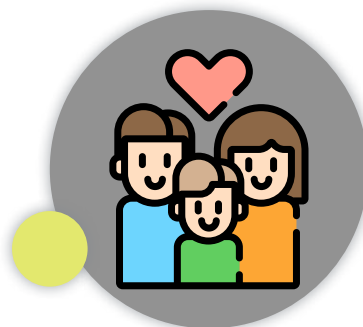
La familia puede proteger al niño de problemas muy diversos de comportamiento de riesgo y de salud mental, entre ellos, el **abuso de sustancias** y la **delincuencia**, dándole una sensación de seguridad emocional y económica, orientación y unas pautas apropiadas de conducta, supervisándolo y atendiendo a sus necesidades básicas, infundiéndole seguridad y estimulando su desarrollo y estabilidad.

La influencia de madres y padres suele ser la razón principal para que los adolescentes adopten comportamientos impropios, **un entorno familiar propicio es la razón principal para que los jóvenes no adopten esos comportamientos**, entre ellos, el abuso de drogas y de alcohol, la delincuencia y las relaciones sexuales precoces o sin protección.

Si bien se reconoce la influencia que ejerce el grupo de padres y madres, se sabe ahora que la manera en que la y el adolescente elige a sus amigos/as depende en gran medida de la relación que tenga con sus padres y madres. Cuando las y los adolescentes tienen una buena relación con sus ellos/as, hay más probabilidades de que elijan amigos/as que ejerzan una influencia favorable.

Los factores familiares decisivos para ayudar a proteger a las y los niños contra el abuso de sustancias, son:

- Una **relación cariñosa, segura y sana** entre padres e hijos;
- **Supervisión y vigilancia** parentales y una disciplina eficaz;
- Transmisión de **valores familiares favorables** a la sociedad;
- **Interés de los padres y madres** por la vida que llevan sus



hijos/as;

- **Apoyo de los padres y madres** (emocional, cognitivo, social y financiero).

Cuando los padres y madres apoyan a sus hijos/as y los alientan a ser independientes, y cuando esperan que acaten las reglas de disciplina y son consecuentes y justos al aplicarlas, las y los hijos sobrellevan la adversidad mejor que otros/as niños/as. Esa manera de educar a los hijos se suele denominar **"educar con autoridad"**.

Los padres, madres y la familia pueden ser poderosos factores de protección en la vida de las y los niños y jóvenes; por otra parte, también hay pruebas fehacientes de que ciertas características de la familia pueden constituir graves factores de riesgo.

Se ha observado que **si** los padres o madres **no corrigen el comportamiento de las y los hijos y aplican una disciplina rigurosa e inconsecuente**, y si no se da oportunidades a las y los niños para que adquieran aptitudes sociales, tanto los niños/as como los adolescentes **pueden tener problemas sociales, psicológicos y de aprendizaje**. En general, un **entorno doméstico caótico** y la falta de una estructura en la vida familiar son graves factores de riesgo de abuso de sustancias.

Las **familias** caracterizadas por la **indiferencia**, la **falta de cariño e interés**, la **inseguridad emocional** y la **inconsecuencia** de padres y madres en la educación y la atención de sus hijos/as durante los primeros años de desarrollo pueden acarrear **mayores riesgos de depresión, ansiedad y problemas relacionales** en los niños y los adultos. Está comprobado que puede existir una relación entre la depresión en la infancia y el uso de sustancias en la primera adolescencia.

Esos factores suelen caracterizar a las familias en que los padres abusan de sustancias, lo que probablemente perturbará las relaciones familiares, en particular si la persona adicta es la madre. Si **los padres son drogodependientes, los hijos tienen más probabilidades de estar expuestos reiteradamente a conflictos familiares y a situaciones de violencia** en el hogar, entre otras cosas, al abuso físico y verbal, así como al alcohol y a las drogas. Las familias con problemas de adicción tienden a aislarse socialmente para protegerse de ser descubiertas, de la reprobación de la sociedad y de la acción de la ley. Un efecto secundario de ese aislamiento es que los hijos también quedan aislados y entablan menos relaciones favorables para la sociedad. Los principales factores familiares que ponen a niños/as y jóvenes en peligro de abusar de sustancias son los mismos factores que los ponen en peligro de adoptar otros comportamientos

problemáticos; así pues, los esfuerzos por prevenir el uso indebido de sustancias también servirán para prevenir otros comportamientos de riesgo. Esos factores son:

- La falta de lazos de afecto y una relación insegura con los padres.
- La falta de una relación significativa con un/a adulto/a cariñoso/a.
- Una educación ineficaz.
- Un entorno doméstico caótico.
- Padres o hermanos que abusan de sustancias, sufren enfermedades mentales o están implicados en actos delictivos.
- El aislamiento social.

Existen **programas que ayudan a aumentar la comunicación, la confianza y la capacidad de solucionar problemas y conflictos**, o pueden ofrecer a padres e hijos oportunidades para pasar un buen rato juntos como modo de fortalecer los lazos de afecto y el apego entre ellos.

Los programas de desarrollo de aptitudes de la familia por lo general comprenden estrategias encaminadas a:

- a. Fomentar relaciones constructivas en el seno de la familia.
- b. Aumentar la supervisión y la vigilancia que ejerce la familia.
- c. Promover la transmisión de los valores y expectativas de la familia

Bibliografía

- Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. United Nations office on drugs and crime. UNDOC.
- T. J. Dishion, D. W. Andrews y L. Crosby, "Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics, quality and interactional process", Child Development, vol. 66, N° 1 (1995), págs. 139 a 151.
- M. T. Stephenson, "Authoritative parenting and drug-prevention practices: implications for antidrug ads for parents", Health Communication, vol. 17, N° 3 (2005), págs. 301 a 321.
- K. L. Kumpfer y R. Alvarado, "Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors", American Psychologist, vol. 58, N° 6 y N° 7 (2003), págs. 457 a 465.
- M. E. Medina-Mora, "Prevention of substance abuse: a brief overview", World Psychiatry, vol. 4, N° 1 (2005), págs. 25 a 30.





ODS 3 Meta 6

Para 2020, **reducir a la mitad el número de muertes y lesiones** causadas **por accidentes de tráfico** en el mundo.

Ma. de Jesús **Mendoza** Sánchez

El contexto bajo el cual la Organización de Naciones Unidas emite esta meta correspondiente al Objetivo para el Desarrollo Sostenible (ODS) 3, denominado "Buena Salud", se centra en el tema de la Seguridad Vial, pues dentro de los indicadores de mortalidad no debida a enfermedades, se resalta que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los **traumatismos causados por accidentes de tránsito son una de las causas más importantes de muerte en el mundo**, actualmente con mayor afectación al grupo etario comprendido entre los 15 y 29 años, es decir, **entre los jóvenes**.

Además, se debe considerar que los gastos en salud, derivados de la atención médica brindada a quienes forman parte de un accidente de tránsito, incluyen desde la **atención prehospitalaria, hasta la atención curativa, rehabilitatoria y paliativa que puede ser de por vida**, cuando no ocurre la muerte.

Pero quizás lo más dramático del tema, es que **los accidentes de tránsito son totalmente prevenibles**, ya sea por la responsabilidad imputable a las administraciones públicas encargadas de generar caminos más seguros y señalamientos precisos, hasta una base reglamentaria idónea para imponer límites de velocidad, uso de dispositivos de seguridad al interior de los automóviles, como el cinturón, bolsas de aire y sillas para niños y niñas; así como otros relacionados con el propio conductor/a de vehículo motorizado, relativos a su conocimiento de la normatividad, pericia al manejar y prudencia para no realizar actos que lo distraigan o menoscaben sus sentidos y en consecuencia generen accidentes.

El tercero y último -hasta la fecha- Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, emitido por la OMS en 2015, destaca el número de **muertes por accidente de tránsito que ascendió a 1.25 millones en el año 2013** considerando el aumento de vehículos en circulación (16%) con respecto al aumento de la población (4%), siendo los países de ingresos bajos o medios (84%), los que registran incremento en el número de muertes por accidentes de tránsito, desde el año 2010. Las cifras demuestran que las tasas de mortalidad en los países de ingresos bajos, ascienden a más del doble de las registradas en los países de ingresos altos, no obstante que su nivel de motorización es menor. Así, el 90% de las muertes por accidentes de tránsito se generan en países de ingresos bajos y medios, no obstante que concentran solamente el 54% de los vehículos del mundo.

En contraste, 79 países han mostrado descensos en el número absoluto de defunciones; de éstos, sólo el 56% (44) son países de ingresos bajos y medios. Las tasas más bajas (9.3 por cada 100,000 habitantes) se encuentran entre los países europeos, pese al aumento de la motorización en esa región. Le precede la región de las Américas (15.9 por cada 100,000 habitantes) y Asia Sudoriental (17.0 por cada 100,000 habitantes). Pero es África, el Continente con la mayor tasa (26.6 por cada 100,000 habitantes) y así mismo, demuestra que las muertes involucran a los usuarios menos protegidos en las vías de tránsito: motociclistas (23%), peatones (22%) y ciclistas (4%). En las Américas, según el Informe aludido y que corresponde al año 2013, el porcentaje más alto (35%) de las muertes ocurridas por accidente de tránsito, correspondió a los ocupantes de vehículos, igual situación que sucede para los países Europeos (51%) y en general, a nivel mundial (31%), excepción hecha para Asia Sudoriental y países del Pacífico Occidental en donde son los motociclistas (34%) los que registran mayor mortalidad.

A nivel mundial, del año 2010 al 2013 fueron 17 países -los que en su conjunto representaban 409 millones de personas-, quienes modificaron su reglamentación para implementar mejores prácticas de seguridad vial, mismas que además, se reforzaron con actividades de sensibilización dirigidas a la población, para incidir en los factores de riesgo que derivan en accidentes de tránsito.



El factor de riesgo de mayor peso en la mortalidad de las personas involucradas en accidentes viales, se refiere a la velocidad. Se destaca por ello, que **un peatón tiene menos del 20% de probabilidades de morir si es atropellado por un automóvil que circula a menos de 50 km/hr pero casi un 60% de posibilidades, si es atropellado a 80 km/hr.** Es por esto que el establecimiento de límites de velocidad, sobre todo en zonas de mayor conflicto vial, ha significado una de las intervenciones de mayor impacto en la reducción de la mortalidad por accidente de tránsito. En vías urbanas, se ha aconsejado establecer límites inferiores o iguales a 50 km/hr que a la par de mejores prácticas y definición de áreas de mayor impacto, como escuelas y plazas públicas, pueden ser determinantes en la ocurrencia de accidentes viales.

La **conducción bajo los efectos del alcohol, es otro factor contra el cual se debe insistir porque aumenta considerablemente la probabilidad de accidentes.** Para la OMS el límite de concentración de alcohol en sangre (CAS) no debería ser mayor a 0.05 g/dl pero recomienda que en el caso de los conductores jóvenes o principiantes, este límite debería ser igual o menor a 0.02 g/dl. Pese a esta directriz, sólo 34 países cuentan con leyes sobre conducción bajo los efectos del alcohol para indicar límites de CAS; 21 de estos países son Europeos pero sólo 46 países consideran que las normativas al respecto, aplicables en sus territorios, son “buenas”.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) refiere que hasta **2016, el número de accidentes de tránsito terrestre** registrados por los gobiernos municipales, así como el **total de víctimas muertas en el lugar del accidente y heridas con lesiones leves y/o graves, ascendió a 360,051 en zonas urbanas y suburbanas, con un saldo total de víctimas de 4,559 muertos y 97,614 heridos,** correspondiendo a víctimas muertas en el lugar del accidente, e incluyendo información de conductores, pasajeros, peatones, ciclistas y otras víctimas no especificadas. Del total de accidentes registrados, 13,308 tuvieron lugar en el Estado de México (3.69%), siendo Nuevo León la entidad con el número más alto de 75,931 (21%).

A su vez el Informe sobre la Situación Vial, México 2017, de la Secretaría de Salud, señala que los accidentes de tránsito se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en el país. El informe indica **16 mil 185 defunciones por esta causa y de las cuales, la mayoría, 7 mil 137 fueron peatones.**

Por su parte, la Secretaría de Gobernación (SEGOB) ha manifestado que los accidentes de tránsito le cuestan al país alrededor del 1.7% del PIB, equivalente

a \$150 mil MDP, por pérdida de productividad, daños materiales así como atención médica y hospitalaria.

El Anuario Estadístico de Accidentes en Carreteras Federales (2017) señala un total de **11,883 percances que dejaron saldo de 2,921 personas muertas y 8,910 lesionadas; los daños materiales ascienden a 1,062.1 millones de pesos o 56.2 millones de dólares,** considerando una paridad de 18.9104 pesos por dólar. Las cifras anteriores representan un costo total de los accidentes registrados de alrededor de 1,829.9 millones de dólares, tomando en cuenta costos unitarios promedio de 344,514 dólares por persona fallecida y 86,129 dólares por persona lesionada. La movilidad de la red analizada se cuantificó en más de 146 mil millones de vehículos-kilómetro (veh-km).

Con respecto al año 2016, en 2017 el volumen de percances disminuyó en 5.4%; las víctimas también reportan un descenso del 20.3 y 13.5% de lesionados y muertos, respectivamente. En cuanto a los índices en función de la movilidad (veh-km), se encontró un descenso de 9.5, 23.7 y 17.2% para el de accidentalidad, morbilidad y mortalidad, respectivamente. En cuanto a los índices por cada 100 colisiones, el año 2017 registró una reducción de 16 víctimas por cada 100 eventos.

Por su parte, el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), dependiente de la Secretaría de Salud, refiere en su Informe sobre la situación de la Seguridad Vial en México, 2017 que los accidentes de tránsito siguen encontrándose entre las diez principales causas de muerte, calculando una tasa de 13.2 muertos por cada 100 mil habitantes. Y es en los peatones en quienes se concentra el mayor porcentaje de fallecimientos pues en el 2016 se registraron 7,137 atropellamientos fatales (44%), 5,571 ocupantes de vehículo (34.4%), 3,162 motociclistas (19.5%) y 315 ciclistas (1.9%) muertos.

Para el **Estado de México,** se registraron **598 colisiones, de las cuales 302 fueron con víctimas: 196 muertes y 474 lesionados.** Los daños materiales para este número de colisiones, ascendió a 3,641,938 dólares en los que quedaron involucrados 1,054 vehículos con un costo promedio de los accidentes, de 11,992,000 dólares. Normativamente, la Ley General de Salud dispone en su artículo 3 fracción XVI que

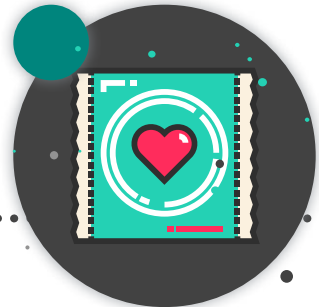


la prevención y el control de accidentes es materia de salubridad general y en razón de ello, la acción para prevención y control de accidentes (artículo 163) debe comprender, entre otros aspectos, el conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes y la adopción de medidas para prevenirlos, con la participación definitiva de la comunidad.

El artículo 134 del **Reglamento de Tránsito en carreteras y puentes de Jurisdicción Federal, establece que la velocidad máxima para el tránsito de vehículos es de: 80 km/h para Camiones; 95 km/h para autobuses, y 110 km/h para cualquier otro vehículo** distinto a los señalados. Pero adicionalmente, se especifica que no obstante los límites de velocidad genéricos señalados o los que fijen los dispositivos para el control del tránsito para determinados tramos de la vía federal, los conductores limitarán su velocidad, tomando en cuenta las condiciones de tránsito, las de la vía federal y las del vehículo, así como las climatológicas que afecten la visibilidad y la adherencia a la superficie de rodamiento.

Bibliografía

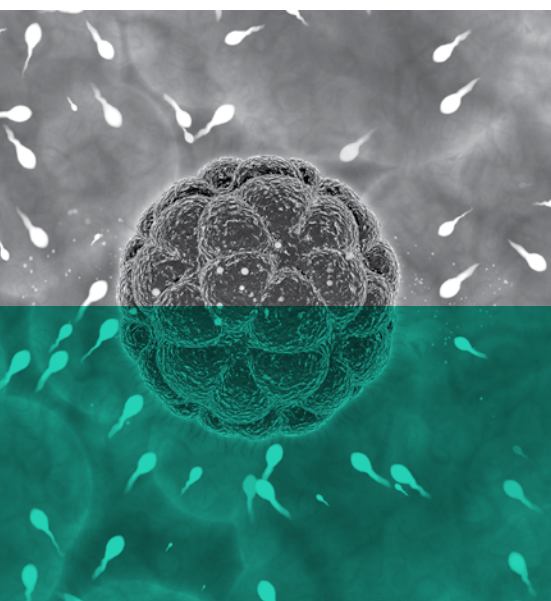
- OMS. Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial 2015. Francia 2015. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSRRS2015_SPA.pdf?ua=1
- INEGI. Accidentes de tránsito. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/accidentes/>
- EL PODER DEL CONSUMIDOR. Se ha olvidado al peatón en la infraestructura urbana, señalamos organizaciones sociales al conmemorar el Día Internacional del Peatón. 16/Ago/2018. <http://elpoderdelconsumidor.org/portada/se-ha-olvidado-al-peaton-en-la-infraestructura-urbana-senalamos-organizaciones-sociales-al-conmemorar-el-dia-internacional-del-peaton/>
- ANASEVI. Accidentes de tránsito. <https://deceniodeaccion.mx/herramienta/comportamiento-temporal-y-territorial-de-los-accidentes-de-transito/#/>
- SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN. http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/09/asun_3578300_20170927_1506528788.pdf
- ANUARIO ESTADÍSTICO DE ACCIDENTES EN CARRETERAS FEDERALES (2017). <https://imt.mx/archivos/Publicaciones/DocumentoTecnico/dt74.pdf>
- UNAM. EL USO DEL CELULAR, GRAN RIESGO PARA LA SEGURIDAD PEATONAL. <http://www.gaceta.unam.mx/el-uso-del-celular-gran-riesgo-para-la-seguridad-peatonal/>
- SECRETARÍA DE SALUD. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Informe sobre la situación de la Seguridad Vial, México 2017. https://drive.google.com/file/d/1lCIsytf4rET_pZVdQWA-bXbAfwcenFA/view
- SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA. Reglamento de Tránsito en Carreteras y Puentes de Jurisdicción Federal. DOF. 22/nov/2012. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5278684&fecha=22/11/2012



ODS3Meta7

Para 2030, **garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva**, incluidos los de **planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva** en las estrategias y los programas nacionales.

Ma. de Jesús **Mendoza** Sánchez .



Desde el año de 1994 quedó establecida en el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) la definición de salud reproductiva, como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En esta quedó implícita la **capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la capacidad y libertad para decidir procrear, y cuándo y con qué frecuencia hacerlo.**¹

Adicionalmente, para la Salud sexual se define su objetivo como el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

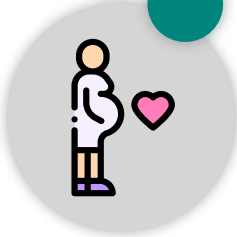
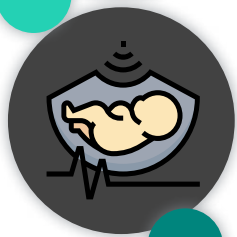
En tales definiciones se perciben sus objetivos y se vislumbran los aspectos fundamentales en torno a ellos, como son el **abordaje de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos no deseados, el aborto y el embarazo en adolescentes, la violencia de género y las disfunciones sexuales;** aspectos todos que se ven influenciados por factores sociales como la discriminación y el acceso efectivo a los servicios de salud. El Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA), reitera que para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener **acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable.** Se destaca entonces, que la información es un medio para empoderar a las personas e incidir en su toma de decisiones sobre todo para optar por la autoprotección contra infecciones de transmisión sexual pues cada día, más de 1 millón de personas contraen una de éstas conocidas como ITS para las cuales resulta fundamental su debida atención pues aquellas como el VIH pueden ser mortales si no se diagnostican y atienden oportunamente.

En esta materia, los sistemas de salud advierten que **las ITS pueden, además, causar complicaciones durante el embarazo, originar mortalidad fetal, infecciones congénitas, sepsis y muerte neonatal, además de enfermedad inflamatoria de la pelvis, el cáncer cervical y ser motivo de infertilidad.** Pero cuando la mujer ha decidido procrear, tiene derecho a recibir del Estado, atención médica que procure un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y en consecuencia, el nacimiento de un bebé sano.

En un contexto de desarrollo social, los organismos internacionales y nacionales, apuntan a que la falta de acciones sustantivas, constituye una flagrante violación a los derechos humanos de las poblaciones, **incluidas las de grupos vulnerables como los indígenas, la comunidad lésbico-gay-transexual y demás, así como las y los trabajadores sexuales,** quienes también deberían encontrar en los servicios de salud, una protección expresa para su salud, sin discriminación y con disponibilidad y acceso a insumos en todo momento.

Dentro de los factores determinantes de la salud reproductiva, se puede mencionar a la pobreza y la igualdad, porque las mujeres empobrecidas sufren de forma desproporcionada embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, mortalidad y discapacidad maternas, infecciones de transmisión sexual (ITS), violencia por razón de género y otros problemas conexos, según apunta el UNFPA.

En su documento de Acceso Universal a la Salud Reproductiva: progresos y retos, la UNFPA señala que en **2015, 12,8 millones de adolescentes no han sido atendidas en su necesidad de planificación familiar y pronostica que si las tendencias actuales continúan,**



este número aumentará a 15 millones en 2030. De las 12.8 millones de niñas adolescentes, aproximadamente la mitad viven en Asia y el Pacífico y más del 30% vive en África occidental y central y este y sur de África. Para 2030 debido a la alta fertilidad, la disminución de la mortalidad y poblaciones jóvenes **en el África Subsahariana, 6 millones de adolescentes tendrán necesidad no satisfecha de planificación familiar, cercana a la estimada de 6.4 millones en Asia y el Pacífico.**

En el mundo en desarrollo, el 55% de las mujeres de 15-49 años de edad, que están casadas o unidas, usan la moderna anticoncepción, siendo la esterilización y el Dispositivo Intrauterino (DIU), los métodos más presentes con más del 60%, seguidas de la píldora y el uso de condón en hombres, con 24 por ciento. América Latina y el Caribe registra el más alto nivel de uso de anticonceptivos modernos en todas las regiones, con sólo tres métodos que conjuntan el 73% de uso: esterilización femenina (37 por ciento, píldora el 22% y los condones masculinos el 13%).

En México, el Instituto Nacional para la Mujeres (INMUJERES) refiere que según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, se encontró que **las mujeres inician a edades tempranas (18 años) la primera relación sexual; la primera unión se da a los 20.1 años y el nacimiento del primer hijo o hija a los 21.1 años.** La tasa global de fecundidad (TGF) estimada en 2014 fue de 2.21 hijos por mujer. Las adolescentes de entre 15 y 19 años han tenido en promedio 0.2 hijos nacidos vivos y las que se encuentran al final de su vida reproductiva, de 45 a 49 años, han tenido 3.0 hijos en promedio.

En México, aunque se encontró que las mujeres en edad reproductiva tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, no siempre es así para el uso de los mismos; de hecho, 51.6% de las mujeres encuestadas manifestaron el uso de algún método anticonceptivo, siendo del 72.3% entre las unidas. Por zonas, las mujeres que viven en contextos urbanos registran el 74.1% de las unidas o casadas que usan anticonceptivos, pero es del 66% para quienes habitan en zonas rurales. El conocimiento de métodos modernos para la anticoncepción alude así a la población que los usa, siendo las mujeres de entre 40 y 44 años las que presentan la mayor prevalencia de uso (69-6%); las mujeres unidas de ese grupo de edad registran prevalencia del 79.3% mientras que entre las alguna vez unidas o solteras asciende a 40.0%.

El embarazo en adolescentes es un tema directamente relacionado con el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, pues todavía el 45.2% de las adolescentes de 15 a 19 años manifiestan no usar ningún método anticonceptivo en su primera

relación sexual, no obstante la aparente mayor difusión, tanto en la literatura propia de las materias escolares, como lo que podría circular actualmente en redes sociales e internet, respecto a temas de esta naturaleza.

La demanda insatisfecha de anticonceptivos es un indicador sobre las necesidades de cobertura de métodos y se refiere a las mujeres que expresan su deseo de no tener hijos, ya sea temporal o definitivamente, aunque no usan métodos anticonceptivos. En 2009 este indicador en las mujeres en edad fértil unidas, fue del 10% para 2014 se redujo a 6%. Las adolescentes son quienes presentan el indicador más alto, 24.8% en 2009 y 13.3% en 2014. En 2009 en áreas rurales la demanda insatisfecha era de 15.9% porcentaje muy superior al de áreas urbanas, de 8.1%.

Para alcanzar la meta planteada por el ODS 3, el Gobierno de México debe considerar que el tema debe abordarse multidisciplinariamente, por lo cual es necesario que exista una eficiente coordinación interinstitucional que permita, desde analizar las políticas públicas que con carácter educativo, social y sanitario, impactan en el ejercicio de la sexualidad a edades tempranas, hasta la revisión del marco normativo que garantiza el derecho a la salud a través de la aplicación de programas y estrategias de carácter universal, no discriminatorias y con calidad.

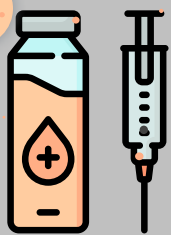
Un punto fundamental que puede fortalecer la toma de decisiones, se refiere a la **investigación en materia de salud mental, salud sexual y reproductiva para generar la evidencia epidemiológica que sustente la necesidad de la inclusión de la orientación sexual, la expresión e identidad de género, y las características sexuales, dentro de los motivos prohibidos de discriminación,** en lugar de las "preferencias sexuales" para crear un

contexto de armonía social que tiene que ver con el ejercicio del derecho a una vida sexual libre y responsable.

Bibliografía

1. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
 - UNFPA. Salud sexual y reproductiva. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
 - https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf
 - INMUJERES. Salud Reproductiva. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/salud_reproductiva.pdf
 - CONAPRED. Discriminación por Diversidad Sexual. https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=145&id_opcion=48&op=48
 - CONAPRED. Pueblos Indígenas. https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=562&id_opcion=703&op=703
 - PERSONAS QUE VIVEN CON VIH SIDA. [https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH\(1\).pdf](https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Ficha%20VIH(1).pdf)





ODS.3 Meta 8

Lograr la **cobertura sanitaria universal**, incluida la **protección contra los riesgos financieros**, el **acceso a servicios básicos de salud de calidad** y el **acceso a medicamentos y vacunas** inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Leonardo **Muñoz** Pérez

La cobertura sanitaria universal consiste en **ofrecer a todos** **acceso a servicios de salud necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo y rehabilitador, de calidad** suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que las personas no pasen aprietos económicos para pagarlos.

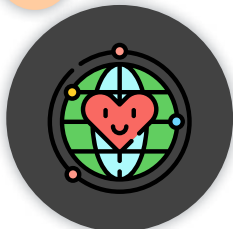
Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir al menos con los siguientes requisitos:

- **Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento**, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno-infantil) para lo cual deberá:
 - » proporcionar a las personas **información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades**.
 - » **detectar enfermedades** tempranamente,
 - » disponer de **medios para tratar las enfermedades**,
 - » ayudar a los pacientes mediante **servicios de rehabilitación**.
- **Asequibilidad**: debe haber un sistema de **financiación de los servicios de salud**, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos. Esto se puede lograr por distintos medios.
- **Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales** para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
- Una **dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de las y los pacientes**, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas para la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Además, asegura que los niños puedan asistir a la escuela y aprender. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud.

Por lo tanto, **la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza**, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos.

En la última década México ha dado pasos de gigante en la carrera por una cobertura sanitaria universal. En **2012**, después de nueve años de implantación de la reforma, el país alcanzó un



hito en la cobertura universal. En ese año **52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal.** Esta experiencia es importante para otros países que están implantando reformas similares.

El componente más destacado del SPSS es el Seguro Popular. Este plan de seguro público ofrece **acceso universal a un paquete integral de servicios personales de salud con protección financiera que garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud.** Este derecho, reconocido por la Constitución mexicana de 1983, hasta ahora se le había negado a la mayoría de la población. Pretende evitar también el empobrecimiento extremo causado por gastos médicos repentinos. Los resultados analizados a unos años de su puesta en marcha son a priori positivos.

En México la transformación institucional se habilitó mediante el establecimiento del SPSS a través de una reforma de salud. La cobertura universal de salud es sinónimo de protección social universal en salud e incluye un paquete integral de servicios de salud personales y no personales que abarcan la **promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.** La protección social se distingue de la seguridad social tradicional porque no depende de la participación en el mercado laboral.

Sin embargo, en las zonas rurales del país todavía hay muchas familias que se enfrentan a una atención primaria deficiente, carente de recursos y de personal médico cualificado. Subsanan la deficiencia del acceso a los servicios de salud de calidad requiere inversiones coordinadas en la prestación de servicios de salud e innovación, que tradicionalmente se han considerado como prioridades separadas pero que, en realidad, son dos lados de la misma moneda.

Lograr una cobertura sanitaria universal requiere que se establezca la relación entre la innovación y la prestación de servicios de salud, garantizando que se desarrollen nuevos medicamentos y vacunas, así como facilitando el diagnóstico de enfermedades y, finalmente, lograr que los reciban las personas que más los necesitan.

La ruta que ha seguido la reforma indica que se ha avanzado. Las **cifras reportadas muestran una reducción importante en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud, que pasaron de 3.5% en 2000 a 2.7% en 2010, es decir, una reducción de 23%.**

No obstante, el que cerca de 50% del gasto total en salud sea todavía de ocurrencia en el evento como gasto de bolsillo y

privado, indica que el reto sigue presente. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) sugieren que una parte de éste se traduce en la utilización de servicios privados ambulatorios e incluso hospitalarios por parte de población que cuenta con cobertura por algún tipo de seguro público, tanto para los que están en la seguridad social como en el SPSS.

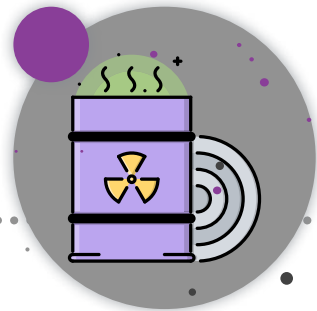
Los usuarios eligen servicios privados por la conveniencia en el acceso (posiblemente asociado con la calidad percibida) o por los resultados esperados, es decir, la expectativa de calidad técnica.

A pesar de la posibilidad que implica el SPSS de asegurar la protección en salud de todos los mexicanos, la segmentación del sistema facilita los huecos en la incorporación al sistema de ciertos bloques de la población. **Un esquema universal requiere de una mayor integración, que ciertamente no es un paso sencillo ante el peso de las instituciones existentes, con dinámicas y organizaciones no alineadas y con incentivos diversos.**

Bibliografía

- R. López Iñigo. El camino hacia una cobertura universal en México. Harvard Review of Latin America. Spring 2015.
- F.M. Knaul, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud pública Méx. 2013, vol.55, n.2, pp.207-235.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- Pablo-Gutiérrez, Juan. Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. Salud Pública de México, v. 55, n. 2, p. 153-154, mar. 2013.





ODS 3 Meta 9

Para 2030, **reducir** sustancialmente **el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.**

Elsa **Esther** García **Campos.**



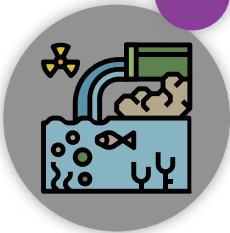
El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 en la meta 3.9 consideró la disminución de la mortalidad abordando los **problemas más relevantes en cuanto a las enfermedades y muertes atribuidas a los niveles de contaminación ambiental, agua y suelo**, así como la prioridad por los productos químicos peligrosos (plaguicidas). Para llevar a cabo el cumplimiento de esta meta, se generaron tres indicadores, los cuales son:¹

1. **Tasa de Mortalidad Atribuida a la contaminación del aire del hogar y del ambiente**, se reconoce la situación sobre la carga de muertes que son atribuibles a la contaminación atmosférica como principal riesgo ambiental para la salud.
2. **Tasa de mortalidad atribuida al agua insegura, saneamiento inseguro y falta de higiene** (exposición a servicios del agua, saneamiento e higiene para todos), se muestra la problemática que existe con respecto al aumento de las cargas contaminantes vertidas en los cuerpos de agua naturales que son esencialmente interdisciplinarios.
3. **Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación no intencional**, persiste la preocupación por la contaminación del suelo y el potencial limitado para afrontarlo, principalmente en las sustancias tóxicas como plaguicidas que afecta a los ecosistemas y a la población expuesta, poniendo en riesgo tanto la seguridad alimentaria como la salud humana.

La contaminación del aire exterior e interior ha incrementado enfermedades como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's), Cardiovasculares, Pulmonar Obstruktiva Crónica (EPOC), así como **prematurez y bajo peso al nacer**, entre otras afecciones. Actualmente la Organización Mundial de la Salud ha hecho un llamado a los países para que se realicen medidas de protección ante la exposición a los contaminantes que están afectando a la salud principalmente de las y los niños y que ponen en grave riesgo tanto la salud como su crecimiento. Una de las razones por las que los niños sufren más efectos por la contaminación del aire es debido a que respiran más rápido que las y los adultos y en consecuencia absorben más contaminantes. Se ha demostrado que la contaminación del aire afecta el desarrollo neurológico y perjudica la función pulmonar principalmente.²

En 2016 la **contaminación del aire en el hogar y en el exterior provocó alrededor de 7 millones de muertes en todo el mundo**, según datos de la Organización Mundial de la Salud.³ En México, la Dirección General de Información en Salud (DGIS), registró en el año 2016 a nivel nacional **207,664 muertes asociadas a la contaminación atmosférica y de esas muertes el 11.77% (24,462 defunciones) pertenecen al Estado de México**; los municipios más afectados en cuanto al registro de defunciones fueron: **Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan, Toluca y Texcoco** pertenecientes a las zonas metropolitanas del valle de México y de Toluca, ambas con características similares poblacionales y conurbadas.⁴

Así mismo, la gran preocupación en salud pública por la **contaminación en los ecosistemas de agua dulce en gran parte por desechos humanos y animales, materia orgánica, contaminación química y salinidad** (desde irrigación, aguas residuales domésticas y escorrentía de minas hacia ríos) y la actual **contaminación plástica** así como los **contaminantes emergentes como los productos farmacéuticos**, ponen en riesgo cada vez más a la población en general por enfermedades derivadas del consumo de aguas contaminadas ocasionando principalmente enfermedades gastrointestinales. A nivel mundial, aproximadamente **1.1 mil millones de personas no tienen acceso a fuentes de agua mejorada y 2.4 mil millones no tienen acceso a ningún tipo de instalación mejorada de saneamiento**. La necesidad de realizar acciones para evitar la contaminación del agua es principalmente por la alarmante cifra mundial de **842,000 personas que mueren cada año por diarrea debido al consumo de agua contaminada**; además donde el agua no está disponible, las personas pueden decidir que el lavado de manos no es una prioridad, lo que aumenta la probabilidad de diarrea y otras enfermedades gastrointestinales.⁵



En México, la cobertura nacional de agua potable es del 90.9%, sin embargo existe la necesidad de **fomentar el lavado de manos antes y después de ir al baño o bien antes de comer para prevenir el desarrollo de infecciones gastrointestinales**. En cuanto al Estado de México la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México (COPRISEM) reporta que el agua suministrada se somete a procesos de desinfección y/o potabilización que garantizan las características adecuadas para su uso y consumo. En 2016 (último dato oficial) el porcentaje de cloro residual libre en agua obtuvo una eficiencia de cloración para consumo del 86.2%, lo que significa que el 13.8% de la población de la entidad que corresponde a **2,238,889 personas se encuentran en riesgo de presentar alguna enfermedad gastrointestinal por consumo de agua de mala calidad** intensificándose en los municipios de Jilotzingo, Jilotepec, Texcoco, Juchitepec, La Paz, Nezahualcóyotl, Tlalmanalco, Temascalcingo, Joquicingo, Almoloya del Río y San Mateo Atenco principalmente.⁶

En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias gastrointestinales causadas por el consumo de agua insalubre, la Dirección General de Información en Salud (DGIS) registró más del 75% del total de los casos de las enfermedades gastrointestinales registradas en el año 2016,⁷ lo que indica que en aquellas localidades donde no cuentan con sistemas de agua establecidos, se somete a la población al riesgo por el consumo de fuentes diversas que no cuentan con los estándares de calidad, además de que se incrementa la falta de higiene en las actividades diarias, principalmente en el lavado de manos.

Por último, con respecto al tercer indicador, aún persiste la preocupación por la contaminación del suelo y la dificultad para afrontarla.⁸ La situación con respecto a sustancias como **los plaguicidas, ha puesto en riesgo a la población en general por exposición a estos contaminantes que son utilizados principalmente en la agricultura**, pero aunque la utilización es en zonas específicas, el riesgo de desencadenar afecciones a la salud es de gran magnitud. Según el Informe mundial sobre "Prevención de las lesiones en las y los niños", los **tóxicos pueden ser inhalados, ingeridos, inyectados o absorbidos** y se calcula que 45,000 defunciones de niños y jóvenes menores de 20 años se pueden atribuir cada año a las intoxicaciones agudas y la mortalidad por intoxicación de tipo accidental en los niños menores de 20 años es de casi dos por cada 100 000 habitantes.⁹ En México los **plaguicidas son considerados altamente peligrosos para la salud y el ambiente, por ello es necesario que la población conozca que estas sustancias químicas repercuten en la salud de manera importante**. En el último informe (2017) de la Red de Acción sobre

Plaguicidas y Alternativas en México, A. C. (RAPAM), se informa sobre la existencia a la venta de **183 plaguicidas altamente peligrosos** para distintos usos (agrícola, doméstico, jardinería, industrial); en nuestro país donde casi la tercera parte tienen una toxicidad aguda alta; además **43 plaguicidas son de toxicidad crónica y probables causantes de cáncer en humanos; también 35 son considerados como perturbadores endocrinos**, esto quiere decir que modifican las funciones hormonales de nuestro organismo; así mismo, **21 plaguicidas son tóxicos para la reproducción humana y dos plaguicidas se consideran mutagénicos** (cambian la información genética). En cuanto a la toxicidad en el ambiente, cerca de la mitad de los ingredientes activos integrados en los plaguicidas tienen una toxicidad muy alta en abejas, siendo una amenaza directa a nuestro ecosistema porque sin la polinización (función que realizan al transferir el polen de una planta a otra para producir plantas, flores y frutos) que es vital para todos por ser la fuente de la agricultura y por ende de la alimentación de todo ser vivo.

Las muertes atribuidas a la contaminación del suelo a nivel nacional del año 2016, según datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) por intoxicación por metales, hidrocarburos aromáticos y plaguicidas fueron de **1553 casos; en el Estado de México se registraron 110 casos en el mismo año**.⁶ Las autoridades que regulan la venta de estas sustancias tóxicas en los plaguicidas, permiten a su vez la afectación no intencional en la salud. Hay suficiente evidencia de los registros de plaguicidas en el mercado que son perjudiciales para e incluso mortales y que a su vez están también impactando en el ecosistema, donde la prioridad por mantener la vida de cualquier ser vivo está siendo ignorada, las acciones para disminuir estos riesgos para la población en general, es un verdadero reto.



Referencia bibliográficas

1. ONU. "Indicadores Globales". Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Indicadores_Globales_ODS_oficial.pdf
2. OMS. "Más del 90% de los niños del mundo respiran aire tóxico a diario. 29 octubre 2018". Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/29-10-2018-more-than-90-of-the-world%E2%80%99s-children-breathe-toxic-air-every-day>
3. ONU. "The Sustainable Development Goals Report 2018". Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2018/TheSustainableDevelopmentGoalReport2018.pdf>
4. DGIS. "Cubos Dinámicos". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
5. WHO. Agua potable 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/en/>
6. COFEPRIS. "Calidad de Agua de Huso Humano 2016". Disponible en: http://documentos.cofepris.gob.mx/archivos/sfs/DA/Agua_Calidad.csv
7. DGIS. "Cubos Dinámicos". Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
8. FAO. "Cómo funciona la contaminación del suelo". Disponible en: <http://www.fao.org/about/meetings/global-symposium-on-soil-pollution/background/es/>
9. OPS/OMS/UNICEF. "Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños". Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22794&Itemid=270&lang=en

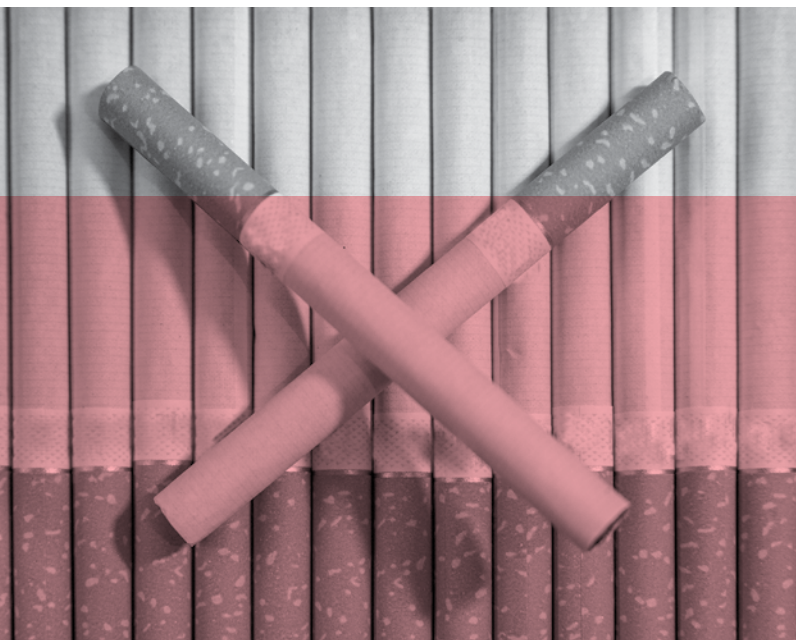




ODS.3Metaa

Fortalecer la aplicación del convenio marco de la organización mundial de la salud para el **control del tabaco en todos los países**, según proceda.

Silvia **Cruz** Contreras



El consumo de **tabaco**, representa daños perjudiciales a la salud y el bienestar personal, pero también a la sociedad en su conjunto. A nivel mundial, **provoca la pérdida de vidas humanas y causa la muerte de más de 7 millones de personas al año**. También contribuye a **aumentar la carga y amenaza de enfermedades no transmisibles**, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, entre otras.

Si bien los efectos por consumo de tabaco en la salud son innumerables, los daños derivados de este no se limitan únicamente a ella. Por ello, la Organización Mundial de la Salud OMS, implementó un **convenio mundial para el control del tabaco** que incrementará la adopción de medidas destinadas a reducir el consumo del tabaco en el mundo: "El Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT de la OMS", que es un conjunto de medidas jurídicamente obligatorias fundamentadas en datos científicos, son adoptadas a nivel internacional y han demostrado eficacia para reducir los daños ocasionados por el tabaco. Obligan a los 180 países firmantes a efectuar fuertes políticas basadas en evidencia, incluyendo cinco medidas clave: **incrementar los impuestos al tabaco, crear espacios públicos libres de humo, etiquetar las cajetillas con advertencias, prohibir la publicidad y apoyar a los servicios para dejar de fumar**. Además, se presenta como uno de los únicos tres tratados internacionales a los que se hace referencia en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y sus metas conexas. En la meta 3.a de los ODS se insta a fortalecer la aplicación del CMCT de la OMS.

Un estudio publicado por la revista The Lancet, en el año 2017 menciona que "los países que han aplicado plenamente las medidas del CMCT, experimentaron reducciones mayores en las tasas de tabaquismo. En general, cada medida adicional implementada al nivel más alto se ha asociado a una reducción de las tasas de tabaquismo de 1,57 puntos porcentuales, lo que corresponde a un 7,1% menos de fumadores/as en 2015, en relación con el número de fumadores/as en 2005."

En promedio, se tiene conocimiento que las tasas de tabaquismo en 126 países bajaron de 24,7% en 2005 a 22,2% en 2015 – una reducción del 2,5%-. Sin embargo, **las tendencias variaron de un país a otro, con tasas de tabaquismo decrecientes en 90 países, aumentando en 24 y permaneciendo las mismas en 12 países**.

La medida más implementada en 2014 fue la creación de lugares libres de humo (35 de 126 países la implementaron), y la medida menos implementada fue la prohibición de hacer publicidad (sólo 16 de 126 países), que ha demostrado reducir el número de personas que empiezan a fumar, especialmente entre los/as jóvenes. En **2014, 20 países habían adoptado medidas de soporte a los servicios para dejar de fumar, 32 países habían aplicado advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y 28 países habían aplicado altos impuestos al tabaco**, esta fue la medida más eficaz para reducir el consumo de tabaco, especialmente en los países de ingresos bajos y medios donde los/as fumadores/as son más sensibles a los precios.



En México, de acuerdo con una investigación del Pan American Journal of Public Health (2016) la mortalidad atribuible al consumo del tabaco en 2015, representa una mayor incidencia en problemas de salud como el infarto agudo al miocardio con 105.8 muertes por cada 10 mil personas, seguido por los accidentes cerebrovasculares con 46.2 muertes y la neumonía e influenza que alcanzan 28.9 muertes por cada 10 mil personas. Los costos de las enfermedades asociadas al tabaquismo ascienden además a 34% del costo total de salud pública en México, convirtiéndolo en uno de los problemas de salud pública prevenible más costosos. La investigación en referencia menciona a su vez, que el gasto médico directo atribuible al tabaquismo en nuestro país representa el 0.4% del PIB, equivalente al 1.7% del gasto neto presupuestario; si se considera como proporción del gasto relacionado con el sistema de salud, esta se incrementa a 9.3% total erogado.

En razón de ello, y a fin de cumplir con las medidas contenidas en el CMCT de la OMS, el **gobierno mexicano, ha adoptado de manera progresiva algunas acciones legislativas que van más allá de garantizar el derecho de los/as no fumadores/as a tener un medio ambiente libre de humo de tabaco** y que fortalecen de cierta manera la aplicación del CMCT, como el regular otros aspectos vinculados con el proceso de etiquetado, comercialización y distribución de cigarrillos según lo establecido por el propio Convenio Marco. Así por ejemplo, el 30 de Junio de 2009, se publicó el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco que permite aplicar las disposiciones de la Ley y cumple con lo dispuesto en el Convenio Marco. Se fortaleció la capacidad operativa de los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA), transfiriendo recursos a fin de impulsar políticas públicas en materia de prevención y atención y uso del tabaco a través de los Comités y Redes Municipales contra las Adicciones, fundamentalmente en las zonas de alto riesgo como las fronteras, centros de crecimiento industrial y turístico, así como zonas conurbadas de las grandes ciudades y a partir de diciembre de 2010, las primeras cajetillas con advertencias constaron de 8 pictogramas con sus correspondientes mensajes sanitarios en los que se hace alusión a algunas de las enfermedades originadas por el consumo o exposición al humo de los productos del tabaco y se rotarían trimestralmente a razón de dos por trimestre.

Con estas y otras acciones, en un primer momento, podría decirse que México cumple con las medidas contenidas en el CMCT y se suma a las naciones que luchan contra el tabaco en América como Brasil, Canadá, Chile, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. Sin embargo, ha de recordarse que este Convenio se basa en

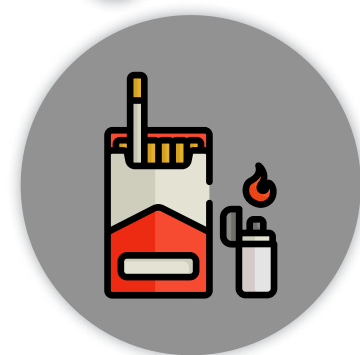
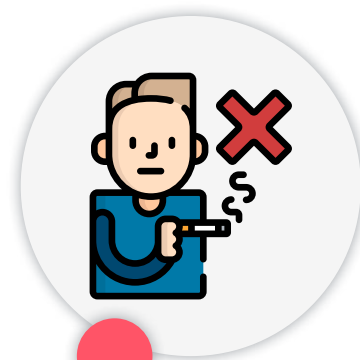
la evidencia que reafirma el derecho de las personas a la mejor salud posible, dota de dimensiones jurídicas a la cooperación sanitaria internacional y establece criterios estrictos para vigilar su cumplimiento.

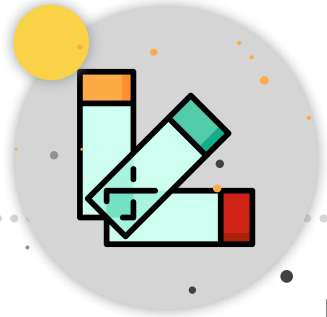
Por tanto, para fortalecer la aplicación del CMCT de la OMS en nuestro país, deben considerarse entre otros, los siguientes aspectos para que se robustezcan las medidas enunciadas en dicho convenio:

1. **Los impuestos al tabaco han sido desestimados por la demanda del producto**, es decir, su cantidad de demanda es poco sensible a los cambios de precio, por lo que el objetivo de disminuir su compra no se consigue, independientemente de que la OMS la considera como la más eficaz para hacer frente al consumo del tabaco.
2. **Los ambientes 100% libres de humo de tabaco son confundidos con "espacios libres de fumadores"**, lo que lleva a desvirtuar la política como discriminatoria y de segregación. Sin embargo, se centra en proteger a los/as no fumadores/as, una población ajena pero expuesta a las consecuencias del tabaquismo.
3. **La industria tabacalera ha combatido de manera constante y con éxito las leyes antitabaco en México y Latinoamérica, provocando legislaciones débiles** que sólo prohíben fumar en unos cuantos lugares públicos, permitiéndose fumar siempre que se trate de un área delimitada, aislada de áreas de trabajo y cuenta con ventilación o un sistema de purificación de aire. Por ello se requiere de legislaciones más estrictas e integrales que prohíban completamente el fumar en espacios cerrados.
4. **Existe la necesidad de homologar criterios entre la normatividad federal en la materia y la legislación de nuestra entidad**, hasta en tanto se prohíba totalmente el consumo de tabaco.
5. Se aprecia una **falta de consistencia en la regulación del comercio vía internet de productos que no son necesariamente tabaco como los cigarrillos electrónicos**, considerando el apoyo para la adopción de medidas que restrinjan o limiten el consumo de tabaco por parte de la población en general.

Bibliografía

- Centro de Estudios de Finanzas Públicas. El Tabaquismo y su efecto en las Finanzas Públicas: 2007-2017. Disponible en <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2018/notacefp0042018.pdf>
- Medidas para fortalecer la aplicación del Convenio mediante la coordinación y la cooperación. Disponible en http://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8_11-ES.pdf
- Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000700117
- El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco a revisión. ¿Qué se ha conseguido desde su aprobación? Disponible en <http://www.drjordi.org.com/es/convenio-marco-para-el-control-del-tabaco-a-revision/>
- Cómo han avanzado las políticas públicas para el control del tabaco en México? Informe MPOWER de la sociedad civil 2017. Recuperado de <http://tabaco.ficmexico.org/wp-content/uploads/2014/08/12-CMCT-tabaco-digital.pdf>





Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles.

Luis **Anaya** López



De objetivos y metas.

Como ya les he narrado a fines de septiembre del 2015, al no cumplirse los objetivos del milenio, los líderes mundiales adoptaron nuevos objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en el 2030, en esta ocasión hablaremos del objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y de este nos enfocaremos en su meta 3.b que se refiere a **apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles** que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

Una provocación para el análisis

Al igual que en otros artículos voy a esforzarme para que se interesen en analizar si es posible o no cumplir con esta meta. Por lo tanto, iniciemos definiendo ¿qué es una meta? y para ello veamos que nos dice Wikipedia, la enciclopedia libre lo define así: "Una **meta es un resultado deseado que una persona o un sistema imagina, planea y se compromete a lograr**". Además, dice: "La fijación de metas puede **implicar el establecimiento de objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y limitados en el tiempo**." En este sentido les propongo como primer ejercicio definir si nuestra meta cumple o no esta definición. Analicemos tres puntos con relación a esto.

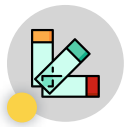
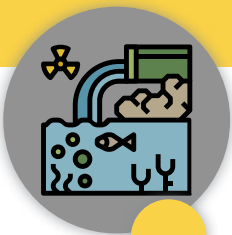
a. Un resultado esperado.

Aquí nos encontramos con el primer problema de la meta, pues la definición dice que es un resultado esperado y cuando menos yo alcanzo a distinguir dos resultados, el primero es **apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y el segundo facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales**. Esto implica que la meta se complique, porque si de por sí, un solo resultado es complicado alcanzar dos se hace verdaderamente complicado.

b. Deberán de ser medibles, alcanzables, relevantes.

Medible

¿Qué tan medible es esta meta? Cuando empieza el año siempre tenemos metas y decimos voy a bajar, de los diez kilos de más que tengo, 5 kilos. Como verán nuestra meta es medible, aunque nunca la alcanzamos. Pero, vemos qué dice esta meta, en primer lugar, vimos que tiene dos resultados y por lo tanto tiene que tener dos



mediciones, la primera dice que se deberá apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos, cómo la ven ¿es medible o no esta primera parte de la meta?

La segunda plantea medir “facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales” se antoja la pregunta ¿cómo se mide facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales?

Alcanzables

Para obtener esta característica la meta requiere que el punto anterior este claro, tendríamos que saber cuántas vacunas y medicamentos se deberán desarrollar para el 2030, como está planteada la meta parece que deben ser muchas ya que deberá de ser frente a las enfermedades tanto las transmisibles como las no transmisibles; lo que la haría inalcanzable.

Relevantes

¿Cómo debemos de analizar este punto?, lo relevante de la meta está en qué tanto contribuye con el objetivo; en este caso es relevante si permite garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades. Por supuesto que no tendríamos ninguna objeción en afirmar que tener nuevas vacunas para las enfermedades infecciosas que padecen las personas, principalmente en los países en vías de desarrollo, es muy relevante para garantizar una vida sana y que esto promueve el bienestar para todos en todas las edades.

c. Tiempos limitados

Esta característica de las metas no se cumple; hasta la meta 9 del objetivo 3 existe temporalidad, excepto las metas 3.5 y la 3.8, y se inicia la redacción de la meta con “Para 2030 o Para 2020”; sin embargo, las metas de la a la d además las 3.5 y 3.8 no se redacta la meta definiendo su tiempo, lo cual implica que no se establece dentro de la temporalidad de 15 años definida en los Objetivos del Desarrollo Sustentable, debemos de entender que no importa cuando se cumplan.

Discusión

Aun cuando no todos los investigadores del tema de objetivos y metas están de acuerdo en estos criterios, llamados criterios SMART, nosotros creemos que son necesarios para fijar metas, ya que tienen un alto valor, porque no tiene ningún caso plantearnos un objetivo si al final no podemos medir si se cumplió o no éste.

A manera de conclusión

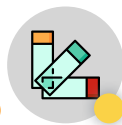
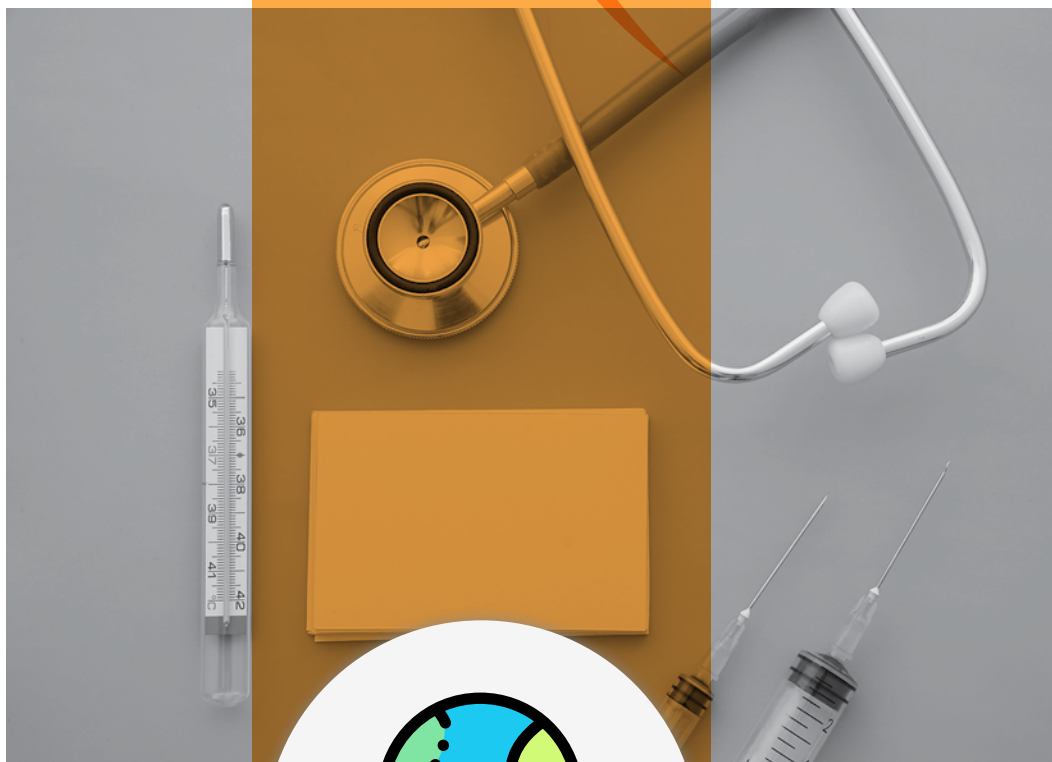
Existen problemas para considerar que esta meta se cumplirá, desde nuestro punto de vista, con los parámetros que aquí analizamos, se puede observar que algunas de las características para considerarla una meta no se cumplen. Sin embargo, la mejor opinión es la de usted.

Debemos aclarar que no estamos en contra de establecer este tipo de objetivos en el marco de la gobernanza internacional, pero creemos que estos intentos que vienen desde “Salud para todos en el año 2000” de Alma Ata en 1978, pasando por los Objetivos del Milenio serán difíciles de alcanzar, sino cumplimos el sueño de John Lennon en su fantástica canción IMAGINA, que nos planteó en el primer verso de la segunda estrofa “Imagina que no hay países”.

Esta característica de las metas se cumple correctamente; en este caso se dio una temporalidad de 15 años para cumplir los objetivos, lo cual implica que las metas se deberán de cumplir en el año 2030, por eso

Referencias bibliográficas

- Fijación de metas. Wikipedia, en https://es.wikipedia.org/wiki/Fijaci%C3%B3n_de_metas.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas, en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>





Aumentar sustancialmente la **financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario** en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

Víctor **Manuel Torres Meza**

La contratación es una herramienta cada vez más utilizada para mejorar el desempeño de los sistemas de salud tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Adopta diferentes formas y no puede limitarse a la mera compra de servicios. Los agentes interesados conciertan contratos para formalizar todo tipo de relaciones entre ellos. Una tipología de este sistema demostrará su diversidad y permitirá comprender mejor los diversos aspectos de la contratación.

En los últimos años la organización de los sistemas de salud ha sufrido importantes transformaciones. A fin de corregir la escasa eficacia de sus sistemas de salud, la mayoría de los países han emprendido reformas que han desembocado en grandes cambios institucionales, entre ellos la descentralización de los servicios de salud y administrativos, la autonomía de los proveedores de servicios públicos, la separación de los órganos de financiación y los proveedores de servicios, la ampliación de las opciones de financiación sanitaria y el desarrollo del sector privado con o sin fines de lucro.

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos. Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones

El análisis del sector salud requiere de consideraciones específicas que lo distinguen de otros sectores y requieren de cuidados especiales. Por un lado, pueden emplearse algunas herramientas propias del análisis de los sectores sociales, tales como el distinguir entre situación de la población, situación del sistema de servicios y situación de las políticas.

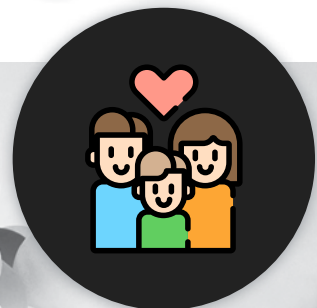
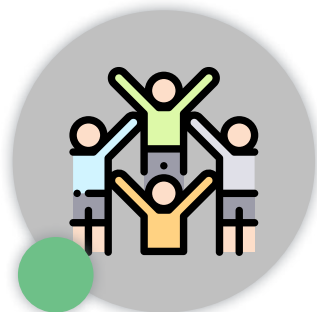
La utilidad de esta distinción radica en que permite mantener clara la relación figura – fondo evitando que se afirme que “el sector salud funciona mal porque el sistema presenta deficiencias”, o en los países que ya han avanzado en la reforma, que se afirme que “el sistema funciona mal porque los indicadores de salud aún no han mejorado”.

Otro dispositivo útil para ordenar el análisis consiste en distinguir los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación. Se podría afirmar que la última generación de reformas ha asumido como objetivo prioritario contener el gasto sectorial.

De esta forma el debate ha quedado muy restringido a la problemática de los modelos de financiamiento y se ha tendido a dejar de lado la consideración de los modelos de gestión y de atención. La relevancia, tal vez desmesurada, que ha adquirido la perspectiva económica para la consideración de los sistemas de salud convirtió a la clasificación centrada en los tipos ideales en una herramienta insuficiente para el análisis.

La taxonomía centrada en los actores y flujos (de recursos y servicios) que entre ellos se plantean facilita el análisis de las reformas.





En el Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud se prestó una atención especial a los recursos humanos para la salud en todo el mundo, sobre todo en relación con la **grave escasez de profesionales sanitarios cualificados (personal médico, de partería y de enfermería) en 57 países** y la importancia de los profesionales de la salud para acelerar el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

La escasez mundial de profesionales de la salud se calificó de «crisis» y se propuso un decenio de acción sobre los recursos humanos para la salud con el objetivo de superar los desafíos.

La demanda de atención social y sanitaria va en aumento. Se prevé que el crecimiento de la población, los cambios demográficos y epidemiológicos y el envejecimiento del actual personal sanitario impulsen la creación de aproximadamente 40 millones de puestos de trabajo en el personal sanitario mundial de aquí a 2030, la mayoría de ellos en los países de ingresos medianos y altos.

Por otro lado, las proyecciones actualizadas sobre **el personal sanitario necesario para acelerar y mantener el logro de la cobertura sanitaria universal indican un déficit potencial de aproximadamente 18 millones de profesionales de la salud**, en gran parte en los países de ingresos bajos y medianos-bajos.

La demanda en función del desarrollo económico y las necesidades de personal sanitario en la población tendrán que enfrentarse también al reto de las actuales restricciones en los recursos técnicos y financieros de las instituciones educativas para formar a los futuros profesionales de la salud en la cantidad, calidad y pertinencia necesarias.

La movilidad de la mano de obra es cada vez mayor, tanto dentro de un país, como de un país a otro. Nuevos datos de la OCDE demuestran que los profesionales sanitarios son uno de los muchos grupos de trabajadores cualificados que migran cada vez en mayor número.

Ampliar los servicios a todos los grupos socioeconómicos de la población y garantizar la equidad para las poblaciones pobres y marginadas exigirá el mantenimiento de un conjunto de competencias variadas y sostenibles, así como impulsar al máximo el potencial de los profesionales sanitarios de nivel medio y comunitarios. Recurrir excesivamente a los especialistas y a la atención terciaria podría limitar el acceso a los servicios de atención primaria de salud.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2010 – Financiación de los sistemas

de salud: el camino hacia la cobertura universal se calculaba que era posible que **se perdiera entre el 20% y el 40% del gasto sanitario**, y que las ineficiencias del personal sanitario y las debilidades en la gobernanza de los recursos humanos para la salud eran responsables de una gran parte de esa cifra.

El Proyecto de Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 señala como metas:

- Todos los países estarán avanzando para reducir a la mitad las desigualdades en el acceso a un profesional de la salud.
- Todos los países habrán hecho progresos en la mejora de las tasas de finalización de las carreras en las instituciones de formación de profesionales médicos, de enfermería y disciplinas sanitarias afines.
- Todos los países estarán avanzando para reducir a la mitad su dependencia de los profesionales sanitarios formados en el extranjero, con la aplicación del Código de prácticas mundial de la OMS.
- Todos los organismos bilaterales y multilaterales estarán fomentando las sinergias en la asistencia oficial para el desarrollo destinada a la formación, el empleo, la igualdad entre el hombre y la mujer y la salud, en apoyo de las prioridades nacionales en materia de crecimiento económico y de empleo en el sector de la salud.
- Como asociados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, habrán reducido los obstáculos al acceso a los servicios de salud, esforzándose por crear, cubrir y mantener al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales a tiempo completo en los sectores de la salud y la atención social, con miras a atender las necesidades de las poblaciones subatendidas.
- Todos los asociados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas habrán hecho progresos en la consecución del Objetivo 3c para incrementar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario.

Bibliografía

- <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Federico Tobar. Herramientas para el análisis del sector salud.
- FRENK, Julio (1997). "Las Dimensiones de la reforma del sistema de salud" in: RUIZ DURAN, Clemente. Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI. México D.F. editorial diana -Fundación Luis Donaldo Colosio A.C. páginas 361-382.
- Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015
- Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 Informe de la Secretaría. A69/38 Punto 16.1 del orden del día provisional 29 de abril de 2016.





ODS.3Metad

Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de **alerta temprana**, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Víctor **Manuel** Torres **Meza**



cantidad de muertes y originado grandes interrupciones a las actividades comerciales. Además de las **11,000 muertes** que ocasionó el brote de ébola en 2011, Guinea, Sierra Leona y Liberia experimentaron pérdidas económicas que ascendieron a un 10 por ciento de su PIB. La Comisión sobre un Marco de los Riesgos para la Salud Mundial calculó que las pérdidas anualizadas previstas debido a posibles pandemias son de \$60 mil millones.

Para América Latina la vulnerabilidad ante los desastres naturales y los efectos del cambio climático constituyen un verdadero problema para la Región. Entre el 2006 y el 2010, una cuarta parte de los desastres ocurridos en el mundo tuvieron lugar en la Región de las Américas y afectaron a 48 millones de personas.

De las 63 ciudades de América Latina y el Caribe con un millón o más de habitantes, 38 están en zonas de riesgo de sufrir al menos un tipo de desastre natural, en particular las poblaciones en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Las precipitaciones intensas, las inundaciones y los deslizamientos de tierra, desencadenados (o no) por los ciclones y

las tormentas tropicales vinculados al cambio climático, conducen a mayores depósitos de contaminantes químicos, nutrientes y fertilizantes en las zonas costeras lo que, a su vez, favorece la proliferación de algas tóxicas.

Estos desastres tienen consecuencias para la seguridad de la alimentación, la nutrición y el agua, así como para la prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores. **Antes de que se produzcan tales desastres, el sector de la salud y otros sectores deben evaluar los riesgos y preparar planes de acción integrados.**

Ante las emergencias, el sector de la salud debe brindar asistencia y poner en práctica actividades de vigilancia y control de riesgos como la evaluación adecuada de los daños y la estimación de los riesgos de las infraestructuras y el análisis de la necesidad de servicios de salud.

Además, es imperativo fortalecer la vigilancia epidemiológica, el control de vectores y la gestión del agua potable, los alimentos, las excretas y los desechos, en particular en los refugios. En el caso de desastres mayores, la comunidad internacional, como parte de su apoyo para la reducción de riesgos y los preparativos en caso de desastres, necesita tener mecanismos para coordinar la ayuda humanitaria bajo la dirección del país afectado.

El objetivo de los sistemas de alerta temprana centrados en la población es **facultar a las personas y comunidades que enfrentan**

Ya adoptada la nueva agenda global de desarrollo con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, se abre ahora el desafío de avanzar desde las palabras hacia los hechos. La cuenta atrás hacia 2030 ya está en marcha y el reloj avanza sin detenerse.

Algunos ven al año 2030 como un horizonte muy lejano en el tiempo, pero si queremos lograr lo que nos hemos propuesto no hay un solo día por perder. Los diferentes actores del desarrollo debemos comenzar a actuar ya mismo y debemos hacerlo juntos.

Como proporción del producto interno bruto (PIB), el riesgo de desastres y las pérdidas económicas que estos ocasionan se concentran de forma desproporcionada en los países de ingresos más bajos y con un nivel débil de gobernabilidad, así como en los pequeños Estados insulares en desarrollo, donde los riesgos se exacerban debido al cambio climático.

Tal como quedó evidenciado en un reciente estudio que realizó el Fondo Monetario Internacional (FMI), los **efectos climáticos repercuten especialmente en las naciones más vulnerables**. Este estudio advierte que el aumento de la temperatura en tan solo 1°C reduciría de forma considerable las tasas de crecimiento económico en muchos países de ingresos bajos.

En años recientes, **las pandemias han ocasionado una gran**



una amenaza a que actúen con suficiente tiempo y de modo adecuado para reducir la posibilidad de que se produzcan lesiones personales, pérdidas de vidas y daños a los bienes y al medio ambiente.

Un sistema completo y eficaz de alerta temprana comprende **cuatro elementos interrelacionados, que van desde el conocimiento de los riesgos y las vulnerabilidades hasta la preparación y la capacidad de respuesta.** Los sistemas de alerta temprana basados en las mejores prácticas también establecen sólidos vínculos internos y ofrecen canales eficaces.

Los riesgos se deben a una combinación de amenazas y vulnerabilidades en un lugar determinado. La evaluación de los riesgos requiere de la recopilación y de análisis sistemáticos de información y debe tener en cuenta el carácter dinámico de las amenazas y vulnerabilidades que generan procesos tales como la urbanización, cambios en el uso de la tierra en zonas rurales, la degradación del medio ambiente y el cambio climático.

Las evaluaciones y los mapas de riesgo ayudan a motivar a la población, establecen prioridades para las necesidades de los sistemas de alerta temprana y sirven de guía para los preparativos de prevención de desastres y respuesta ante los mismos. **El desarrollo y la implementación de un sistema eficaz de alerta temprana requieren de la contribución y la coordinación de una gran variedad de grupos y personas.** La siguiente lista explica brevemente los tipos de organizaciones y grupos que deben participar en los sistemas de alerta temprana, al igual que sus funciones y responsabilidades.

Las comunidades, en particular las más vulnerables, revisten una importancia fundamental para los sistemas de alerta temprana centrados en la población. Es necesario que las mismas participen activamente en todos los aspectos del establecimiento y el funcionamiento de tales sistemas, que conozcan las amenazas y posibles impactos a los que están expuestas y que puedan adoptar medidas para reducir al mínimo la posibilidad de sufrir pérdidas o daños.

Las autoridades locales, al igual que las comunidades y las personas, constituyen el núcleo de un sistema eficaz de alerta temprana.

Los gobiernos nacionales deben facultar a las autoridades locales y éstas deben tener un alto grado de conocimiento sobre las amenazas a las que se exponen sus comunidades y participar activamente en el diseño y el mantenimiento de los sistemas de alerta temprana. Las instituciones y organizaciones regionales desempeñan un papel fundamental en la transmisión de conocimientos y asesoramiento

especializado en apoyo a las medidas nacionales destinadas a desarrollar y a mantener las capacidades de alerta temprana en aquellos países que comparten un entorno geográfico común. Los **organismos internacionales pueden ofrecer coordinación, estandarización y asistencia internacional para las actividades nacionales de alerta temprana,** y fomentar el intercambio de información y conocimientos entre distintos países y regiones.

Las **organizaciones no gubernamentales tienen una función de concientización entre las personas, comunidades y organizaciones que participan en la alerta temprana,** sobre todo en el ámbito local. También pueden ayudar a la implementación de sistemas de alerta temprana y a preparar a las comunidades a enfrentar los desastres naturales. El **sector privado** desempeña un papel muy diverso en este campo. Ello incluye el **desarrollo de capacidades de alerta temprana en sus propias organizaciones.** Los medios de comunicación juegan un papel fundamental para mejorar el nivel de conocimiento sobre desastres entre la población en general y para difundir alertas tempranas

La **comunidad científica y académica también juega un papel crucial al ofrecer insumos científicos y técnicos especializados para ayudar a los gobiernos y a las comunidades a desarrollar sistemas de alerta temprana.** Sus competencias son fundamentales para analizar los riesgos de las amenazas naturales que enfrentan las comunidades, contribuir a la elaboración de servicios científicos y sistemáticos de seguimiento y alerta, fomentar el intercambio de información, traducir la información científica o técnica en mensajes comprensibles y difundir alertas que puedan entender las personas en riesgo.

Las metas propuestas son: **evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia;** todos los países tienen las capacidades básicas mínimas de alerta y respuesta para todo tipo de peligros previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005); Aumento de la capacidad de recuperación de los países y de la preparación a fin de desplegar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a las epidemias y pandemias graves; Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública

Y los Medio de ejecución son: **reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana,** reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

Medición del éxito de la meta: el Indicador de resultado intermedio será el **porcentaje de países que han demostrado una respuesta adecuada ante una situación**

de emergencia ocasionada por cualquier tipo de peligro, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia.

Su unidad de medición: porcentaje de países y territorios Frecuencia de medición Anual Fuente de datos Informes luego del desastre de: ministerios de salud, organismos nacionales de manejo de emergencias, informes de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de las Naciones Unidas y de la OPS/OMS Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED).

Bibliografía

- Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, DC : OPS, 2015
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27419&Itemid=270&lang=es
- OPS, Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático (documento CD51/6, Rev. 1) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14482&Itemid=RESOLUCIÓN_CD44.R8_PANDEMIA_DE_INFLUENZA:PREPARACIÓN_EN_EL_CONTINENTE_AMERICANO
- RESOLUCIÓN CSP28.R19 COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA INTERNACIONAL EN SALUD EN CASO DE DESASTRES. 28.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 64.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012





GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.