

RETOS PARA LA COOPERACIÓN EN SALUD GLOBAL DESDE UN ENFOQUE HISTÓRICO, SISTÉMICO Y EMERGENTE

Gloria Araceli García-Miranda¹

(gamg264@hotmail.com ; garmir01@hotmail.com)

Fecha de Recepción: 13 de Febrero de 2019

Fecha de Aceptación: 5 de Julio de 2019

Resumen

Este trabajo presenta un contexto para comprender que los problemas relativos a la salud global son herencia de pasados, especialmente del pasado inmediato. Se presentan argumentos a favor de que los problemas de salud global son eventos sistémicos, intersectoriales e interdependientes a nivel mundial. Que van más allá de la capacidad de solución de cualquier país en solitario y que son resultado de interacciones complejas entre múltiples condiciones, por lo que es imperioso adoptar con mayor fuerza el enfoque biosocial, basado en el estudio de determinantes sociales, ya el enfoque biomédico por sí mismo no puede brindar explicación y solución a todos los problemas de salud. Asimismo, se propone poner atención a problemas emergentes que aunque silenciosamente, van en aumento, como la demencia digital, el tecnoestrés, el sufrimiento social y otros problemas de salud mental.

Se concluye enlistando algunos retos específicos para la cooperación en salud global, empezando con la premisa de que tal cooperación ha de realizarse en un mundo profundamente asimétrico, con una realidad compleja, interdependiente y vertiginosamente cambiante.

Palabras clave: salud global, retos, modelo biosocial, determinantes sociales.

¹ Investigadora y Docente de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha realizado la carrera de Biología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumo

Este trabalho apresenta um contexto para compreender que os problemas relativos à saúde global são herança de passados, especialmente do passado imediato. São apresentados argumentos a favor de que os problemas de saúde globais são eventos sistêmicos, intersectoriais e interdependentes a nível mundial. Que vão além da capacidade de solução de qualquer país em solitário e que são resultado de interações complexas entre múltiplas condições, pelo que é imperioso adotar com maior força a abordagem biosocial, baseado no estudo de determinantes sociais, já a abordagem biomédica por si só não pode oferecer explicação e solução a todos os problemas de saúde. Propõe-se, igualmente, dar atenção a problemas emergentes que, embora silenciosamente, estão em aumento, como a demência digital, o Tecnostress, o sofrimento social e outros problemas de saúde mental.

Conclui-se listando alguns desafios específicos para a cooperação em saúde global, começando com a premissa de que tal enfoque biosocial deve realizar-se em um mundo profundamente assimétrico, com uma realidade complexa, interdependente e em constante mudança.

Palabras-clave: saúde global, desafíos, abordagem biosocial,

Abstract

This work provides with a context to understand that problems related to global health are a heritage of the past, specifically, of the immediate past. In this article, we present arguments supporting that global health problems are worldwide systemic intersectorial and inter-dependendig events. This problems go beyond the ability o any country to solve them and are a result o complex interactions among multiple conditions. Therefore, a bio-social approach must be adopted, based on a multiple social-pattern study, due to the fact that the bio-medical approach cannot offer an explanation and a solution to all of the problems related to health by itself. Besides, we propose to attend merging problems that are increasing in a silent way, such as: digital madness; tecno-stress; social suffering and other menthal health problems.

Finally, we present a list of challenges for cooperating in global health, starting by the idea that such cooperation will be done in a deeply asymmetric world, with a, inter-dependent and vertiginously -changing reality.

Key words: global health, challenges, biosocial approach, social determinants.

Introducción

La *cooperación en salud global* se ha enfocado históricamente al control de las enfermedades infecciosas y en décadas recientes a las enfermedades degenerativas, sólo hasta hace pocos años, se han incorporado como cuestiones de la salud global a la inequidad, género y sistemas de salud. Se puede decir que las acciones de la salud global aún replican, de cierta manera, el modelo biologicista de la medicina y su modo prominente de accionar es a través de la definición de una agenda y la gestión de los apoyos para llevarla a cabo.

Si bien las metas, indicadores de logro y financiamiento de la agenda global y sus correspondientes acciones a nivel regional y local son indispensables, también es cierto que este enfoque pragmático ha resuelto los problemas de salud más apremiantes sólo parcialmente, por ejemplo el SIDA. Letang (2018) afirma que la infección por VIH ha evolucionado de ser una sentencia de muerte a convertirse en una condición crónica y manejable. No obstante, los miles de millones de euros invertidos y el esfuerzo de miles de profesionales de la salud, trabajadores sociales, organizaciones comunitarias, responsables políticos e investigadores en todo el mundo; la respuesta mundial a la pandemia del SIDA se encuentra en un momento precario, ya que, si bien ha ocurrido una notable reducción del 34% en la mortalidad por SIDA desde el 2010, en el pasado 2017 aproximadamente un millón de personas murieron por esa causa, más de 2,500 personas al día.

Pese a los avances en el control de la infección, los casos en adultos siguen siendo diagnosticados en la enfermedad avanzada y el sida pediátrico es una entidad olvidada. También en 2017, se estimó que cerca de dos millones de niños vivían con la infección por VIH en el mundo. Entonces, los resultados de la salud global, no sólo en el SIDA, sino en relación con otras entidades, no son los esperados. No sólo debido al enfoque biologicista de sus prácticas, sino por una visión política reduccionista de algunos funcionarios de

gobierno, quienes consideran que las metas de salud global sólo son “compromisos de política exterior que hay que cumplir”. También es cierto que las acciones en salud global no han dado los frutos deseables porque los problemas de salud se han complejizado en diferentes aspectos y porque han aparecido nuevas enfermedades. Sin considerar que en muchas ocasiones, la agenda de salud global está supeditada a la agenda de cooperación económica.

A partir de estas consideraciones, el presente trabajo presenta un análisis por el que los retos de la cooperación en salud global, emergen como herencia de un pasado histórico. Análisis en el que se piensa la cooperación no sólo en función de los problemas de salud persistentes, como la malaria, el SIDA, la tuberculosis, el cáncer y los problemas nutricionales; sino que también, pone a flote otros problemas de patología global de naturaleza emergente que aumentan silenciosamente, como aquellas derivadas del sobreuso de aparatos electrónicos y de las *apps* que nos facilitan la vida, pero que al mismo tiempo, afectan funciones multiorgánicas y generan tecnoestrés y demencia digital, entre otros trastornos. Asimismo, en esta visión holista, se piensa también en eventos esencialmente invisibilizados como la contaminación lumínica, misma que viene a aumentar el efecto invernadero ya conocido, además de otros efectos indirectos al afectar los ciclos vitales de las especies de vida nocturna.

Y por la magnitud del problema y el sufrimiento social que provocan, también se consideran retos de la salud global a aquellos efectos nocivos provocados en miles de huérfanos por las guerras y el narcotráfico. En nuestra aproximación analítica, pensar en la salud global no es sólo un asunto de erradicación del agente etiológico en una lucha concertada entre muchos países, sino que requiere de una concepción con múltiples componentes, que atienda no sólo las causas, sino también “las causas de las causas”, es decir, sus determinantes sociales, entre los que pueden estar condiciones tan inverosímiles como la propaganda en los medios de comunicación masivos y el acceso a las armas. Así mismo, comprender que todos estos factores generan múltiples interacciones. Es decir, se trata de un enfoque de cooperación, basado en la concepción del campo de la salud global como un sistema complejo.



***Hudea, niña de cuatro años en el campo de refugiados de Atmet, en Siria quien “se rinde” frente a una cámara fotográfica.**

*Imagen tomada por el fotógrafo Sağırlı en diciembre de 2014.

Desarrollo

Así pues, si pensamos en nuestra historia reciente, podemos identificar que el siglo XX a diferencia de la historia previa, fue particularmente a partir de los años 50, un siglo lleno de contrastes extraordinarios, de logros increíbles y desastres ambientales demoledores. Overy y colaboradores (2012), señalan que el siglo XX fue el más violento de la historia, pero también en el que más rápidamente progresaron la medicina, la ciencia, el bienestar y la seguridad económica. A guisa de ejemplo de la patología múltiple producida por la violencia, se puede citar el genocidio ocurrido en Ruanda en 1994, el cual tuvo como efectos inmediatos entre 800 mil y un millón de *tutsis* fallecidos, lo que correspondía en su momento al 80% de la población de ese grupo; en el lado adversario, también fueron asesinados entre 10 y 30 mil *hutus* moderados. Además de las cifras inmediatas del exterminio, el conflicto generó 400 mil huérfanos, 300 mil personas con alguna discapacidad y que el 49% de las familias quedaran a cargo de niños menores de 15 años y en otro 34% los hogares se dejaron bajo la responsabilidad de mujeres viudas.

Efectos por demás devastadores, sin considerar el hecho de que la violación fue utilizada como arma de guerra. Algunas estimaciones refieren 250 mil casos y otras estadísticas señalan que 500 mil mujeres fueron violadas durante el genocidio (Museo

Memoria y Tolerancia con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, ONU). Más aún, podría pensarse en un “efecto mariposa”, por el que la población sigue viviendo las consecuencias de aquella atrocidad, como los casos de SIDA producidos por las violaciones masivas, el aumento de la demanda de servicios de salud, múltiples años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años vividos con discapacidad (AVISAS), la reducción del bono demográfico y el consecuente sufrimiento social.

Por el lado de los logros científicos, es notorio que vivimos desde hace pocas décadas, un mundo en el que las *revoluciones copernicanas* se suceden en breve tiempo, a diferencia del pasado en el que un paradigma científico podía sostenerse por un siglo o más antes de que hubiera una nueva revolución científica. Goldin y Kutarna (2016) sintetizan esta época de monumentales avances científico-tecnológicos en el concepto de *nuevo renacimiento* con el que se refieren a que el momento histórico que estamos viviendo es comparable con la Europa del siglo XVI cuando filosofía, ciencia, tecnología y arte; todas juntas, hicieron rupturas radicales de los principios que habían gobernado su propia disciplina. Todas ellas en conjunto, originaron un cambio de paradigma, el cual cambió la vida del mundo desde la era medieval hasta el mundo moderno temprano. De manera semejante, nosotros hemos cambiado nuestra vida transitando de la edad industrial a la era de la información. El *renacimiento* y el *nuevo renacimiento* tienen en común la influencia de una tecnología acelerada. Goldin y Kutarna marcan 1990 como la fecha aproximada de inicio para el *nuevo renacimiento*. En un lapso de pocos años de haber terminado la guerra fría, cayó el muro de Berlín, China reunificó al mundo e internet cobró carácter comercial.

De repente, el mundo se sintió bastante diferente. En este mundo, ahora se intercambia un volumen explosivo y una variedad de ideas cada vez más vividas global e instantáneamente. La ciencia de hoy, heredera de lo ocurrido en las últimas décadas del siglo pasado, cuenta sus propias revoluciones en inteligencia artificial, genética, bioingeniería y puede presumir de áreas de conocimiento de reciente aparición: georingiería, energía orgánica, máquinas superinteligentes, producción de plagas, nanofábricas, cromosomas humanos artificiales y neuroestética.

En particular, la biomedicina ha desarrollado la terapia génica, la cual sólo es una aplicación modesta de los nuevos poderes genéticos de la humanidad, pues ya se es capaz de cosas mucho más extrañas. Los científicos han mezclado especies en una caja petri como nunca antes lo hizo la naturaleza: *beefalo* (cruza de búfalo con vaca), *geep* (cabra-

borrego), *ligers* (león-tigres) y *zorses* (zebra-caballo). Eventualmente, cada planta, animal o bacteria con los cuales cohabitamos la tierra, podrían contribuir con bloques de DNA listos para combinarse por los “programadores genéticos” para producir quimeras que sirvan a las necesidades y fantasías humanas. Desde luego, el poder más profundo es el de alterar el organismo humano.

En una tendencia modesta (no se sabe aún qué tanto lo sea) y estrechamente controlada, la ciencia biomédica ya ha comenzado a hacerlo. La tecnología para corregir más agresivamente ya existe. Por ejemplo, en abril del 2015, científicos chinos editaron los genomas de 86 embriones humanos para modificar el gen responsable de un desorden sanguíneo fatal. Algunos empiezan a pensar que si se continua en esa línea de investigación, se podría dar nacimiento al *post-humano*, una forma más evolucionada de nosotros. En el mismo sentido, otro evento que podría revolucionar la terapia médica, si es que se realiza, lo sería el trasplante íntegro de cabeza humana (Canavero, 2013), el cual se anunció que se realizaría en este año (2018).

Este vértigo que generan la sucesión acelerada de avances científico-tecnológicos, no da tiempo para discutir los múltiples dilemas éticos que con ellos también aparecen. Se podría decir que aún no hemos procesado éticamente un “avance”, cuando aparece otro más revolucionario. Aunque se asume que el bienestar global ha mejorado, los extremos riqueza-pobreza se han agudizado. Hoy día, el uso de teléfonos móviles, ordenadores y la música digital se ha generalizado, mientras que en algunas partes de Sudamérica, África y la Polinesia, se siguen utilizando herramientas de piedra y en otras partes del globo, algunas tribus viven en las márgenes más pobres del nuevo mundo de consumo. Como caso muestra (que no el único) de la inequidad está el increíble *boom* de billonarios en China, que acompaña la explosión de la riqueza de ese país en los últimos años (Flannery, 2010). En 2014, la Revista Forbes informó que el número de multimillonarios asiáticos se había disparado y la región tenía un record de 444 miembros de la nueva lista de multimillonarios de la revista (Flannery, 2014). En contraparte, la Confederación Internacional Oxfam, integrada por 17 organizaciones no gubernamentales que realizan acciones humanitarias en 90 países, declaró ante la Asamblea de las Naciones Unidas en septiembre de 2016 que los más ricos son cada vez más ricos y los más pobres son cada vez más pobres y que el 1% más rico de la población mundial posee más riqueza que el resto del planeta (Riquelme, 2017).

En otra mirada a la historia, en el siglo pasado es que ocurrió también la emancipación de las mujeres, a través del derecho al voto, el uso de pastillas anticonceptivas y hasta el ejercicio del aborto. Así también en el siglo XX, muchas mujeres vivieron en la pobreza o se vieron forzadas a seguir las normas dictadas por los hombres, un siglo de *terrorismo de género* que se extiende hasta nuestros días. No es casual que lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas sea uno de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El progreso ha traído nuevas ideologías y conflictos, particularmente el capitalismo consumista demostró ser irresistible y eso ha conducido también a cambios sociales, culturales y en políticas públicas. Un caso emblemático es el aumento de casos de obesidad a nivel mundial. Un informe conjunto de la OMS con el Imperial College of London señaló un aumento de diez veces el número personas con obesidad en el mundo durante las últimas cuatro décadas, especialmente en los países de bajos ingresos. Durante ese periodo, México alcanzó tristemente el primer lugar en América Latina con la mayor tasa de obesidad y el sexto lugar en los índices de obesidad en niños y adolescentes. La tasa de obesidad de adultos es de 28.9% de la población, seguido por Argentina (28.3%), Chile (28.0%) y Dominicana (27.9%), entre otros países (OMS, 2017).

Al respecto, Drucker Colín sostuvo que el problema del sobrepeso y la obesidad en México se debe a la firma del tratado de libre comercio con Canadá y Estados Unidos que entró en vigor en 1994. Desde entonces, ingresaron al país una enorme cantidad de franquicias de alimentos chatarra. El autor proporciona algunos datos reveladores, sólo dos como ejemplo: hasta principios del 2015 había 500 puntos de venta de Mc Donald's en 57 ciudades del país. Wall Mart que en 1993 tenía 114 tiendas en México, para 2013 tenía 2 mil 562 y controlaba 53% del mercado de menudeo, que es donde se encuentra la mayor parte de los productos chatarra. Otros dos factores que contribuyen colateralmente son por un lado, la ausencia casi total de regulación respecto a la comida chatarra, responsabilidad de la clase política mexicana, cuyos representantes han permitido que los intereses comerciales estén por encima de la salud de la población y, por el otro lado, una población con nulo autocontrol. En otra mirada al mismo problema nutricional, Steve (2017) presenta lo que podría entenderse como una transformación cultural de hábitos alimenticios y hasta cierto punto, una adicción al azúcar. Asevera que la mitad de los mexicanos perdieron la sed. En su lugar, tienen la necesidad compulsiva de satisfacer su adicción a algún refresco

de cola. No los calma un vaso de agua. Necesitan la mercancía. “Dar a nuestros deseos y necesidades la forma de un producto comercial, de una mercancía, es uno de los efectos más dañinos y profundos de la sociedad capitalista”. La sed ilustra bien el desafío, porque incluso el agua se está volviendo mercancía y es motivo de despojo y violencia. No es accidente o descuido que México haya conquistado también, el primer lugar mundial en el consumo por persona de refrescos de cola. La cifra es espeluznante: 163 litros anuales por persona, medio litro diario; frente a un promedio mundial de 22 litros. Como hay muchos que no lo toman, la cifra implica que muchos adictos consumen más de un litro al día, lo que afecta por igual su salud y economía.

“Llegar ahí no fue un proceso “natural”: se trata de un resultado inducido que ilustra bien la medida en que el sistema político está al servicio del capital. No sólo tuvimos un presidente que había presidido también la principal compañía productora de refrescos de cola” (se entiende que se trata de Vicente Fox). Steve también señala que las clases políticas no pudieron emplear los recursos legales para detener a dicha empresa transnacional, a pesar de las presiones públicas. El resultado es que la corporación en cuestión, utiliza hoy el sistema legal mexicano como modelo para otros países, lo que le permite seguir impulsando el consumo. Por si fuera poco, el problema de la obesidad no es sólo un problema de exceso de peso, sino de las múltiples disfunciones sistémicas que provoca, como la diabetes, por lo que, una previsión abominable es que uno de cada dos de los niños y niñas nacidos desde el 2010 en México serán diabéticos si las cosas siguen como van.

En el informe de la OMS (2017) citado previamente, se señaló la gran influencia que ejercen en los menores las campañas de publicidad y promociones con dibujos que vienen en paquetes de cereales, galletas y otros alimentos. Por ello, pidió a México reducir el marketing y la publicidad de los alimentos “chatarra”, especialmente la dirigida a los menores, así como aumentar 20% el impuesto a las bebidas azucaradas y considerar un aumento al impuesto a productos de bajo nivel alimenticio. Resulta entonces, que la obesidad es un núcleo problemático conformado por la convergencia de diversos factores de carácter económico, político, publicitario, cultural, biológico, psicológico y social. Así también, muchos otros problemas en salud global son multicausales y también provocan efectos múltiples, como el caso de la migración. La historia evolutiva ha mostrado que el hombre es un ente migratorio, no obstante, la polarización económica del planeta que se

vive, está aumentando la migración en todas sus formas, lo que ocasiona a la vez, diversos impactos en la salud global; según la Agencia para los Refugiados de las Naciones Unidas, *ACNUR*, más de 68 millones de personas en el mundo fueron forzados a huir de sus hogares en 2017 como resultado de la guerra, la violencia y otras formas de persecución. Más aún, no sólo las personas forzadas a migrar contribuyen a los problemas de salud global, sino los miles que se mueven en el mundo a diario desplazándose a diversos destinos con fines de trabajo o turístico.

Según la Organización Mundial del Turismo, *OMT*, dependiente de la *ONU*, al menos 1,322 millones de personas viajaron por el mundo en 2017 con una tendencia de aumento, sin contar muchas movilizaciones humanas que no son contabilizadas. ¿De qué tamaño es la demanda de los viajeros que existen actualmente más de 58,000 rutas aéreas que cruzan el planeta?. El número se vuelve infinito si pensamos que el aeropuerto es el comienzo o destino de un número ilimitado de trayectos. Si además pensamos que con las personas también se mueven vectores, fomites, agentes infecciosos y factores de riesgo; entonces, se podría decir que la salud global se encuentra también en un equilibrio sutil que puede romperse en cualquier momento, como ocurrió con la llegada del Zika al continente americano, viajando desde África, lugar de la endemia.



Mapa interactivo con todos los vuelos comerciales del mundo.

*Tomado de: <https://www.xatakaciencia.com/tecnologia/mapa-interactivo-con-todos-los-vuelos-comerciales-del-mundo>. 15 de noviembre de 2018.

Impactos diversos de las migraciones son: brotes epidémicos, modificaciones diversas de la flora patógena, problemas de salud mental, desórdenes nutricionales, exclusión de los servicios de salud, entre muchos. Un caso difícil de comprender es el de la enfermedad mental ocasionada por vivir en ciudades con afluencia turística inagotable. La Intercontinental Hotel Group Foundation, *IHG Foundation*, estima que uno de cada siete habitantes en Hong Kong, una de las ciudades más densamente pobladas de la tierra, están diagnosticados con algún trastorno mental, como el desorden afectivo bipolar y otras entidades clínicas que generan agresividad, soledad, desintegración familiar y aislamiento. La fundación ha desarrollado un programa de vida en una granja como terapia para superar los problemas de salud mental originados por el estrés al que se está expuesto al vivir en la ciudad más visitada del mundo, centro financiero líder y paradójicamente, ciudad con gran inequidad social y económica en la que, la vida no cesa y genera grandes retos en la atención de salud mental de sus pobladores en todas las edades (video promocional de la fundación en uno de los hoteles de la cadena en la Cd. de Macao).

Otro gran reto que debe afrontar la salud global es el relativo a las drogas, el problema se complejiza día a día: aparición de nuevas drogas, síntesis adulterada con sustancias extremadamente letales y adictivas e inicio cada vez más temprano del consumo, así como nuevas entidades clínicas derivadas de la adicción y el abuso. Caso de nuestros tiempos, la adicción a los medios electrónicos que ya se da en diferentes partes del mundo. El avance tecnológico y la facilidad que da la virtualidad, también trae consigo la dependencia electrónica.

En países como China, la gente, especialmente los jóvenes y los adultos jóvenes vive literalmente conectada al celular. Por *we chat* pueden hacer casi todo: enviar y recibir mensajes, transferir recursos multimedia, tomar fotografía, consultar saldos, realizar las múltiples acciones que ofrece el *e-commerce* y pagar con un QR. El *kit* básico es el celular, audífonos y un *power bank*, porque es una tragedia quedarse sin batería.

En el metro de Pekín, hay un video promocional de seguridad en el que muestran varios accidentes ocurridos debido a que la gente va mirando el celular aún subiendo las escaleras eléctricas o cruzando las calles. Se reconoce ya la entidad *tecnoestrés*, cuya principal manifestación es la ansiedad y angustia por no estar conectado.

Y aunque la adicción a las pantallas electrónicas ya se conoce (aunque no está suficientemente estudiada), ahora lo notorio es la creación de centros de atención para este tipo de adicciones, la Clínica del Servicio para el Uso Sano de la Tecnología, *SHUT* en el Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias *NIMHANS* en Bengaluru, India, recibió un caso que sorprendió al mundo, se trata de un hombre de 26 años que llegó a pasar siete horas diarias frente al televisor, durante seis meses. Tras presentar algunos síntomas como fatiga, tensión ocular y patrones de sueño perturbados, ahora sus problemas psicológicos y adicción a Netflix son atendidos en la clínica. Si bien este caso



***Países con presencia del cártel de Sinaloa**

Tomado de: Atlas de la seguridad y la defensa de México, CACEDE, México, 2016.

Con datos de la DEA y del Congreso de Los Estados Unidos.

es el más grave que hay en la clínica SHUT, se informó a los medios que muchos de los pacientes que reciben tratamiento por adicciones a los juegos en línea, también son dependientes de Netflix.

Otros casos en los que se compromete la calidad de vida y tienen una naturaleza multicausal en la que interaccionan salud mental, tecnología, altercultura, desempleo, pérdida de la familia y altos costos del alquiler de una vivienda; son los ahora conocidos como *los refugiados de los cibercafés*. Una encuesta realizada por el gobierno de Tokio entre 2016 y 2017 reveló que 15,000 personas en Tokio usan diariamente cibercafés para dormir, aunque 4,000 de ellas los toman como su vivienda habitual. Los refugios en cibercafés son establecimientos muy populares para jugar videojuegos o ver películas, están equipados habitualmente con una silla reclinable, un ordenador y una colchoneta, están abiertos las 24 horas y por un módico precio ofrecen un espacio donde dormir de no

más de dos metros cuadrados. Según la encuesta realizada, unas 3,000 personas que duermen allí a diario son trabajadores esporádicos que no cuentan con recursos suficientes para alquilar una vivienda en Tokio y que encuentran en los cafés de manga e internet una alternativa económica para pernoctar (Infobae, 2018).

Tokio también tiene la segunda tasa de suicidios más alta de Asia, tan sólo superado por Corea del Sur, las estadísticas de este suceso son devastadoras: unos 70 japoneses se quitan la vida cada día y esa es la primera causa de mortalidad entre los ciudadanos de 15 a 39 años. Han sido diversos los esfuerzos por frenar este preocupante fenómeno al que los expertos atribuyen su causa a los múltiples elementos de presión que sufre la sociedad japonesa. Algunas medidas poco comunes se han tenido que tomar para evitar la epidemia de suicidios en algunas áreas de alta prevalencia como la movilización de patrullas de voluntarios para frenar a los que quieren ahorcarse y conformar una patrulla de drones para vigilar las áreas de mayor riesgo (Espinoza, 2018). Por el lado de las drogas farmacológicas, cuando se toca el tema, se pone énfasis en el país consumidor (Estados Unidos principalmente) y el lugar donde los cárteles de las drogas se anidan (ahora se señala a México, como antes se hizo con Colombia), pero no se entiende que la producción, distribución, venta y consumo clandestinos, así como el blanqueamiento de ganancias son procesos en los que participan no sólo un país o dos, sino que se dan por la interacción de una red global. Para dar una idea y sorprenderse de la magnitud de una red de operación, basta con observar uno de los mapas publicados en el Atlas de la Seguridad y la Defensa en México en el que se muestran los 40 países en los que tiene influencia sólo uno de los cárteles de la droga, el *cártel de Sinaloa* en el mundo, viéndolo así, es más que evidente que la oferta y la demanda de drogas, así como su atención desde el ámbito de la salud, no es un asunto de dos países, es un problema de origen y consecuencias globales.

No obstante el carácter global y multifacético de las drogas, poco se atiende a los factores sociales, legales, de impartición de justicia, seguridad carcelaria, corrupción, mecanismos fiscales y seguridad sanitaria, entre muchos que participan en dicho problema. Al menos en México, se privilegió en los dos periodos presidenciales pasados, la lucha armada en vez de una estrategia integral. Así, México pasó de ser un país de tránsito de drogas a ser un país consumidor y en Estados Unidos, miles de muertes se han originado por consumo excesivo de drogas. La denominada “crisis de opio” a la que el presidente Trump también llamó “emergencia nacional”, es tan profunda que el número de muertes

que ocasionó en los últimos 20 años, produjo súbitamente, una reducción en la esperanza de vida en ese país. Recientemente, se ha llegado a la conclusión de que parte de la crisis que condujo a 200 mil muertes por sobredosis, se ocasionó paradójicamente desde el propio sistema de salud, en el que se suministraron ampliamente medicamentos opiáceos para el dolor crónico, los cuales provocaron adicción en la población. Personas adictas empezaron a fingir dolor y al no suministrarse el medicamento por el personal médico, generaron un nicho de venta clandestina en el mercado negro. Esta epidemia es inédita por su origen en el propio sistema de salud, pero también por la propaganda enérgica para el consumo que se hizo desde diferentes medios de comunicación masivos (Robin, 2018).

Así y volviendo al asunto de la polarización económica, el caso anterior es otra evidencia de lo que el neoliberalismo puede influir en la salud de los pueblos. Igualmente, el desarrollo de los sistemas de salud, pueden ser otro factor determinante no sólo en la promoción a la salud, sino también y paradójicamente, en el agravamiento de la pérdida de la salud.

Por todo lo anterior, es evidente que la salud como derecho humano, sigue siendo una búsqueda. En diferentes partes del mundo se lucha para alcanzar tales derechos, durante el siglo pasado, muchos países vieron abolidos sus derechos al transitar por ciclos de dictadura. En América del Sur y el Caribe, al menos Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Haití, Guatemala y Nicaragua vivieron plenamente el régimen de la dictadura, ocasionando represión a la mayoría de la población y con beneficio para unos pocos. En las últimas décadas del siglo pasado, ocurrieron una serie de campañas para el derrocamiento de tales regímenes, recientemente en Oriente Próximo. La intervención de fuerzas externas produjo más daños que beneficios y fue la resistencia popular la que demostró ser más exitosa. Entre los muchos héroes, Nelson Mandela se erige como un ejemplo excepcional en su proclama para evitar que la venganza y el odio que dejó el *apartheid*, evitara la reconstrucción social de Sudáfrica.

Se admite universalmente que los derechos humanos son inalienables, indivisibles, iguales e interdependientes; por lo que el abatimiento del derecho a la libertad, a la vivienda y a la educación, deterioran también el derecho a la salud. En este sentido, hace apenas pocas décadas, vimos modelar ejemplos de activismo en salud global, enfocados en aumentar el acceso a medicamentos novedosos y en movilizaciones para alcanzar de manera más extensa y profunda los derechos sociales y económicos relacionados con la

salud. Por ejemplo, las movilizaciones llevadas a cabo con la intención de aumentar el acceso al tratamiento para el SIDA es un caso emblemático en la historia reciente de la salud global. La coalición concertada entre activistas, personal de salud, investigadores y realizadores de políticas públicas, fue la clave de los esfuerzos, ya que éste logro se replicó en la mayor parte de los países.

No obstante la importancia de la movilización social en busca del acceso a la salud, el derecho a la vivienda y a un ambiente sano, el activismo de muchos hombres y mujeres, sigue estando en el anonimato, especialmente en los pueblos indígenas. Así, la equidad y el derecho a la salud, siguen siendo causas de insomnio para la salud global. Por eso, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, en referencia a la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* exhorta a todos los países a que respeten y protejan los derechos humanos relacionados con la salud –en su legislación y en sus políticas y programas sanitarios–. A colaborar para combatir las desigualdades y las prácticas discriminatorias, de manera que todas las personas puedan disfrutar de las ventajas de una buena salud, sea cual sea su edad, sexo, raza, religión, estado de salud, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio (OMS, 2017).

Hasta aquí, se ha presentado un breve contexto para comprender que los problemas relativos a la salud, son herencia de pasados, especialmente del pasado inmediato, asimismo, es importante entender que los problemas de salud global, son cuestiones sistémicas, intersectoriales e interdependientes a nivel mundial. Que van más allá de la capacidad de resolución de cualquier país en solitario y que son resultado de interacciones complejas entre múltiples condiciones. Por tal motivo, el presente artículo exhorta a realizar mayor investigación y acción en *determinantes sociales*, los cuales representan esa multiplicidad de condiciones que determinan los procesos de salud y enfermedad y que pueden ser diferentes de comunidad a comunidad (sistemas de salud debilitados, pobreza, cambio ambiental, migración, conflictos sociales y gobierno, entre muchos).

De manera inequívoca, la salud global requiere relacionarse con actores nacionales con una gran influencia política y con representantes de la sociedad civil, así como con partes interesadas a nivel mundial. Kickbusch y Hanefeld (2017) señalan a esta cooperación como una especie de "juegos de dos niveles". Aunque viendo la complejidad de los problemas de salud global, lo mejor sería una participación multinivel. Parte del contexto histórico también es la historia propia de la cooperación en salud global. La

Declaración de Alma Ata, firmada en 1978, cuyo lema fue “salud para todos en el año 2000”, no llegó a su meta, esencialmente porque no se aseguró entonces la fuente de su financiamiento. Luego, los Objetivos del Desarrollo del Milenio, *ODS* fueron aprobados por las Naciones Unidas en el año 2000 y caducaron en el 2015, fecha límite para hacer efectivos los ocho puntos que pretendían acabar con las mayores brechas en salud y pobreza que padecen millones de personas en el mundo. Se reconocen logros importantes en los ODS, especialmente en la reducción de la mortalidad infantil, en la prevención y tratamiento para el SIDA y en el acceso a la educación. No obstante, hay puntos en los que se avanzó poco y siguen siendo tareas pendientes, como la mortalidad materna y neonatal, la malnutrición y la igualdad de género y, el que a pesar de los logros, el mundo sigue siendo profundamente desigual.

Walt, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, realizó un análisis comparativo de los retos de la salud internacional entre 1950 y 2000 y observó como uno de los cambios no deseables, una pérdida de optimismo, asociado con el hecho de que en 1950 hubieron altas expectativas para la cooperación global a través de las Naciones Unidas, mientras que en el 2000 las mismas Naciones Unidas estuvieron en problemas derivados de la política global y la cooperación dominada por las naciones más industrializados del mundo, del *Grupo G8*. Así, la principal agencia de salud de las naciones unidas, la *OMS*, designada para “dirigir y coordinar el trabajo de salud internacional”, fue ampliamente criticada y retada por otros jugadores en el campo, como la *UNAIDS*, fundación global para la lucha contra el SIDA, TB y malaria y, la Fundación Bill y Melinda Gates; a pesar de que todas éstas organizaciones llegaron a la escena de la salud apenas en terminando el siglo pasado (Walt, 2005).

Otras instituciones internacionales no sólo han criticado o retado a la *OMS*, sino que se han opuesto abiertamente a las políticas globales tras momentos de exclusión. El Medio Oriente es uno de éstos casos, pese a sus imperiosas necesidades en salud, parece que la cooperación para la salud global está supeditada a la cooperación económica, política y mercantil. Hay explicaciones, que no justificaciones para ello. El Medio Oriente es una región muy rica en petróleo y está estratégicamente localizada, por lo que ha sido importante por siglos para las grandes potencias.

Ahora bien, a pesar de que la región posee varias instituciones que conectan a dicha región con el resto del mundo y que, por tanto, tienen un cierto grado de influencia en la

conformación de la política regional, la cooperación intrarregional es difícil a pesar de poseer intereses comunes. Los factores principales que limitan la cooperación intrarregional según Ozkan, (2011) son la competencia por el liderazgo, que la región tiene más de un centro de poder y las diferencias culturales. El autor señala que la organización más importante es la Organización de la Conferencia Islámica, *OCI*, ya que es la mayor organización explícitamente islámica, está constituido por 57 países con estructuras políticas y sociales muy diferentes que varían mucho en su población, tamaño, posición económica y, para agregar, en la inclinación geopolítica. Es un conglomerado político, económico y cultural de Estados Musulmanes repartidos en los cuatro continentes, la cual persigue una mayor cooperación islámica. No obstante, señala Ozkan, la *OCI* no se ha adaptado y transformado al nuevo entorno después de la guerra fría, en parte porque el carácter antidemocrático de gobierno de algunos de sus países, ha sido victimizado con fines estratégicos para intervenir la región.

Por lo que, desde su período de formación, hace más de 40 años, la *OCI* ha respondido a la cooperación con una mentalidad defensiva, incluso con luchas internas de poder debidas a la falta de articulación de políticas claras y coherentes, lo cual ha impedido que dicho organismo desempeñe un papel internacional confiable y respetable, en consecuencia, también dificulta su incorporación a la agenda global. Los desacuerdos de carácter religioso (por ejemplo entre sunitas y chiítas) y las disputas entre los miembros de la organización que compiten por el liderazgo, se agravan con la manipulación de los conflictos propios desde occidente.

El importante considerar la estructura institucional de la *OCI* y las otras organizaciones del Medio Oriente (la liga árabe, Consejo de Cooperación del Golfo y D-8) en la participación de la región en la política mundial, ya que cada una de ellas tiene una agenda, una inclinación y unas prioridades diferentes y aunque esto pueda parecer alejado de la agenda de salud global y la cooperación para la salud, en lo estricto no lo es, ya que la mayor presión y atención que se recibe en la región es debida a su localización entre tres continentes, su carácter estratégico, su riqueza mineral y sus diferencias político-religiosas. La agenda de cooperación en salud global transita por todas esas condiciones.

También es revelador el papel que China va alcanzando en términos de cooperación, especialmente en África. Alden (2007) señaló que debido a que en unas pocas décadas China ha sido capaz de alcanzar altas cotas de desarrollo sin comprometer su

soberanía o el control del Partido, ha podido alejarse de las complejas formalidades de la ayuda al desarrollo de inspiración occidental. Así también que, Ese posicionamiento chino, está quebrando también el monopolio de Occidente sobre el desarrollo.

En la reciente *2018 Beijing Summit of the Forum on China-Africa Cooperation*, el presidente chino Xi Jinping declaró en torno al foro de cooperación: “(se) ha abierto un nuevo capítulo para las relaciones China-Africa y (se) prepara un monumental modelo para una nueva era en la cooperación Sur-Sur”. Esta declaración anticipa el devenir de la cooperación entre las 53 naciones africanas y China. Otra parte de su discurso fortalece la afirmación previa de Alden acerca de alejarse de las complejas formalidades de la ayuda al desarrollo de inspiración occidental: “nosotros debemos trabajar juntos para hacer el fórum más fuerte y más pragmático, implementar los resultados de la Cumbre de Beijing eficientemente para beneficiar a la gente de China y África con resultados sólidos”. Así que, nuevos actores y nuevas formas de cooperación modificarán la salud global, sus acciones, sus estrategias, sus acuerdos y los resultados.

Conclusiones

Las tendencias globales en comercio, viajes y comunicación han resaltado riesgos, los cuales no pueden ser dirigidos dentro de los límites nacionales tradicionales. Ellas incluyen enfermedades infecciosas nuevas y emergentes, contrabando de drogas, tráfico internacional de personas, contaminación del medio ambiente y el calentamiento global, desastres naturales cada vez más crecientes y el conflicto y desplazamiento poblacional a través de las fronteras. En un mundo crecientemente interdependiente, ningún estado puede ser capaz por sí mismo de resolver estos problemas. Al final del siglo veinte, las prioridades para la acción global fueron enfermedades comunicables y no-comunicables, preocupaciones acerca del medio ambiente, información y conocimiento, comercio y la arquitectura financiera internacional. En los próximos años, las necesidades de los países pobres no habrán disminuido, pero sí podrían empeorar. Asimismo, la salud mental traerá nuevos retos para los países con altos y medianos ingresos, debidos en parte al gran auge tecnológico. No obstante, las personas pobres, también serán blanco de los problemas de la salud mental, aquellos derivados del sentido constante de pérdida, del sentimiento de *stateless* y del éxodo en busca de la supervivencia. Por lo tanto, la necesidad para la

cooperación en salud global está más vigente que nunca. No obstante, tiene que asumir múltiples retos. Entre ellos:

- Actuar en un mundo profundamente asimétrico, con una realidad compleja, interdependiente y vertiginosamente cambiante.
- Cumplir con los objetivos de la Agenda para el Desarrollo Sostenible para el 2030.
- Mejorar la coordinación entre las Naciones Unidas, gobiernos de los países, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y líderes de la sociedad.
- Superar las tensiones de diversas fuerzas y tendencias económicas como: capitalismo, neoliberalismo, consumismo y obsolescencia programada.
- Posicionar la agenda en salud global como política prioritaria y no supeditada a las agendas económicas y de mercado.
- Considerar a la violencia como determinante social de diversas entidades patológicas.
- Considerar a lo interno de cada país, que participar en la agenda de salud global no significa adherirse acríticamente a las metas globales, sino de contribuir a las metas globales en el marco de las realidades propias.
- Que los países den cuentas claras, periódicas y robustas acerca de cómo están mejorando y cómo aplican los apoyos.
- Considerar en la definición de la agenda global, a las particularidades regionales.
- La cooperación internacional en salud global, debe enmarcarse también en los valores de respeto a la multiculturalidad y la libertad de las naciones, asimismo, favorecer el aumento de las oportunidades económicas.
- Compartir las buenas prácticas en salud global.
- Realizar investigación para solucionar los problemas de salud global, aprovechando el momento histórico de “totipotencialidad” del que goza la ciencia hoy en muchas líneas de acción.
- Finalmente y aunque parezca cliché... Identificar las *lecciones aprendidas*, *crear memoria* por su valor como instrumento de justicia y prevención y, considerar estas lecciones en los *procesos de cooperación*.

Si las lecciones que nos dejó el siglo pasado y lo que va del XXI se aprenden y se trabaja cercanamente y en conjunto, tal vez los tiempos por venir ofrezcan una historia mejor para todos.

Agradecimiento

Esta investigación se realizó como parte de la estancia de la autora en la Universidad de Estudios Internacionales de Xi'an en China y ha sido apoyada por el programa PASPA-DGAPA de la UNAM.

Referencias

- ABC (2018). Toda la verdad sobre la foto de la niña que se “rinde” ante una cámara de fotos. ABC, Sección Internacional. 01 de abril de 2015. Recuperada de: <https://www.abc.es/internacional/20150401/abci-nina-siria-camara-pistola-201503311933>.
- Alden, C. (2007): *China en África*. España: Intermón Oxfam Editorial. España, p. 44.
- Baijie, A. (2018): Belt, Road aligns with African nations. *China Daily*. 5 de Septiembre de 2018, p. 1.
- Basilico M. (2003). *Reimagining Global Health. An introduction*. USA: University of California Press, pp. 340-353.
- BBC Mundo/Michael Markieta/Arup (2018). Las rutas aéreas que envuelven al planeta. La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/1586308-las-rutas-aereas-que-envuelven-el-planeta>. 15 de noviembre de 2018.
- Canavero, S. H. (2013): The head anastomosis venture project outline for the first human head transplantation with spinal linkage. (*GEMINI*) *Surg Neurol Int.* 20(4) (Suppl. 1):S335–S342.

Drucker, C. R. (2015). El gordo problema de la gordura. *La Jornada*. Sección Opinión. Jueves, 16 de Abril de 2015, p. 20.

El Clarín (2018) El primer adicto a Netflix: está en rehabilitación por ver series siete horas por día durante seis meses., Secc. Tecnología. 10 de Octubre de 2018.
https://www.clarin.com/tecnologia/primer-adicto-netflix-rehabilitacion-ver-series-horas-dia-meses_0_CqzgEGW8Q.html.

Espinoza, J. (2018): Patrulla de drones para frenar la “epidemia de suicidios en Japón”. El Mundo España, Sección Crónica. 10 de enero de 2018. Recuperado de:
<https://www.elmundo.es/cronica/2018/01/10/5a4fca7146163f18508b46ac.html>.

Esteve, G. (2017): Recuperar la sed. *La Jornada*, Secc. Opinión. Lunes 11 de Septiembre de 2017, p. 24.

Flannery, R. (2018): China’s Billionaire Boom. *Forbes*. 27 de Octubre de 2010.
Recuperado de: <https://www.forbes.com/2010/10/27/china-billionaires-10-zong-li-billionaires.html#2c07f4723fd9>.

Flannery, R. (2018): *Forbes Billionaires: Full List Of Asias’s 444 Richest Pople*. 10 de Mrzo de 2014. Recuperado de:
<https://www.forbes.com/sites/russellflannery/2014/03/10/2014-forbes-billionaires-full-list-of-asias-444-richest-people/#415933dd7e79>.

Goldin I, Kutarna C. (2016): *Age of discovery. Navigating the risks and rewards of our new renaissance*. New York: St. Martin’s Press.

Gulland, A. (2013): Strong government accountability is crucial to meeting millennium development goals, *UN Assembly is told*. MBJ 2013; 347:f5823.

Infobae (2018). Los refugiados de los cibercafés: 4,000 japoneses viven en locales de internet. *Infobae*. 31 de Enero de 2018. Recuperado de:

<https://www.infobae.com/america/mundo/2018/01/31/los-refugiados-de-los-cibercafes-4-000-japoneses-viven-en-locales-de-internet/> .

Kickbusch, L. & Hanefeld, J. (2017): *Role for academic institutions and think tanks in speeding progress on sustainable development goals*. *BMJ*: 2017;358:J3519.

Letang, E. (2018): El sida y la trampa de la complacencia. *El país*, Sección Opinión. 1 de Diciembre de 2018. Recuperado de:
https://elpais.com/elpais/2018/11/27/planeta_futuro/1543329257_717391.html.

McArthur, J. W.; Rasmussen, K. & Yamey, G. (2018): *How many lives are at stake? Assessing 2030 sustainable development goal trajectories for maternal and child health*. *BMJ* 2018;360:K373 .

Moszynski ,P. (2011): *UN urges more progress to meet MDG targets on maternal and child health*. *BMJ* 2011;343:D6037.

Museo Memoria y Tolerancia (2014). *Guía para estudiantes*. Cédulas Museo Memoria y Tolerancia. Ruanda, 6ª. Edición. México: Memoria y Tolerancia AC., pp. 49-54.

OMS (2018): México. Primer lugar de obesidad en A. L.; Exigen reducir publicidad chatarra. *Regeneración*. 11 de octubre de 2017. Recuperado de <https://regeneracion.mx/oms-mexico-primer-lugar-en-obesidad-en-al-exigen-reducir-publicidad-de-chatarra>.

OMS (2019). La salud como derecho humano fundamental. Recuperado de:
<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es>.

ONU México. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de:
<http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible>. 17 de Marzo de 2018.

- Overy, R.; Grant, R. G.; Regan, S & Kennedy, S. (2012): *El siglo XX. La historia como nunca se había contado*. España-México: Ediciones Akal, pp. 6-7.
- Ozkan M. (2011): El Oriente Medio en la política mundial: un enfoque sistémico. *Estudios Políticos*, 38. Colombia: Instituto de Estudios Políticos. Universidad de Antioquía, pp. 99-120.
- Riquelme, R. (2018): 9 datos sobre la desigualdad en el mundo. *El economista*. 16 de Enero de 2017. Recuperado de:
<https://www.economista.com.mx/internacionales/9-datos-sobre-la-desigualdad-en-el-mundo-20170116-0019.html>.
- Robin, M. (2018): Overdoses de opiáceos con receta médica. *Le monde diplomatique*. 127. Febrero 2, 2018. Recuperado de: <http://diplomatie.org.br/overdoses-de-opiaceos-com-receita-medica>.
- Rodríguez, U. C. S. (2017): fin de la hegemonía y epicentro de la guerra que comienza. En Benítez Manaut, R. y Aguayo Quezada, S. (eds). *Atlas de la seguridad y la defensa de México 2016*. México: CACEDE (pp. 169-171). Recuperado de:
http://casede.org/PublicacionesCasede/Atlas2016/Atlas_CASEDE_2016.pdf.
- Said-Moorhouse, L. (2018). CNN Mundo. 19 de Junio de 2018. Recuperado de:
<https://cnnespanol.cnn.com/2018/06/19/el-numero-de-refugiados-en-el-mundo-alcanza-el-maximo-en-cinco-anos-revela-reporte-de-la-onu>.
- Salvatierra, J. (2018): ¿Cuántos turistas hay en todo el mundo? 1.322 millones en 2017. 15 de Enero de 2018. *El país*. Sección Economía. Recuperado de:
https://elpais.com/economia/2018/01/15/actualidad/1516021839_540690.html.
- Sánchez, P. (2018) ¿Qué es la demencia digital y por qué es urgente que lo sepas? 17 de Agosto de 2017. Recuperado de:

https://www.harmonia.la/cuerpo/que_es_la_demencia_digital_y_por_que_es_urgente_que_lo_sepas.

Walt, G. (2005): What sort of international cooperation in health 2055? *J R Soc Med.* 2005, 98.