

Salud Global:

Actualización del Modelo analítico de Salud Internacional y compilación de los seminarios sobre sindemia y retos de la salud global



Juan Eduardo
Guerrero Espinel
Editor académico

Camilo Noreña Herrera
Kamila Giraldo Quintero
Eliana Martínez Herrera
Compiladores académicos



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez

Colección salud global

©Juan Eduardo Guerrero Espinel, y demás autores en orden de aparición

ISBN: 978-628-7652-86-6

Primera edición: noviembre del 2023

Compilación académica: Camilo Noreña Herrera, Kamila Giraldo Quintero

Diseño de cubierta y diagramación: María Camila Mojica

Hecho en Colombia

Prohibida la reproducción total y parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin la autorización escrita de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia ®

Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia

(+57) 4 219 68 01

decasaludpublica@udea.edu.co

<https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/unidades-academicas/salud-publica>

Apartado 1226. Medellín, Colombia

Forma de citar

Guerrero Espinel, J.E, et al. 2023. Salud Global: Actualización del Modelo Analítico de Salud Internacional y compilación de los seminarios sobre sindemia y retos de la salud global. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Salud Global

Juan Eduardo Guerrero Espinel

Editor académico

Camilo Noreña Herrera

Kamila Giraldo Quintero

Eliana Martínez Herrera

Compiladores académicos

Actualización del Modelo
analítico de Salud Internacional
y compilación de los seminarios
sobre sindemia y retos de la
salud global

Autores

Alex Alarcón Hein. Licenciado en Ciencias Económicas y Administrativas y Doctor en Sociología. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. alarconhein@uchile.cl

Andrés Alonso Agudelo Suarez. Odontólogo y Doctor en Salud Pública, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. alonso.agudelo@udea.edu.co

Camilo Noreña Herrera. Administrador en Salud y magíster en Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. camilo.norena@udea.edu.co

Carlos Ernesto Rodríguez Andrade. Academia Diplomática del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana de Ecuador. crodriguez@cancilleria.gob.ec

Eliana Martínez Herrera. Odontóloga y doctora en Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. eliana.martinez@udea.edu.co

Federico Duarte Castro. Médico y magíster de Salud Pública. Oficina de salud pública, ACNUR - UNHCR. federico.duarte@gmail.com

Jairo Ernesto Luna García. Médico y doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. jelunag@unal.edu.co.

Joan Benach. Médico y Cirujano, máster en Salud Pública y doctor en Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra. joan.benach@upf.edu

Jose Antonio Pagés. Médico y Salubrista. Universidad ISALUD. tonypages1950@gmail.com

Jorge Ramírez Flores. Médico-Cirujano y magíster en Salud Pública y Salud Global. Universidad de Chile. jramirez@uchile.cl

Juan Eduardo Guerrero Espinel. Médico Cirujano y magíster en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. guerrero.espinel@gmail.com

Kamila Giraldo Quintero. Administradora en Salud y especialista en Innovación para la transformación social y ambiental. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. kamila.giraldo@udea.edu.co

Ligia Giovanella. Médica y Doctora en Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública de Fundación Oswaldo Cruz. ligiagiovanella@gmail.com

Luis Alberto Martínez Saldarriaga. Odontólogo y magíster en Administración y en Gobierno y Políticas Públicas. Viceministerio de Protección Social. lmartinez@aesa.org.co

Marco Akerman. Médico y doctor en Filosofía. Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo marco.akerman@gmail.com

María Celeste Nessier. Licenciada en Nutrición y magíster en Ciencias de la Nutrición del Instituto de Nutrición y Tecnología. Universidad Católica de Santa Fe. maria.celenessier@gmail.com

María del Rocío Sáenz Madrigal. Médica, especialista en Salud Pública y política costarricense. Universidad de Costa Rica. saez.rocio@gmail.com

Marylin Aparicio Effen. Médica y Doctora en Ciencias del Desarrollo. Unidad de Cambio Climático Ambiente y Salud Instituto Boliviano de Biología de Altura. Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia. marilynneffen@gmail.com

Paulo Marchiori Buss. Médico y máster en Medicina Social. Fundación Oswaldo Cruz, Fiocruz (Rio de Janeiro). Presidente de la Alianza Latinoamericana de Salud Global -ALASAG-. paulo.buss@iocruz.br

Sebastián Tobar. Sociólogo y magíster en salud pública con orientación en políticas públicas y salud. Fundação Oswaldo Cruz. sebastian.tobar@iocruz.br

Víctor Javier Correa Vélez. Médico de la Universidad de Antioquia y magíster en Gobierno y Políticas Públicas. victorjcorreav@gmail.com

Contenido

Salud Global

I.	Presentación	05
II.	La salud internacional y sus dimensiones anallíticas	06
III.	Seminario Diplomacia y gobernanaza en salud global	32
IV.	Seminario Efectos del comercio en la salud	42
V.	Seminario Atención especial a lugares de conflictos y tensiones armadas	50
VI.	Seminario Reorganización de los serviscios de salud post pandemia	62
VII.	Seminario Migración, cambio climático, y seguridad alimentaria	74
VIII.	Seminario Solidaridad global y soberanía sanitaria	86
IX.	Conclusiones	100

Presentación

Salud Global

Por Eliana Martínez Herrera

Profesora adscrita al departamento de ciencias básicas,
Coordinadora Relacionamiento Estratégico 2017-2023,
Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Medellín, Colombia

El estudio de las dinámicas y del proceso de la salud poblacional encuentra en muchas voces de investigadores, de académicos, de hacedores de políticas y diplomáticos, experiencias y reflexiones sobre la incidencia de los determinantes sociales, ambientales, comerciales a lo largo de la geografía, superando las fronteras entre Estados y abordando elementos comunes de la Salud Global. Esto da lugar a la planeación, desarrollo y sistematización de las memorias de un Seminario preparatorio para el XI Congreso Internacional de la Facultad Nacional de Salud Pública en el año 2021 y cuyo tema repasó los desafíos de los últimos tiempos alrededor de la sindemias y pandemias de la humanidad en el siglo XXI.

Encontramos un formato muy positivo en el Seminario para reafirmar en los debates, los compromisos y exigencias de la cooperación internacional, la diplomacia, las acciones y soluciones en el camino de la justicia social enmarcados en perspectivas de inclusión, equidad y bienestar. Las contribuciones de los conferenciantes hicieron un llamado de esperanza a los problemas actuales globales en línea con la acción y el sostenimiento de la vida en el planeta y advierten sobre los grandes desafíos, los retrocesos, los obstáculos y el camino por recorrer en el marco de las agendas internacionales que reclaman un seguimiento sigiloso a las trayectorias y caminos de colectivos en regiones y territorios vulnerados por las diferencias del global norte y sur.

Este seminario se corresponde con uno de los laboratorios estratégicos de transformación de la Facultad Nacional de Salud Pública cuya realidad se enmarca en articulaciones de la docencia para la acción, la investigación para la acción y la acción en sí misma para la transformación. Lo que el lector encontrará en este manuscrito recoge y se acerca a los pasos dados para alcanzar las utopías de una mejor salud, una mejor vida en los territorios con sinergias entre sectores, actores y vínculos fundantes para los necesarios cambios globales.

Las conferencias de esta compilación fueron desarrolladas entre los meses de mayo y septiembre de 2021, en un contexto geopolítico de tensiones e incertidumbre con respecto a la igualdad en el acceso a las vacunas contra la Covid-19, asunto que realza su valor político y académico.

Esperamos que disfruten esta compilación académica, fuente de consulta en los ámbitos políticos y académicos como fundamento de las necesarias y crecientes discusiones sobre la salud global y planetaria.

La salud internacional y sus
dimensiones analíticas

Página 06

Seminarios

Página 32

Conclusiones

Páginas 100

La salud internacional y sus dimensiones analíticas

una actualización conceptual

Imagen. Modelo analítico de salud internacional



Fuente: elaboración propia basada en el MCSI del Programa de Líderes en Salud Internacional OPS/OMS.

**Juan Eduardo
Guerrero Espinel**

**Camilo Noreña
Herrera**

Para la realización de este texto se ha utilizado como base el documento sobre el *Modelo Conceptual de Salud Internacional -MCSI-* generado por el Programa de Líderes de Salud “Edmundo Granda Ugalde” de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS versión 2015 (1). La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia -FNSP UdeA- convocó, en el año 2021, a un grupo selecto de especialistas en salud internacional para revisar y actualizar el contenido del modelo. La revisión se realiza a través de talleres mediados por la virtualidad, realizados durante la pandemia de la Covid-19 en 2021.

La metodología utilizada fue la revisión

de las cuatro fuerzas o determinantes internacionales propuestos por el MCSI de la OPS/OMS, siendo ellas: a) los modelos de desarrollo; b) el comercio; c) la innovación, la ciencia y la tecnología y; d) la política exterior que incluye la diplomacia en salud a través de la cooperación internacional con las agencias especializadas y otras instancias regionales y subregionales. Este último, se analiza en un capítulo específico de este libro, dadas la rigurosidad y extensión con la que lo realiza el Dr. Paulo Marchiori Buss, Carlos Ernesto Rodríguez Andrada y Juan Eduardo Guerrero Espinel.

Recrear la propuesta del MCSI del PLSI de la OPS/OMS y actualizar sus desarrollos a la luz de nuevos estudios e investigaciones con relación al tema, ha permitido reafirmar la propuesta metodológica, repensar nuevas formas alternativas para su uso y quizás, lo más valioso, inducir a que nuevas generaciones que se forman en salud pública, puedan trabajar los diferentes temas de salud pública con un enfoque que los aproxime a incorporar las dimensiones o fuerzas internacionales que influyen en cada una de las regiones del mundo, en los países y en la vida cotidiana de individuos, familias, comunidades y todas las formas de vida. Es por esto, que cada vez es más convergente el llamado desde la salud pública para proteger la salud y la vida, en todas sus dimensiones en los espacios internacionales, ahora globales y en un futuro, planetarios.

Los talleres realizados para la revisión del modelo conceptual de salud internacional (MCSI) permitieron que el grupo invitado hiciera un examen exhaustivo de la fuerzas y determinantes y, al mismo tiempo, actualizara su vigencia y aprovechara para hilvanar un pensamiento en plena pandemia, que redimensionara los efectos globales de la alerta epidemiológica para ilustrar la conexión sinérgica entre economía y salud, entre factores condicionantes de vida y su relación con el riesgo, entre la interdependencia de las decisiones globales y las soluciones alternativas locales, dentro de las comunidades que, aún con sus “banderas rojas” expresión de las inequidades, buscaron sobrevivir en la economía informal de subsistencia.

El mundo entero a nivel global respondió en pro de proteger vidas e hizo conciencia entre la necesidad del cuidado ambulatorio en casa, la telesalud, la urgencia y la preparación de los cuidados intensivos, para evitar la muerte. La pandemia, abre

luego de su cese, la oportunidad de analizar qué modelos de desarrollo y de servicios permitieron una respuesta más coherente, al igual que sobre los efectos negativos en el acceso a programas preventivos de salud pública, y la fragilidad de los más vulnerables en condiciones de incremento de la pobreza.

La disponibilidad de las vacunas son el símbolo umbral para ser conscientes del rol de la ciencia y tecnología y su desigual desarrollo entre regiones hemisféricas y entre los países, aunados al egoísmo y la baja solidaridad observada, incluyendo las condiciones impuestas por la industria farmacéutica a los países fragmentados y poco vinculados a una gobernanza global. Por lo anterior, el mundo entero centró su mirada en la OMS y en la Organización Mundial del Comercio -OMC-, y la historia sabrá valorar el significado de sus decisiones y lo imprescindible de contar con un reglamento sanitario internacional -RSI- vinculante.

Después de la pandemia de la Covid-19, tratar de definir qué sigue en materia de salud internacional, concepto naciente en el siglo XIX e inicios del XX y marcado por el asistencialismo de los países o de un país dominante, es complejo en clave de una salud global definida desde dos diversas formas según el poder de los actores.

Una salud global que busque privatizarla y llevar sus recursos al mercado de capitales, de aseguradores y de prestadores, buscando la ganancia sobre el proceso de curar, tratar o mantener las enfermedades, o una salud global ligada a la mayor participación de los pueblos, de la sociedad civil y del Estado, para lograr la reducción de la pobreza y el hambre, para el cuidado de la gente y el planeta, y basada en la justicia social y la prosperidad vivir

El mundo entero a nivel global respondió para proteger vidas e hizo conciencia entre la necesidad del cuidado

en un mundo en paz como se expresa en los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-.

Esta última propuesta, sobre la que se inclina este texto, no ha recibido el respaldo suficiente de los grandes capitales acumulados a nivel global para hacer de este planeta un lugar viable y sostenible, un espacio en donde primen y se garanticen los derechos humanos, en especial el derecho a la vida, a la salud, al empleo, a la educación, y donde prime el valor de la solidaridad y la cooperación para el bienestar y el buen vivir.

Se considera que los Consejos de Seguridad de los grupos de países del G7, el G8, el G20 y otros grupos del planeta, después de la pandemia, le deben a la sociedad una profunda reflexión sobre la propuesta del “cambio de rumbo”, de los modelos alternativos para proteger la vida en todas sus formas, incluyendo la puesta en marcha de una sola salud: salud humana, salud animal y cuidado del medio ambiente, para lograr un mundo vigorosamente saludable y sostenible, sin eufemismos y con modos alternativos de producción y de redistribución de la riqueza en plena conciencia para vivir en una paz duradera.

Los modelos de desarrollo y su relación con la salud

El análisis de los modelos de desarrollo como un Determinante Internacional de la Salud -DIS- contribuye a repensar la polarización generada durante los siglos XVII al XIX sobre dos alternativas: el capitalismo y el socialismo. Propuestas antagónicas que han dividido la humanidad conllevando a guerras de toda índole en el campo internacional y con pérdidas incalculables.

Además, para la actualidad, genera oportunidades de otras opciones de desarrollo en un mundo globalizado que transita hacia un equilibrio para el cuidado de la gente, del planeta, y hacia el desarrollo

sostenible en clave de justicia social, equidad y paz, lo que ha sido plasmado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030 -ODS2030-.

En este siglo XXI, especialmente en la era post Covid-19, será imprescindible introducir las lecciones aprendidas sobre la gobernanza global y las reformas requeridas para enfrentar los nuevos desafíos que se encuentran dirigidos a proteger el bien común y una economía protectora del planeta como base de sostenibilidad para las futuras generaciones.

En el MCSI se establece que los modelos de desarrollo “son el resultado de las concepciones políticas sobre la pertenencia de los medios de producción, las formas de redistribución de los ingresos, las políticas de protección social...” (1). Pero también, podríamos incluir las políticas de acceso a la educación, al agua potable, al saneamiento básico y a la seguridad alimentaria.

Uno de los indicadores para analizar el desarrollo, ha sido el Índice de Desarrollo Humano -IDH-, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- que orienta sobre sus variables básicas, en este caso: ingresos, nivel de educación y expectativa de vida al nacer. Además, de otros que posteriormente fueron añadidos, tales como: libertades, democracia, participación social, género, inclusión social.

Los modelos de desarrollo definen cómo una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, en consideración con sus historias, su cultura, su producción económica, su tradición jurídico-política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (2). Al respecto se evidencia que “en los últimos siglos se ha debatido entre Estados intervencionistas en los modos de producción y de protección social y aquellos que promulgan la plena libertad del comercio

y el respeto a la propiedad privada. En el intermedio, hay concepciones políticas que buscan un equilibrio entre estas dos tendencias” (1).

El siglo XX se caracteriza por la “guerra fría” entre dos sistemas antagónicos, la caída del muro de Berlín y el consenso de Washington. Éstos especialmente dieron inicio al auge de las tendencias neoliberales en los modelos de desarrollo, la apertura del libre mercado, la flexibilización en la contratación de la fuerza laboral mediante la tercerización del empleo y la venta presionada de los activos en poder de los Estados para el pago de la deuda externa. Este auge tuvo su límite en las grandes desigualdades existentes, debido a que sólo algunos Estados lograron crecer económicamente y dar el salto cualitativo en el modo de producción y de gestión del conocimiento para la reducción de la pobreza.

Para Escribano, quien fundamenta su propuesta en la teoría de las capacidades de Amartya Sen, el desarrollo debe entenderse como “la libertad (o la capacidad) para elegir el tipo de vida que cada persona quiere llevar, aunque respetando la regla de oro kantiana de que la libertad de cada uno termina donde empieza la de los demás (3). Lo que implica, en línea con Sen, libertad para no padecer privaciones y enfermedades prevenibles y curables, tener una vivienda digna, para la participación en la toma de decisiones

colectivas, para disfrutar del nivel educativo deseado, para enseñar, expresar y difundir las ideas (sean éstas políticas o religiosas) y vivir y desarrollarse en un entorno cultural propio (4).

Para alcanzar un desarrollo en términos económicos, ecológicos y sociales, la Comisión de Brundtland (1987) introdujo el término de desarrollo sostenible, planteando el doble desafío de afrontar y mitigar la situación de pobreza, y el abordaje de los problemas medioambientales. Este informe introduce el concepto de solidaridad intergeneracional y de desarrollo sostenible que definió como “aquel que garantiza las necesidades del presente sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”(3). Este pronunciamiento ha facilitado que el tema del desarrollo sostenible haya sido incluido dentro de las conferencias internacionales y le ha dado relevancia al desarrollo humano, donde las personas son el principal sujeto y objeto sobre el desarrollo económico. (MCSI).

Para el análisis del modelo de desarrollo como una fuerza determinante de un tema de proyecto de país se considera importante aproximarse a la medición, comprensión o respuesta a las preguntas generadoras indicadas en el recuadro.



¿Cuáles son las implicaciones de los modelos de desarrollo sobre la gobernabilidad, la economía, la calidad de vida, buen vivir y la salud de las poblaciones?



¿Cómo se pueden categorizar los modelos de desarrollo en relación con los derechos humanos, la protección social, la inclusión o la exclusión social?



¿Cómo se podría evidenciar la posibilidad de que salud haya sido, es o pueda ser potencialmente un activo para mejorar un modelo de desarrollo?



¿Cuál es la relación existente entre los modelos de desarrollo y los determinantes sociales de la salud, la seguridad humana y la renovación de la atención primaria en salud?



¿Cuáles modelos de desarrollo prevalecen en la región de las Américas y cuáles son sus implicaciones sobre el desarrollo humano?

Fuente: Modelo Conceptual del Programa de Líderes de la OPS/OMS, adaptado.

Entre los países existe interdependencia, los hechos que tienen lugar en alguno de ellos pueden tener repercusiones directas e indirectas sobre el bienestar de la gente en sitios distantes (4).

Los cambios en el proceso de salud y enfermedad de un país afectan no sólo la salud de sus vecinos sino también sus potenciales de desarrollo, lo que representa un asunto de interés para las políticas internacionales. Esta relación entre lo local y lo internacional es compleja y demanda un manejo especial, aunque se reconoce que las instituciones de salud no determinan las políticas internacionales, sí pueden influir sobre ellas. En este contexto, el reto está en estudiar y analizar sus experiencias a escala global para asistir a sus propios países y lograr la salud para todos (5).

Durante el Foro Económico para América Latina, en 2016, celebrado en Medellín, Colombia, Alicia Bárcenas desde la CEPAL, ha afirmado que “el modelo de desarrollo vigente es insostenible” y que la igualdad, la sostenibilidad, exigen cambiar la conversación entre Estado, sector privado y ciudadanía. Esto, conlleva a preguntarnos: ¿Cuál es el modelo de desarrollo a ser construido en el siglo XXI con la participación de la ciudadanía y las organizaciones de la sociedad civil? Esta pregunta, cuestiona y genera a las Universidades, a la Alianza Latinoamericana en Salud Global -ALASAG-, a los organismos internacionales y en general a todos los Estados la urgencia de comenzar a construir respuestas e intervenciones coherentes.

Edgar Morin, nos expresa en su libro, *Cambiamos de vía, Lecciones de la pandemia, 2021*, nos lleva a pensar en las lecciones sobre la existencia, la condición humana, la incertidumbre de nuestras vidas, la relación con la muerte, la desigualdad social y el confinamiento y otras que es necesario, en un momento de gran incertidumbre, “hacer todo lo que esté en nuestras manos para regenerar la política, proteger el planeta y humanizar la sociedad, y nos abre a la idea: Es hora de cambiar de vía” (5).

Las movilizaciones sociales y los reclamos de la sociedad civil, recordemos los más recientes

(2021-2022), en Chile y Colombia, nos dicen, claramente, que no se está de acuerdo con las respuestas sociales de los modelos de desarrollo imperantes, en el contexto antes y durante la pandemia. Se clama justicia social y un mundo con oportunidades, para las nuevas generaciones, que reafirma el interés para construir y transformar los modelos vigentes, direccionado por el valor del dinero y la acumulación de riqueza, sin importar las desigualdades que se generan y se expresan en pérdidas de vidas y una baja calidad de vida, para las gran mayoría de los ciudadanos.

La Comisión Económica para América Latina, (Cepal), desde 2016, nos dice: “los mercados deben ser el resultado de alianzas público-privadas renovadas, innovadoras y de mejor calidad con visión de mediano y largo plazo, que incorpore criterios de inclusión económica y social y de sostenibilidad ambiental, en América latina y el Caribe”, esto es coherente con la conceptualización lograda sobre modelos de desarrollo desde el PLSI de la OPS/OMS. El asunto es: ¿cuál es entonces la urgencia para lograrlo? y ¿cuáles deberían ser las vías o las rutas para acelerar estos cambios? ¿Cómo lograr traducir la intencionalidad de los organismos internacionales en su discurso de progreso y desarrollo para que los gobiernos actúen en coherencia, con esta visión, y sean coherentes con sus principios y valores marcados en las constituciones políticas?

Alma Ata, en su declaración en 1978, nos expresa en un acuerdo de los ministros de Salud en ese entonces, que es necesario “un nuevo orden económico internacional, para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”.

La brecha del desarrollo entre las regiones dominantes del mundo y los países de la periferia es grave y conlleva a repensar el camino para

lograr en forma más acelerada, los cambios en el siglo XXI, plasmados como acuerdo internacional, en los Objetivos de desarrollo del Milenio y los Objetivos de desarrollo sostenible.

El PLSI, en su pensamiento, nos lleva a reconocer modelos de desarrollo vigentes, según su crecimiento económico, producto de sus alianzas con las formas de producción del capitalismo con respecto a la propiedad privada y las formas intervencionistas del Estado, con producción desde lo público y regulación de lo privado y otras formas mixtas (públicas y privadas). Balance entre libertades individuales y regulación de mercados desde el Estado.

Cabe preguntarse: ¿Cuáles son las guerras que hemos tenido por el tipo de modelos de desarrollo y de sociedad? Construidas desde el régimen feudal, transformadas hacia modelos y propuestas guiadas por el respeto o no a la propiedad privada, dando paso a las formas capitalistas o al socialismo de economías planificadas, centralizadas, sin propiedad privada y de reducción de la participación ciudadana. El significado de la guerra fría, la caída del mundo de Berlín, el auge del neoliberalismo, con la reducción de los modelos de Estado benefactor. En este tránsito y dinámica social diversa en las regiones del mundo globalizado y en medio de la pandemia de COVID 19 y los impactos en Europa de la guerra entre Rusia y Ucrania, como símbolo del poder territorial y de seguridad nacional, hacia donde avanzamos y si existe esperanza de la construcción de modelos económicos alternativos, ecológicos, sostenibles, saludables, ligados al bien común y a la protección de la salud y la vida. (Figura 1)

También, es necesario comprender lo que significa y puede significar para el presente y futuro de la humanidad, el crecimiento del capitalismo digital global, que traspasa las fronteras de los Estados-Nación y une a la ciudadanía en generadores de productos digitales a través de empresas transnacionales en búsqueda de ciudadanos consumidores de una diversidad de ofertas a necesidades reales o a necesidades construidas desde los mercados.

La pandemia ha mostrado el crecimiento de las ventas a través de las redes de productos ofertados por transnacionales como Amazon, hasta la venta a consumidores finales en micro-mercados digitalizados como los de alimentos e insumos básicos: medicamentos y otros. Incluyendo, las redes de microtráfico de productos

La brecha del desarrollo entre las regiones dominantes del mundo y los países de la periferia es grave y conlleva a repensar el camino para lograr en forma más acelerada, los cambios en el siglo XXI...



ilegales. La economía se mueve silenciosamente a través de las redes en internet generando otro tipo de capitalismo.

En todo este proceso, es necesario revisar teorías sobre el desarrollo, desde Keynes hasta la fecha, con modelos alternativos posibles como la propuesta de Cristian Felber, con la economía del bien común y otros con la economía del bien o el buen vivir, incluyendo a Castell. Esto para reiniciar los modelos en clave de lograr un mejor mundo sin que signifique mantener el mismo sistema operativo.

Por lo tanto, el tema de modelos de desarrollo sigue vigente, es relevante, pero requiere espacios de diálogo, de consenso, para transformar nuestras sociedades por las vías democráticas y participativas, sin eliminar al diferente. Construir sociedades tolerantes, renovadoras e innovadoras, para que juntos en paz avancemos hacia un mundo mejor y posible.

El modelo clásico de Adam Smith está aún vigente en el imaginario de una sociedad que mantiene la idea de la validez del crecimiento económico ilimitado, de la acumulación de capital, el imperio de los grandes monopolios, la expansión de los mercados y la generación y mantenimiento de una masa de trabajadores productivos. Por otro lado, Rostow fue quien marcó la desigualdad global con sociedades atrasadas que deberían inyectar capital y tecnología para transformar su producción y aspirar a contar con una masa relevante y tangible de consumidores, para crecer económicamente. Esto indica la idea de una progresividad del capitalismo para todas las naciones.

También podríamos reforzar la pregunta sobre: ¿Cuál es el significado del Índice de Desarrollo Humano? ¿Hacia dónde nos dirige? ¿Qué tipo de sociedad está orientando? Los informes de Naciones Unidas que tanto han incidido en el cambio para transformar la sociedad y las ideas fuerza de equidad, desarrollo, libertad, oportunidades y ciudadanía, han logrado modificar la ruta de los modelos de desarrollo. ¿hacia dónde nos dirige esta visión del Programa de Naciones Unidas para el desarrollo?

También es deseable, preguntar y relacionar: ¿Qué coherencia e implicaciones hay entre los modelos de desarrollo y los modelos de educación, salud y otros de protección social? El ingreso per cápita qué muestra en función de la riqueza producida por una nación y cómo ésta se interrelaciona con el acceso real a la educación y a los servicios de salud y acciones pertinentes y programadas de salud pública.

Analizar el caso de Colombia y de otros países que han optado por la vía de la generación de cuasi mercados de aseguramiento y de prestación de servicios con libre competencia, qué han significado para la protección de la vida, la prevención de enfermedades y la atención oportuna de los problemas y necesidades prioritarias de los individuos, familias y comunidades. El debate, en este sentido, está abierto y genera una diversidad de respuestas, que pueden cambiar el rumbo en la próxima década. Los actores están divididos, unos defendiendo la rentabilidad del manejo privado de los recursos públicos y otros intentando proteger y dar transparencia del uso de los recursos públicos, modificando los modelos de organización de servicios a través de redes basadas en la atención primaria de la salud. Es el debate democrático, quizás el camino para lograr consensos en la transición del sistema. Es recomendable, acercarse al estudio de los enfoques relacionados con teorías y conceptos sobre desarrollo humano, como la teoría económica estructuralista, la teoría de la dependencia, la teoría de la regulación francesa, el enfoque de ecodesarrollo y de desarrollo sustentable, que contrastan con la teoría marxista, que conllevó a otra dimensión de respuestas diversas a nivel global (6).

Es interesante destacar a Amartya Sen con su aporte a los modelos de desarrollo con énfasis en las libertades y oportunidades para todos los seres humanos. Este pensamiento ha iluminado los informes y las estrategias de Naciones Unidas, al menos desde la década de los 90, en el siglo XX. La salud, sin duda, ha significado un aporte estratégico, para lograr la meta de acceso universal. Quizás, es necesario pensar cómo la corriente de mercado de aseguramiento ha favorecido o limitado esta intencionalidad, diferenciando entre los países dominantes y las economías de nivel medio y bajo. El acceso real a la educación y a la salud de calidad con oportunidad significa un cambio profundo para examinar y contrastar en el comportamiento global de los modelos de desarrollo.

Immanuel Wallerstein nos señala la existencia de una dependencia global, donde la clave es la modelación global incentivada por las comunicaciones, el orden financiero internacional, los mecanismos de comercio, la transferencia de conocimientos y los vínculos militares, que son determinantes de la globalización de sistemas y modelos de desarrollo (7).

Igualmente, explica que estas complejidades organizadas para su estudio requieren de diversas ciencias sociales relacionadas,

los mecanismos financieros, el comercio internacional y la transferencia de ciencia y tecnología. Lo que prima es la interacción de las fuerzas globales internacionales y en menor escala, lo local o lo nacional. Por lo tanto, su llamado es a no actuar solamente en la periferia, sino en lo que él denomina, el núcleo y la semi periferia. Este pensador, nos reafirma el rol de los determinantes internacionales de la salud (7).

Por su parte, Nelson Mandela nos recuerda que “mientras la pobreza persista no habrá libertad verdadera y la eliminación de ésta no es un acto de caridad, es un acto de justicia. Es la protección de un derecho fundamental, el derecho a la dignidad y a una vida decente”.

Cristian Felber, en el siglo XXI, nos orienta sobre la economía del bien común. Afirma en su libro: Ni Capitalismo ni Socialismo. Basa su propuesta en principios y valores, con el uso del Balance del Bien Común, en el sector empresarial, que bien podría aplicarse a los hospitales en Colombia, orientados a la rentabilidad financiera y no a la rentabilidad social (8).

Por último, es interesante hacer mención del informe de Naciones Unidas, 2020, titulado: “La próxima frontera, el desarrollo humano y el Antropoceno” (9). Este documento presenta una propuesta de sistemas planetarios y la urgencia de una transformación para impulsar un cambio diferente aliviando las presiones planetarias que están y son importantes entender.

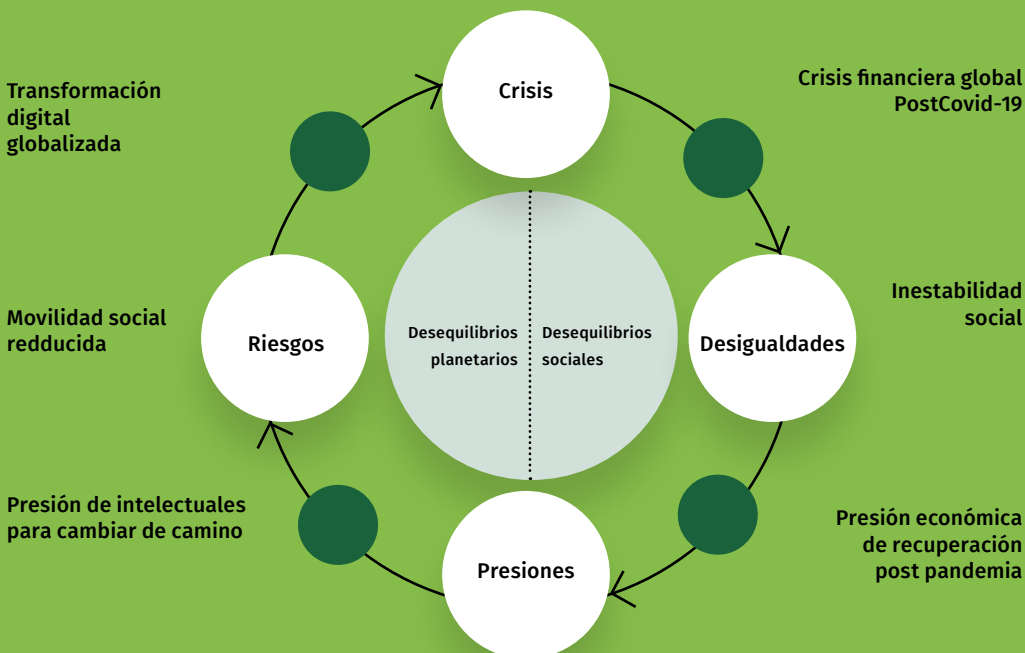
Nos lleva a pensar en: ¿Cuáles son las presiones planetarias que modifican nuestros modelos de desarrollo? y ¿cómo lograr

un nuevo modelo de desarrollo que nos lleve al equilibrio? El informe busca empoderar a las personas para que definan y sigan sus propios caminos a fin de llevar una vida plena con libertades en momentos de crisis global, presión por las desigualdades, riesgos, incertidumbres, desequilibrios financieros, planetarios y sociales.

Finalmente, la construcción de modelos alternativos de desarrollo sigue vigente en una era en la que el planeta sufre las consecuencias del modelo de alta productividad con grandes desigualdades hemisféricas, entre los países y al interior de éstos, que generan sufrimiento, dolor y pobreza extrema, afectando grandes grupos poblacionales, las etnias, los afrodescendientes y generando flujos migratorios por diversas razones ligadas a los modelos económicos. El empleo digno, la educación de calidad, la protección de la salud y ahora luego de la pandemia, la soberanía sanitaria, para lograr sociedades saludables, sanas y sostenibles, seguirán vigentes en el ideario de la presente y próximas generaciones.

El movimiento de capitales en la bolsa internacional, el pago de la deuda externa con la banca internacional y el crecimiento y acumulación de las grandes transnacionales sin una redistribución global de la riqueza para proteger la vida y el Bien-estar de los pueblos del mundo sin una gobernanza global reguladora vinculante, posiblemente negaran los principios de libertad, solidaridad y sostenibilidad intergeneracional.

Figura 1. Desequilibrios y presiones planetarios y sociales



Fuente: Adaptada del informe de desarrollo humano, 2020 (9).

El comercio y su relación con la salud internacional

Para el mundo internacional no existe duda sobre los vínculos que tenemos entre comercio internacional, liberación comercial y salud. Existe un acervo de conocimiento científico y literatura que muestra la relación entre comercio y salud en cuanto al mejoramiento y la afectación de la salud como lo plantea

Smith en la serie Lancet sobre comercio y salud, invitando a un análisis al respecto: “los vínculos que existen entre el comercio internacional, la liberación comercial y la salud requieren un análisis de las cuestiones que afectan a la comunidad sanitaria” (10).

Para el modelo conceptual de salud internacional, “el comercio es una práctica de intercambio de productos, bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los grupos humanos. Este



La relación del comercio y la salud ha adquirido una mayor relevancia por las implicaciones en la salud

intercambio y sus condiciones se fueron transformando, desde el simple trueque hasta los movimientos financieros globalizados con desarrollos desiguales en la humanidad. Los acuerdos o intercambios comerciales y sus efectos a todo nivel pueden generar crecimiento económico o desigualdades que afectan o benefician a los actores involucrados. En las últimas décadas, la relación del comercio y la salud ha adquirido una mayor relevancia por las implicaciones en la salud y en el ambiente y calidad de vida de los grupos humanos” (1).

Entre comercio y salud “es importante indagar sobre las propuestas de negociación en las reformas que privilegian la salud para mejorarla y el acceso a los servicios, medicamentos y tecnología. De la misma forma, evidenciar los impactos de los tratados de libre comercio, otros acuerdos y modalidades de

producción y comercio, así como los efectos del comercio ilegal sobre la gobernabilidad y determinados grupos poblacionales”. Asimismo, deben analizarse los flujos comerciales que existen en el sector salud para determinar si el comercio contribuye a mayores o menores índices de salud, o si la salud conduce al desarrollo económico, o bien si la salud y el comercio tienden a reforzarse mutuamente.

Estos análisis permitirán incrementar la evidencia sobre los efectos de las respuestas políticas destinadas a mitigar los efectos negativos del comercio sobre la salud o a optimizar los beneficios sanitarios en caso de que éstos se den, distribuyendo los costos y los beneficios adecuadamente entre las diversas poblaciones.

Como también, adoptar en las negociaciones el principio de precaución, cuando se están haciendo los tratados de libre comercio de una u otra forma, e incentivar el rol de la sociedad civil participando en estos procesos.

Una propuesta de temas de estudio sobre el comercio y la salud es la siguiente:



El comercio y la organización de los sistemas y servicios de salud.



Los efectos del comercio legal e ilegal de drogas y armas sobre la salud.



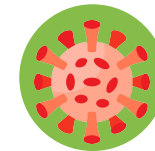
El comercio, la vida, la salud y el ambiente.



La industria de los alimentos y el efecto sobre la salud.



El comercio de la ganadería, la deforestación y la relación con la salud.



El comercio durante la pandemia de Covid-19 y sus efectos en la salud.



El convenio marco del tabaco y sus lecciones para el comercio nacional e internacional.



El comercio y las desigualdades regionales: acumulación de capital y megaempresas.



El rol de los organismos internacionales sobre el comercio.



Propuestas alternativas de comercio: el comercio local y comunitario.



El comercio y los bienes comunes: los casos del uso del agua para la producción de bebidas y la comercialización del agua.



El uso del plástico y los efectos sobre la salud y el planeta.

Específicamente, en lo relacionado con los sistemas y servicios de salud y su relación con el comercio, debe de continuar revisándose lo que se denomina reformas de tercera generación en los sistemas de salud basadas en modelos de aseguramiento de mercado presentes en América Latina y especialmente en Colombia. Asimismo, el comercio de vacunas y de tecnología de medicamentos relacionados con la Covid-19.

Con respecto al comercio legal e ilegal y gobernabilidad se integran al análisis los fenómenos de narcotráfico y las zonas de conflicto que se viven en los diferentes países de América Latina, especialmente casos como el de Colombia y México, y otros influenciados por el comercio ilegal que afecta la vida de las comunidades. Esto sumado al tema del comercio y las adicciones, y el comercio de armas y su relación con la paz y la estabilidad global.

En el tema del comercio, la vida, la salud y el ambiente, aparece la necesidad de estudiar el impacto de los tratados de libre comercio sin desconocer que existe literatura alrededor del tema; los conflictos internacionales relacionados con el comercio y la salud;

los cambios culturales relacionados con el comercio y la salud y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles -ECNT-; la movilidad, el transporte, los combustibles y su relación con la contaminación ambiental; y la regulación o normas de productos nocivos para la salud como el glifosato.

Referente a la relación del comercio con la pandemia de Covid-19, debe de analizarse el impacto de la pandemia en el comercio y la economía. El caso específico de las vacunas como bienes públicos y comunes, además del impacto de la aceleración del comercio digital sobre la salud.

Finalmente es importante la comprensión sobre el rol de los organismos internacionales como la organización mundial del comercio y de la organización mundial de la salud y sus roles frente a los incentivos comerciales que tienen relación con la salud y la vida.

Algunas de las preguntas que pueden surgir frente a este tema y que pueden ser abordadas en diferentes espacios académicos son:



01

¿Cuál es el impacto del comercio sobre la gobernabilidad, la calidad de vida y la salud de las poblaciones?



02

¿Qué tipo de interacción/ aproximación debe tener la política exterior de los países frente al comercio y la salud?



03

¿Cómo el comercio afecta o favorece el acceso a los servicios de salud, a la tecnología y al acceso a los medicamentos?



04

¿Cómo el comercio de alimentos incide en la salud de los ciudadanos?



05

¿Cómo el comercio incide en la equidad en salud?



06

¿Cómo los países de bajos y medianos ingresos pueden alinearse para obtener mayores beneficios en la regulación del comercio de productos y servicios?



07

¿Cómo ha sido el proceso y si existen diferencias que las explican en cuanto a las "reaperturas de la economía" durante la Covid-19?

Elementos en discusión sobre el comercio y la salud

Cabe señalar que, para el abordaje del comercio y la salud, deben tomarse en consideración elementos de la economía de la salud. Además, se debe tener presente que existen enfoques de salud pública que consideran que lo comercial es una dimensión de los determinantes sociales de la salud; y otros, que el comercio genera efectos sobre la salud de la población donde entran en el marco comprensivo el rol de las organizaciones bilaterales.

Considerando lo anterior, el análisis del comercio y la salud debe ser objeto de una profunda y radical crítica de varios aspectos. En primer lugar, de la lógica capitalista de producción y consumo capitalista; luego de la crítica a la democracia, organizada en el mundo de una manera disyuntiva, es decir, saludable en los modos de producir elecciones, pero no saludable en los modos de distribuir oportunidades, recursos y poder.

Por esto, los acuerdos bilaterales deben tener otro rol en la gobernanza internacional que trascienda una mirada estrecha sobre la regulación, dado que está concentrada en el presupuesto del libre comercio. No obstante, la regulación debe abordar aspectos como la producción y el consumo inciden en la salud y el bienestar. Esto implica una discusión sobre el capitalismo que trascienda la discusión académico-teórica poniendo en evidencia los problemas del capitalismo, su límite y la necesidad de hablar de regeneración y no de sostenibilidad.

Debe reconocerse que la vida cotidiana esta atravesada por el comercio y puede verse reflejada en lo que se denominan la dieta neoliberal (11), que genera un patrón alimentario producto de un diseño de acuerdos comerciales que se expresa en cuestiones culturales y de consumo, y, en los diseños de la economía agrícola, a nivel no solamente nacional sino también en los pequeños espacios territoriales.

Adicionalmente, estas dietas según la evidencia científica están expuestas en su producción a perturbadores endocrinos, los cuales generan tienen un efecto sobre el alimento y a su vez el alimento sobre el cuerpo a nivel del sistema inmunológico (12).

Por último, es importante considerar en el análisis que el rol de las universidades y su gobernabilidad no están

exentas de los efectos del comercio, lo que se refleja en los programas de formación, en las temáticas de investigación. Generando una convivencia entre la política universitaria y la vida comercial de las grandes corporaciones muy íntima y peligrosamente cercana.

El comercio abierto con sus técnicas de mercadeo no regulada ha generado serios problemas para la salud y para los entornos generadores de comunidades saludables, en este espacio es evidente, el caso del tabaco, de los alimentos con altos contenidos de sal, azúcar, y los productos alimenticios ultra procesados, con sus consecuencias evidentes en la salud y el metabolismo de los seres humanos. Por otro, lado los efectos de los combustibles fósiles en la contaminación del medio ambiente, la invasión de los plásticos y sus consecuencias en la vida del planeta. La consecuencia del consumo por parte de la ciudadanía es una tarea pendiente, para reducir los efectos del libre mercado y el acceso ilimitado de cualquier bien o servicio.

Es imprescindible avanzar hacia la generación de sociedades conscientes del consumo responsable, del uso racional del agua y otros elementos esenciales para la vida. Dialogar con las nuevas generaciones sobre que consumir, a que precio, calidad y cantidad, podría marcar un cambio de cultura para proteger en esencia la capacidad del planeta para sostener todas las formas de vida y su equilibrio para renovar los ciclos naturales de las diversas especies. Comercio sí, pero así, de otro modelo de vida alternativa.

La regulación debe de abordar aspectos como la producción y el consumo inciden en la salud y el bienestar.camino para lograr en forma más acelerada.



La ciencia, la tecnología y la innovación en relación con la salud internacional

La ciencia, la tecnología y la innovación han estado presentes siempre en la historia de la humanidad y desde el comienzo de las civilizaciones, por ende, han modificado los ciclos de vida de la humanidad.

La innovación y la tecnología surgen de la necesidad de contar con objetos y herramientas que faciliten labores y tareas de la vida cotidiana, en parte para sobrevivir. La ciencia, además, nace de la observación de fenómenos naturales para producir teoría sobre el funcionamiento del universo a través del método científico. Es decir, la ciencia y la tecnología se interrelacionan y actúan para producir cambios en las capacidades de una sociedad, están ligadas al descubrimiento, a la conquista.

La ciencia, la tecnología y la innovación se ligan a la idea de lo privado cuando nace la protección al inventor, los derechos de autor y las patentes. Allí surge el valor del conocimiento científico y la investigación al ser intercambiados como mercancía. Este hecho, que puede ser considerado como un impulsor para la generación de nuevas ideas, también puede servir para generar diferencias, acumulación de capital, de poder y desigualdades en las relaciones de intercambio.

De hecho, la creación en 1902 de la Organización Panamericana de la Salud con el apoyo del gobierno de los Estados Unidos de América y de la fundación Rockefeller, fue entre otras, con el propósito de proteger la salud de la población y el comercio en la región de las Américas.

Previo a ello, El Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial, firmado en 1883 representó el primer paso para asegurar a los creadores, que sus obras intelectuales estén protegidas en otros países cubriendo el tema de invenciones, patentes, marcas, dibujos y modelos industriales.

Esto hoy se mantiene y se expresa con la patente de las vacunas contra la Covid-19 que son, entonces, consideradas un bien común. Por ello, para el estudio de la ciencia, la tecnología y la innovación como un determinante internacional de la salud, es necesario introducir los elementos del bien público y privado con relación a las necesidades humanas, siendo un

asunto complejo que se liga a la filosofía, la política, el derecho, la ética y los principios y valores que rigen una sociedad globalizada.

Con el desarrollo de la pandemia de la Covid-19 la discusión sobre bienes públicos y privados acaece nuevamente fijando diferentes posiciones. Algunos gobiernos están de acuerdo en mantener la propiedad intelectual, otros están de acuerdo en ceder esa propiedad intelectual por el bien común y organismos internacionales se posicionan en formas diferentes. Siendo éste uno de los hechos de la gobernanza global que está en discusión.

Al respecto, Alicia Bárcena en una reunión con los ministros de ciencia y tecnología de la región planteó los aportes necesarios de la ciencia, la tecnología y la innovación para enfrentar los desafíos de la industria de la salud y la recuperación económica post pandemia. Considerando la producción local para hacer frente a la exigencias y necesidades que nos devela la situación actual y futuro.

Por esto, es necesario el fortalecimiento de las capacidades institucionales para impulsar políticas nacionales y regionales de fomento de la ciencia, la tecnología y la innovación y propiciar el monitoreo sobre los marcos regulatorios en protección de datos, privacidad y ciberseguridad y, el apoyo la investigación con fuentes alternativas de información basadas en la Big Data. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud ha comenzado a pensar el tema y realizó un seminario en 2020, sobre salud pública digital.

Esto se presenta en un contexto de desigualdad en la conectividad digital observada asociada a la condición económica, la edad y la ubicación geográfica. Siendo países como Bolivia, Salvador, Paraguay, Perú, Ecuador aquellos con menores porcentajes de conectividad digital, estando mejor puntuados Uruguay, Brasil, Costa Rica y Chile.

Esto debe tenerse presente porque la conectividad digital permite procesos de comunicación para la educación, la salud, el trabajo y otros servicios que se requerían en un momento de confinamiento poblacional como el vivido durante la pandemia de Covid-19.

Retomando a Alicia Bárcena y su invitación a una

integración de la región de las Américas, especialmente de América Latina, planteando la necesidad de pensar el futuro de las regiones, de la nueva geografía económica para depender menos de manufacturas importadas, diseñar cadenas de valor regionales y desarrollar la producción de vacunas e insumos estratégicos en el campo de la salud. siendo para ello necesario políticas industriales y tecnológicas que permitan a la región fortalecer las capacidades productivas y generar nuevos sectores estratégicos.

Para lo anterior, es necesario que la región analice el estado actual de sus políticas industriales y tecnológicas para evitar la dependencia excesiva hacia otras naciones en las cadenas de producción y suministros, y avance hacia una mayor innovación e integración productiva, comercial y tecnológica. Esto debido a que tener un mercado integrado de 650 millones de habitantes constituye un aporte seguro frente a las perturbaciones generadas fuera de la región y puede permitir alcanzar la escala requerida para viabilizar nuevas industrias y promover redes de producción, investigación tecnológica compartida entre países y subregiones. Esto además, implica un análisis de recursos y disposición en aumento de la inversión en innovación, ciencia y tecnología que trascienda el discurso y acepte las recomendaciones de las misiones de expertos o sabios desarrollados en los países y que han dejado documentos escritos con las rutas hacia dónde avanzar.

Ésta, como todas las propuestas, debe ser analizada en términos de factibilidad y sostenibilidad teniendo en cuenta los intereses que globalmente se manejan en la movilización del capital internacional para fortalecer determinadas regiones. Además, incluir en el análisis si la región de las Américas tiene la capacidad política de unirse para crear un bloque regional importante. Teniendo en cuenta que han existido experiencias de bloques en Centroamérica, en Mesoamérica, en la región Andina, el bloque de UNASUR y MERCOSUR. Todos estos bloques han tenido relación con la ciencia, la tecnología y la innovación.

Cuando se habla de la ciencia, la tecnología y la innovación como un determinante internacional de la salud, se tiene en cuenta en qué medida contribuyen al bienestar o generan mayores desigualdades sociales. Al respecto, surge el desarrollo de dispositivos y tecnologías biomédicas como los antibióticos, por ejemplo. No obstante, los avances en este campo no se producen de manera automática y serán desiguales, existiendo la posibilidad de que, en un futuro,

haciendo uso de la ciencia y la tecnología, una élite sea cada vez más productiva y las masas estén más distraídas con la televisión, los videojuegos y el pan y circo de la era electrónica. Esto dependerá, en gran parte, de la política pública.

Los gobiernos están llamados a aprovechar las oportunidades que proporciona la revolución tecnológica y a usarlas para combatir la desigualdad y universalizar las oportunidades de acceso a las políticas. Estamos entonces en una época en que, si perdemos las oportunidades de ser inclusivos, de favorecer las poblaciones más vulnerables, de generar propuestas que incluyan y reduzcan la desigualdad, tendremos mayores desigualdades en el mundo.

Por ejemplo, en países como Estados Unidos, India y China las desigualdades en la distribución de la riqueza son cada vez más marcadas. Esto en parte porque la globalización financiera y la transformación digital hace que algunos grupos tengan mayor poder económico y de acumulación. Surgen entonces preguntas en nuestra región tales como:



¿Cómo afecta la tecnología a la distribución de la prosperidad?



¿Cómo puede el uso de la tecnología mejorar la igualdad?



¿Serán necesarias nuevas instituciones en la gobernanza global?



¿Quién liderará el cambio, en este momento, en este sentido?

Preguntas consideradas importantes porque en materia de ciencia, tecnología e innovación, las sociedades utilizan cada vez más las herramientas digitales, las cuales han cambiado las relaciones en el trabajo, con los grupos sociales y en general, las formas de acercarse a la tecnología para reducir las brechas de conocimiento. Sin embargo, habrá grupos que no lograrán visualizar las posibilidades que brinda la tecnología digital.

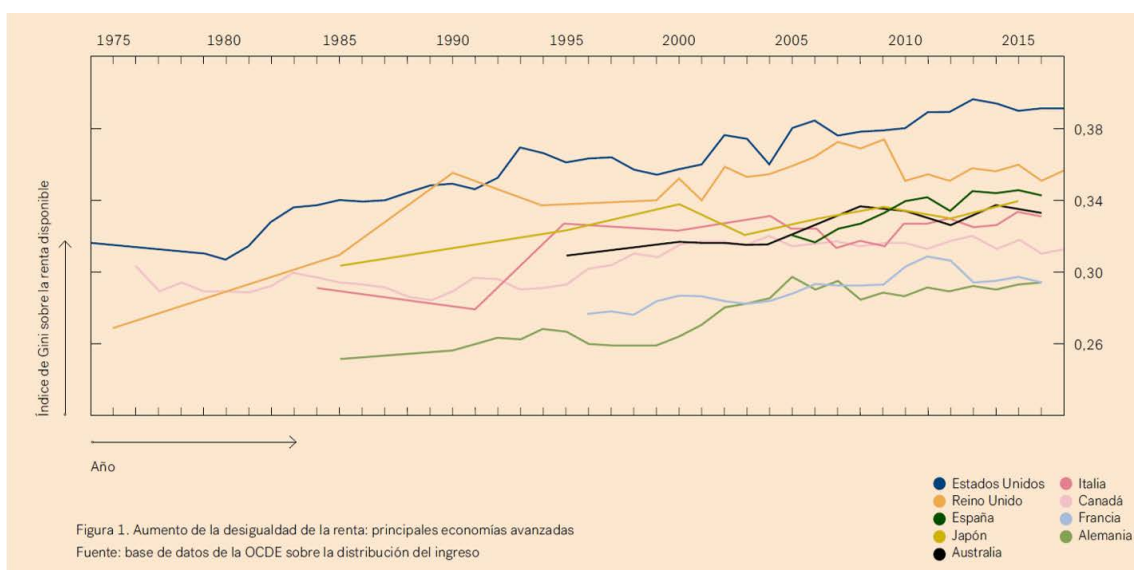
Al respecto, Qurechi en su capítulo sobre la desigualdad en la era digital plantea:

“La revolución digital está transformando las economías. Los beneficios económicos potenciales de las tecnologías digitales son inmensos, pero las nuevas oportunidades vienen acompañadas de nuevos desafíos. Las desigualdades en la renta y la riqueza han aumentado a medida que la digitalización ha remodelado los mercados y el mundo de la empresa y del trabajo. Han crecido las desigualdades entre

las empresas y entre los trabajadores. La distribución tanto de las rentas del capital como de las rentas del trabajo se ha vuelto más desigual; la participación del trabajo en las rentas nacionales ha descendido, mientras que la del capital ha aumentado. Pero el cambio tecnológico no es la única causa de desigualdad; lo insuficiente de las políticas también es parte importante de la historia. Las políticas deberán responder mejor a las nuevas dinámicas de la economía digital a fin de lograr resultados más inclusivos” (13).

Este autor evidencia el aumento en un periodo de 40 años de la desigualdad de la renta en las principales economías del mundo tomando como referencia el índice de GINI (gráfico 1). Lo que muestra que la distribución de los ingresos es desigual y sigue existiendo acumulación de capital entre quienes más lo poseen. Esto nos muestra la importancia de las mediciones para analizar qué somos tan desiguales considerando también otros indicadores como el índice de desarrollo humano.

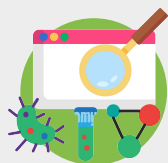
Gráfico 1. Aumento de la desigualdad de la renta principales economías avanzadas



Fuente. Qurechi, la desigualdad en la era digital (13).

Por otro lado, surgen preguntas sobre ¿cómo los países que tienen restricciones económicas afrontan el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación? Específicamente en el caso cubano, cómo hace este país para afrontar la pandemia produciendo incluso vacunas contra la Covid-19.

Quedan preguntas para la discusión de esta dimensión de la ciencia, la tecnología y la innovación como un determinante de la salud internacional:



¿Hacia dónde dirigimos la investigación, hacia la curación y tratamiento de enfermedades o hacia la prevención y promoción de la salud para generar culturas y civilizaciones con mayor expectativa de vida sana en comunidades más justas y con menor desigualdad social?



¿Cómo usar el potencial de la innovación, ciencia y tecnología, de la educación, de la investigación para ser más productivos, en medios más saludables y sin mayor dependencia de los centros del poder del conocimiento y de la economía?



¿Cómo podría la innovación, ciencia y tecnología apoyar los servicios de salud basados en la atención primaria en salud?



¿Cómo la tecnología de información y comunicación podrían aproximarse al conocimiento para mejorar intervenciones sobre sus determinantes sociales de la salud?



¿En qué medida o en qué momentos una intervención puede o debería ser declarada un bien público?

Finalmente, los países y las regiones deben plantearse cómo superar y dar un salto cualitativo para la generación de ciencia, innovación, conocimiento, que permita transformar sus modelos productivos y la escala cualitativa de los bienes, servicios y productos a ser producidos y ofertados en economías digitales, transnacionales, con un fuerte balance de protección del

consumo interno y autosuficiente para lograr soberanía regional y de las naciones. Cabe entender que se requiere una participación activa de modelos alternativos para los planes de desarrollo de cada nación y territorio, definiendo y decidiendo su rol productivo y redistributivo en el contexto internacional y global.

Cooperación internacional y diplomacia para el desarrollo sostenible.

Para hablar de cooperación internacional y diplomacia es importante remitirse a la definición sobre relaciones internacionales planteada en la versión 2015 del modelo conceptual de salud internacional -MCSI-, en el cual se entienden como:

“Disciplina académica de la ciencia política, se orienta al estudio de las relaciones de los Estados entre sí mismos y con otras unidades que compongan el sistema internacional, incluyendo los organismos internacionales, las organizaciones de la sociedad civil y las multinacionales. Se trata de un campo interdisciplinario que involucra varias áreas de estudio: historia, geografía, derecho internacional, economía y la ciencia política” (1).

El campo de estudio de las relaciones internacionales busca revisar las normas, los principios aplicables, la normatividad y el concepto de expertos internacionales para buscar acuerdos con relación a temas específicos y busca incidir en el mejoramiento de la vida de las personas en el mundo entero a través de la cooperación internacional. Según Sosa, las relaciones internacionales:

Estudian la acción de los diferentes actores internacionales, en un escenario complejo compuesto por diversos factores que influyen en el desenvolvimiento de esas relaciones. Lo anterior, genera el doble propósito de obtener un conocimiento lo más completo posible de dichas relaciones y de descubrir normas y principios aplicables a la generalidad de los casos en situaciones similares, así como a las variables que ocurren en casos específicos (14).

Cabe recordar que el MCSI hace una caracterización que facilita el entendimiento de las relaciones internacionales (1):

Estructura jerárquica del sistema internacional dominado por las superpotencias: lo que puede evidenciarse en los Consejos de Seguridad a nivel internacional donde están las superpotencias imponiendo la agenda y marcando el paso desde el sistema de Naciones Unidas. Esto explicado porque son ellas quienes ponen el mayor financiamiento del sistema de Naciones Unidas.

Interdependencia regulada: en donde se tienen claras las normas y los regímenes internacionales. Siendo un claro ejemplo el reglamento sanitario internacional y el convenio marco de tabaco.

Comunidad mundial: lo que implica decisiones políticas realistas basadas en una ética de la justicia que acompañe una redistribución de la riqueza existente. Al respecto se evidencia que sigue existiendo una acumulación de riqueza económica que denota una desigualdad financiera en el mundo y sobre la cual cabe preguntarse ¿cuándo se resolverá?

Adicionalmente, la cooperación técnica entre países y la diplomacia en salud global, son conceptos abordados en las relaciones internacionales que deben de ser diferenciados.

Cooperación técnica entre países: es un proceso horizontal y recíproco en el cual dos o más Estados trabajan en conjunto para la construcción de capacidades individuales y colectivas, a través del intercambio de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías (15).

La diplomacia en salud en el ámbito multilateral: comprende los procesos de construcción y manejo de las coaliciones antes, durante y después de las negociaciones, en la consecución de objetivos compartidos en materia de salud global. Se reconoce que es un concepto nuevo en construcción que evolucionará en el marco de la teoría y práctica de las relaciones internacionales (16).

En este marco, se comprende la salud como un escenario complejo en donde algunos de los vínculos más fuertes entre la salud y la política exterior han estado orientados a los campos de transporte, comercio, turismo y migración. Asimismo, en la cooperación internacional en salud han surgido nuevos actores y mecanismos de integración para el cumplimiento de metas comunes (1,17).

Desde la generación del modelo conceptual de la salud desde la perspectiva de salud internacional se han planteado preguntas que aún se consideran vigentes en materia de política exterior con relación a la salud:



01

¿Cómo incide la política exterior de un país en la cooperación internacional?



02

¿En qué formas inciden la política exterior de un país sobre la salud?



03

¿Cómo influye la cooperación internacional en los procesos de reforma en salud?



04

¿Cuáles son los resultados de la cooperación internacional sobre la salud de las poblaciones?



05

¿Cómo inciden los conflictos entre países en los procesos de cooperación internacional?

Se comprende la salud como un escenario complejo en donde algunos de los vínculos más fuertes entre la salud y la política exterior han estado orientados a los campos de transporte, comercio, turismo y migración.

Frente a esta última pregunta, cabe mencionar que el conflicto entre Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud, que puso en tensión la supervivencia de la organización debido al anuncio del retiro de la financiación (18).

A continuación, se presentan algunas aproximaciones de

experiencias/casos de cooperación internacional y diplomacia en salud, basados en algunos textos de referencia, aunque señalando la necesidad de hacer una revisión sistemática de la literatura sobre cooperación internacional y diplomacia en salud.



Voluntariado Corporativo para el Desarrollo. Una herramienta estratégica para integrar empresa y empleados en la lucha contra la pobreza.

Esta es una iniciativa creada en 2001 desde el sector privado y planteada como una cuestión corporativa de voluntariado a nivel internacional en donde los voluntarios “profesionales y especialistas de las empresas, realizan una contribución de alto valor a problemas sociales a través de la transmisión de sus conocimientos profesionales” (19).

Esto evidencia que la cooperación internacional no se hace sólo desde los organismos internacionales que conocemos, sino que se están organizando otros grupos en el proceso de cooperación, en este caso, desde el sector privado y con el objetivo de la lucha contra la pobreza.



La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global.

En este trabajo el autor plantea un gran cambio en la configuración de la cooperación internacional en salud, en donde la banca internacional con su financiamiento, ha direccionado la arquitectura institucional y ha establecido una nueva gobernanza de la salud a nivel global.

“A partir de 1993, la Cooperación Internacional en Salud empezó a cambiar en varios sentidos. Se convirtió en una fuerza financiadora muy importante, con eje en organismos como los denominados Bancos de Desarrollo, en desmedro de la variante técnica relegada a los organismos de Naciones Unidas. A partir



Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos.

En este artículo se muestra cómo los temas de cooperación entre Colombia y los países fronterizos han sido el reglamento sanitario internacional y los objetivos 6 y 7 de desarrollo del milenio. Además, los Grupos Técnicos Binacionales -GTB- consideran necesario procesos de capacitación sobre gestión, diplomacia en salud y en capacidades para la cooperación (20).

Cabe señalar que este artículo fue producido después de la ruptura de relaciones diplomáticas entre Colombia y Ecuador, dada la invasión aérea de la fuerza aérea colombiana a territorio ecuatoriano por la frontera de Sucumbíos y donde se bombardeó un campamento guerrillero para abatir al jefe guerrillero Raúl Reyes (21).

del 2000, esa capacidad financiera se disparó hacia niveles nunca antes vistos. Se configuró poco a poco una nueva arquitectura institucional y se estableció una gobernanza que reemplazó en las decisiones de política global a los gobiernos de los Estados Miembros del Sistema Multilateral, por una gama Institucional público privada. Esta nueva correlación de fuerzas, de manera paulatina, se estableció como estructura política y técnica dominante, basada en la fuerza del factor financiero, incluida dentro de lo que se denomina Salud Global.” (22)

Respecto a lo planteado por Brito, cabe preguntarse ¿Cuál es el rol de las Naciones Unidas en todo este proceso de relaciones internacionales, de diplomacia y cooperación en salud? ¿Hacia dónde y cómo se reconfigura el sistema de Naciones Unidas después de la pandemia de Covid-19?



La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global

Al respecto se presenta una experiencia de trabajo con las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en clave de los procesos de cooperación. Un trabajo conjunto entre la OPS y la Fundación Oswaldo Cruz -FIOCRUZ- de Brasil y de otros organismos interesados. En el documento se concluye que:

Ya son varios los ministerios de salud de la Región que han dado pasos importantes en los últimos años en el desarrollo de sus funciones de diplomacia de la salud y gestión de la cooperación por medio de la creación de sus ORIS. Sin embargo, por su papel político y de alineación con las esferas gestoras de los ministerios de salud hay un grado de rotación de personal en las ORIS considerable. Así, por un lado, la coyuntura y la dimensión de los desafíos de la salud global y, por otro, los cambios frecuentes de personal en las ORIS ponen de manifiesto día tras día que es fundamental continuar fortaleciendo las iniciativas de capacitación en diplomacia de la salud (23).

La cooperación internacional: herramienta clave para el desarrollo de nuestra región

Se destaca la ratificación de los puentes cooperativos para el logro de los objetivos globales, que para el momento



de la publicación eran los objetivos de desarrollo del milenio (24). Además, el documento destaca el potencial de la cooperación internacional y clasifica los tipos de cooperación internacional dando cuenta de su diversidad y complejidad.

“A comienzos del siglo XXI, y como consecuencia del desarrollo de diferentes experiencias a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, la cooperación internacional se caracteriza por una enorme diversidad y una profunda complejidad. Los actores que intervienen en la misma se han diversificado para adquirir un rol cada vez más relevante, tanto los entes subnacionales como las organizaciones de la sociedad civil (ONGs). De esta manera, la multiplicidad de los agentes ha generado una gran variedad en cuanto a los tipos de cooperación, sin ser éstos de carácter excluyente y teniendo los mismos fundamentos teóricos diversos y retos diferenciales” (24).

La cooperación internacional en investigación y desarrollo: un análisis de los factores organizativos

Este estudio analiza los acuerdos de colaboración del programa europeo EUREKA en los que participa alguna organización española entre 1985 y 2003. En total fueron 278 acuerdos de colaboración y los resultados basados en análisis estadísticos de ecuaciones estructuradas revelan que son determinantes para el éxito de los acuerdos de cooperación la comunicación, la confianza y el control (25).

La banca internacional con su financiamiento ha direccionado la arquitectura institucional y ha establecido una nueva gobernanza de la salud a nivel global.



Origen y evolución de la cooperación internacional para el desarrollo

Este texto pone en el centro del debate el desarrollo humano dada la crisis o fatiga de una cooperación basada exclusivamente en la transferencia de dinero con limitados resultados. Se entiende actualmente que la cooperación supera la visión economicista y vertical, siendo dinámica y ajustable a las características del entorno internacional.

La cooperación internacional para el desarrollo se constituye como un elemento de suma importancia en el actual sistema internacional e incide de forma directa en la forma como se relacionan los diferentes actores de dicho sistema, actores tanto de naturaleza estatal como no estatal (26).



Lineamientos de cooperación internacional para el sector privado

En este documento se resalta un capítulo especial de la relación del sector privado con el sistema de Naciones Unidas describiendo las características que lo demarcan considerando todas las agencias de cooperación y planteando el potencial que el sector privado puede tener en Naciones Unidas en materia de cooperación internacional y para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. Las recomendaciones al sector privado para trabajar con cooperación multilateral (Sistema de Naciones Unidas -SNU-) entre otras, son:

Todas las agencias, fondos y programas del Sistema trabajan con el sector privado. La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), por su condición de organismo especializado en Desarrollo Industrial, promueve actividades principalmente con el sector privado (27).

El impacto de la cooperación internacional en el desarrollo de la democracia y los derechos humanos

Al respecto, el documento analizado es un poco escéptico con respecto a la implementación de un proceso de cooperación internacional en clave de la democracia y los derechos humanos, al plantear que ha sido la seguridad la que ha marcado el norte de la cooperación y es poco lo que se ha trabajado en el tema de democracia y atención de los Derechos Humanos (28).

Reflexiones sobre la cooperación internacional y la diplomacia

En estos tiempos de experiencias con la Covid-19, la salud global necesita más que nunca de la diplomacia, aunque se reconoce que no es un asunto nuevo para la salud global, la

cual desde hace más de 20 años, la ha utilizado con mucho interés para solucionar sus retos y desafíos. Además, la pandemia ha obligado a los países de la región a acelerar el paso para contar más que con técnicos especializados en salud, con diplomáticos en salud global.

Se debe entender que los problemas de salud no se van a solucionar solamente con componentes o discusiones técnicas, dado que estos son temas políticos que requieren de acciones políticas, que tienen mayor impacto en los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

La diplomacia de y para la salud, se convierte en una herramienta fundamental en un escenario donde la cooperación trasciende a los Estados-Naciones, dado que se encuentran escenarios multi actores de distinto nivel, a lo que se suma el sector privado con fines de lucro, la filantropía, la sociedad civil y los organismos multilaterales.

La cooperación internacional en salud basada en transferencias monetarias en los países de ingresos medios como los de América Latina, ha perdido una importancia relativa, siendo los países de ingresos bajos con más rezagos económicos, sociales y políticos en los que la cooperación internacional en salud juega todavía un rol fundamental central e importante.

Los últimos reportes de la Secretaría de las Cumbres Iberoamericanas muestran cómo en América Latina se ha incrementado exponencialmente la cantidad de actividades de cooperación entre países en vías de desarrollo en la medida que se estancaron los flujos financieros de cooperación internacional en salud en América Latina.

Actualmente, estamos asistiendo en Suramérica, a una arquitectura de cooperación internacional horizontal en la era de los objetivos de desarrollo sostenible, que en esta etapa pandémica va a jugar un rol fundamental y preponderante para poder no solamente salir de las crisis generadas por la Covid-19, sino también para rendir cuentas sobre los avances en los objetivos de desarrollo sostenible.

En cuanto al rol de las organizaciones del sistema multilateral de Naciones Unidas en este escenario de pandemia, se denota un fracaso de la gobernanza global en salud o para la salud considerando los actores involucrados en esa estructura y arquitectura global, de la cual hace parte Naciones Unidas. Sin embargo, se han logrado importantes avances como el entrenamiento de personas en apoyo a los sistemas de salud, mecanismos de aceleración de la investigación para tener vacunas en un plazo mucho más corto, apoyo a los países más débiles, lo que quizás en América latina no se ha sentido, pero en los países del África Subsahariana ha sido valioso. Esto, a pesar de la falta de apoyo político, de financiamiento y de independencia para la investigación, de críticas y falta de respaldo político de gobiernos importantes y significativos.

A pesar de estas críticas y el limitado apoyo, la última declaración del grupo de los siete -G7- reunidos en 2021 en Italia, hace un llamado a fortalecer el multilateralismo a propósito de la pandemia. Lo que genera esperanza de que la Organización Mundial de la Salud obtenga el respaldo político y los recursos económicos que necesita para hacer su trabajo.

Desde América Latina y específicamente del Centro de Relaciones Internacional -CRIS-FIOCRUZ- el enfoque de cooperación que se promueve es horizontal y estructurante, donde conjuntamente los receptores de la cooperación y

los cooperantes realizan una planificación estratégica conjunta. Por esto, es importante delinear las líneas divisorias entre la cooperación y la diplomacia, dados los puntos de encuentro y de desencuentro. Además, en América Latina nos encontramos con una cooperación desigual, por lo general unilateral y con una diplomacia que está por lo político y no por lo sanitario.

Queda hacernos la pregunta de si, ¿es necesario definir un marco “regulatorio” o técnico para que independiente de los procesos y los regímenes políticos de cada país, exista un océano de navegación de la cooperación independiente de las posturas políticas del gobierno de turno?

La diplomacia de
y para la salud
se convierte en
una herramienta
fundamental en un
escenario donde
la cooperación
trasciende a los
Estados-Naciones



Desafíos de las dimensiones del modelo

Los modelos de desarrollo trascienden los modos de producción y para su análisis, se acuñan conceptos latinoamericanos de buen vivir en clave de igualdad y desarrollo humano. Ello implica pensar el desarrollo no como algo nuevo sino en la posibilidad de hacer las cosas de manera distinta, lo que requiere un cambio cultural fundamental que deje atrás la competencia y se piense en la colaboración. Para ello, la sistematización y visibilización de otras experiencias que se desarrollan en la región, se hacen necesarias para alimentar la esperanza de los cambios mediante formas alternativas de desarrollo y convivencia.

Los modelos de desarrollo de nuestros países no son una elección o un proceso económico social y cultural al interior de cada país, sino que son el resultado de fuerzas y tendencias internacionales direccionadas por países diversos o grupos hegemónicos.

Estamos en un siglo de incertidumbres comunes en donde la región de ALyC está siendo influenciada por una fuerza que está avanzando hacia la depredación de los recursos naturales. Por ende, los modelos de desarrollo deben de estar orientados hacia la protección de la salud y la vida, y la sostenibilidad del planeta en clave de reducción de las desigualdades

sociales y económicas, siendo importantes para la construcción de propuestas de este tipo, los escenarios académicos y comunitarios.

La ciencia y la tecnología en el plano de la salud pública requiere ser especialmente direccionada bajo valores como la transparencia, la rendición de cuentas, la justicia, la equidad y la participación.

La salud pública debe integrar como ciencia a los saberes ancestrales porque han sido borrados y eliminados. Esto ha enquistado y profundizado las desigualdades sociales en el imaginario, que hace que dentro de la población y las comunidades se reproduzcan relaciones de poder que invisibilizan conocimientos, saberes y posturas.

Los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han desarrollado limitadas propuestas hacia los sistemas de ciencia, tecnología e innovación en salud, de la región de las Américas. Lo máximo que se evidencia es la incorporación de conceptos como el de apropiación social del conocimiento. Por ende, se hace importante que esta Entidad pueda asumir sus posiciones y recomendaciones en materia de salud pública, considerando los sistemas de ciencia, tecnología e innovación.

La pandemia puso en evidencia la excesiva dependencia tecnológica que se tiene en América Latina y el Caribe sobre los insumos importados en el sector salud. De este modo, la región de América Latina y el Caribe debe de retomar los procesos de producción, trascendiendo la perspectiva nacionalista, para lograr una producción e integración regional ligada al concepto de soberanía sanitaria.

Es importante desarrollar modelos de cooperación entre las diferentes instancias de cooperación del continente americano como la CEPAL, la OMS y la UNFPA que permitan la realización de análisis conjuntos que amplíen la mirada sobre la salud y la salud pública trascendiendo el campo biomédico, y que superen las dicotomías sobre salud y economía evidenciadas durante la pandemia, y que decidan cuál debería de ser resguardada y priorizada.

La tecnología históricamente ha dejado afuera a la ciudadanía y ha estado muy asociada a la élite en todos los países, no sólo en Latinoamérica sino en el mundo. Por ello, los avances tecnológicos de conectividad son una oportunidad para llegar a los lugares más apartados y olvidados de los países de la región de América Latina y el Caribe.



**La salud pública
debe de integrar
como ciencia
a los saberes
ancestrales
porque han
sido borrados y
eliminados.**

Referencias bibliográficas

1. OPS/OMS Colombia - OPS/OMS. Abordaje de temas de salud para la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual. Versión 2015. 2015.
2. Cardona A. Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo. C Pinzón R Suárez Comps Cult Salud En Constr Las Américas Giro Ed Bogotá. 1993;153-73.
3. Escribano G. Teorías del desarrollo económico. 2010.
4. Sen A. Sobre conceptos y medidas de pobreza. *Comer Exter*. 1992;42(4):310-22.
5. Morin E. Cambiemos de vía: Lecciones de la pandemia. Ediciones Paidós; 2020. 127 p.
6. Picazzo Palencia E, Gutiérrez Garza E, Infante Bonfiglio JM, Cantú Martínez PC. La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estud Soc Hermosillo Son*. 2011;19(37):253-79.
7. Wallerstein IM. Geopolítica y geocultura: ensayos sobre el moderno sistema mundial. Kairós.; 2011. 336 p.
8. Felber C. La economía del bien común: un modelo económico que supera la dicotomía entre capitalismo y comunismo para maximizar el bienestar de nuestra sociedad. Ediciones Deusto; 2015. 336 p.
9. PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno [Internet]. Estados Unidos; 2021. Recuperado el 28 de diciembre de 2022 de: <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5479>
10. Smith RD, Lee K, Drager N. Trade and health: an agenda for action. *The Lancet* [Internet]. febrero de 2009. Recuperado el 28 de diciembre de 2022;373(9665):768-73. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608617808>
11. Otero G. La dieta neoliberal: globalización y biotecnología agrícola en las Américas. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2014. 341 p.
12. Meeker JD. Exposure to Environmental Endocrine Disruptors and Child Development. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1 de octubre de 2012. Recuperado el 4 de abril de 2023;166(10):952-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.241>
13. Qureshi Z. La desigualdad en la era digital. En: *El Trabajo en la Era de los Datos* [Internet]. Madrid: BBVA; 2019. p. 31-41. Disponible en: <https://www.bbvaopenmind.com/libros/el-trabajo-en-la-era-de-los-datos/>
14. Rodríguez CS. Las relaciones internacionales como disciplina académica autónoma. *Academia de Ciencias Políticas y Sociales*; 1983. 274 p.
15. OPS OP de la S. Salud y cooperación internacional. En: *Salud en las Américas 2007* [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2007. p. 406-26. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3009>
16. OPS/OMS. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. CD48.R16 [Internet]. OPS/OMS; 2013. Recuperado el 5 de abril de 2023 en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd48r16-salud-relaciones->

internacionales-su-vinculacion-con-gestion-desarrollo-nacional

17. Restrepo HV. Derecho internacional público. Bogotá: Biblioteca Jurídica Diké; 2003. 946 p.

18. Barreda I. Efectos de la anunciada retirada de EEUU de la OMS. Actual Derecho Sanit [Internet]. 2020. Recuperado el 5 de abril de 2023;(283):837-837. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7529344>

19. CODESPA. Voluntariado corporativo para el desarrollo: una herramienta estratégica para integrar empresa y empleados en la lucha contra la pobreza. CODESPA. Codespa; 2012. 343 p.

20. Ortiz Gómez Y, Trujillo E, Guzmán JM. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. agosto de 2011. Recuperado el 5 de abril de 2023;30:153-9. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v30n2/153-159/>

21. Bonilla LCR. Avances y retrocesos: ciclos de crisis diplomáticas entre Colombia y Ecuador (2004-2008). Rev Análisis Int Cesada Partir 2015. 2010;(2):255-82.

22. Brito PE. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. marzo de 2014. Recuperado el 5 de abril de 2023;40(1):96-113. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662014000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Tobar S, Buss P, Coitiño A, Kleiman A, Fonseca LE, Rigoli F, et al. Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 3 de mayo

de 2018 Recuperado el 5 de abril de 2023;41:e145. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2017.v41/e145/es/#>

24. Chiani AM, Río JBS del. La cooperación internacional: herramienta clave para el desarrollo de nuestra región [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Konrad Adenauer Stiftung; 2009. 239 p. Disponible en: <https://www.acep.org.ar/notices/1435-la-cooperacion-internacional-herramienta-clave-para-el-desarrollo-de-nuestra-region.html>

25. Montoro Sánchez MA. La cooperación internacional en investigación y desarrollo: un análisis de los factores organizativos. Rev Econ Apl [Internet]. 2005. Recuperado el 5 de abril de 2023;13(39):21-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1457504>

26. Herrera LKD, González CH. Origen y evolución de la cooperación internacional para el desarrollo. Panorama [Internet]. 2014. Recuperado el 5 de abril de 2023;8(15):117-31. Disponible en: <https://journal.poligran.edu.co/index.php/panorama/article/view/554>

27. Lineamientos de cooperación internacional para el sector privado. 2016.

28. Prado Lallande JP. El impacto de la cooperación internacional en el desarrollo de la democracia y los derechos humanos. Perfiles Latinoam [Internet]. junio de 2009, Recuperado el 5 de abril de 2023;17(33):65-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-76532009000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Seminario

Diplomacia y Gobernanza en Salud Global

Diplomacia de la salud

Es un campo de conocimientos y prácticas, además de un conjunto de recursos políticos y técnicos, provenientes de los sectores gubernamentales de relaciones exteriores, salud y afines, así como de la sociedad civil, para abordar temas de salud a nivel multilateral, plurilateral y social, en dimensiones global y regional, así como en las relaciones bilaterales entre países.

Presentación

Este primer seminario sobre diplomacia y gobernanza en salud global reúne tres invitados con una amplia trayectoria de estudio y práctica de la diplomacia y la gobernanza en la salud global. Inicialmente, Paulo Buss, realiza algunas definiciones sobre diplomacia y gobernanza en salud y describe el rol de las instituciones que desarrollan la gobernanza y los instrumentos con que se cuenta para que los países puedan desarrollar la diplomacia de la salud. Seguidamente, Carlos Rodríguez expone las bondades del derecho internacional como un medio para

el desarrollo de la Gobernanza de la salud y nos recuerda los principales instrumentos con que se cuenta en el sistema de Naciones Unidas. Finalmente, Juan Guerrero plantea diez tensiones presentes en la pandemia de la Covid-19 y enumera unas preguntas necesarias para reflexionar en clave de los retos que se avizoran para la salud global en un contexto de post pandemia, y que requiere del accionar conjunto de los Estados en clave de equidad con las regiones más excluidas y empobrecidas. El seminario finaliza con las conclusiones de los invitados.

01

Diplomacia de la salud y Covid-19: Reflexiones a medio camino

Paulo Marchiori Buss

La historia de la salud global no empieza con la pandemia de la Covid-19, emprende con pandemias y epidemias de origen infeccioso y transmisibles de los siglos XIX y XX. Cuando la salud ocupó las negociaciones diplomáticas en la segunda parte del siglo XIX, ésta tomó un rumbo y una centralidad dentro de los países, dado el impacto al comercio y la economía de pandemias como la del cólera o la tuberculosis.

En 1945 se crea la Organización de las Naciones Unidas -ONU- con la misión de proveer la paz, la seguridad y el bienestar. Tres años después, se desarrolla la conferencia de San Francisco que estructura y crea la Organización Mundial de la Salud -OMS-, institución referente de la salud global y de la diplomacia de la salud.

La arquitectura y gobernanza global de la actualidad puede verse con los arreglos políticos globales posteriores a la Segunda Guerra Mundial que erigió dos conjuntos de

organizaciones para regular las relaciones entre los países, bajo la égida de la paz y el bienestar común. En el ámbito político estratégico está La Organización de las Naciones Unidas -ONU- y en el ámbito económico, El Fondo Monetario Internacional -FMI- y El Banco Mundial -BM-, es decir, las instituciones resultado de los Acuerdos de Bretton Woods.

Esta arquitectura institucional que en 2021 tiene 76 años desde la creación en 1945 de Naciones Unidas, dio un nuevo orden y una macroestructura internacional que continúa con una inspiración occidental y una hegemonía estadounidense, en la que la salud es un tema y objeto de ambos ámbitos, político y estratégico.

La diplomacia de la salud es una actividad de carácter político y técnico, que tiene el doble objetivo de promover la salud, y mantener y fortalecer las relaciones internacionales. Es un “método de interacción entre partes interesadas en

salud pública y política, con el propósito de representación y resolución de conflictos, para la mejoría de los sistemas de salud y el alcance del derecho a la salud” (Lee & Smith, 2011).

Buss y Ferrerira (2010), han conceptualizado la diplomacia de la salud como un campo de conocimientos y prácticas, además de un conjunto de recursos políticos y técnicos, provenientes de los sectores gubernamentales de relaciones exteriores, salud y afines, así como de la sociedad civil, para abordar temas de salud a nivel multilateral, plurilateral y social, en dimensiones global y regional, así como en las relaciones bilaterales entre países.

Por otro lado, la *diplomacia de la ciencia, tecnología e innovación en salud* es comprendida como un conjunto de políticas y procedimientos para implementar la coordinación internacional en materia de investigación científica y transferencia de tecnologías, así como acciones conjuntas para su aplicación en el desarrollo de la sociedad y sus instituciones. Exige conocimientos especializados en campos como salud pública, relaciones internacionales, gestión pública, derecho internacional y economía política, y enfoca las negociaciones sobre asuntos exteriores, cooperación técnica entre países e instituciones, comercio, transferencias tecnológicas y otros determinantes políticos regionales y mundiales de salud.

Es importante diferenciar tres conceptos claves del sistema global de salud interrelacionados con la gobernanza: (a) la gobernanza para la salud global, que hace referencia a un nivel nacional y regional de países apoyados en las agendas globales de la salud; (b) la gobernanza de la salud global, que es la gobernanza que desarrollan las organizaciones dedicadas a la salud y sus interrelaciones. Allí aparece la Organización Mundial de la Salud -OMS y (c) Gobernanza global para la salud, que hace referencia a la importancia que le dan a la salud las organizaciones globales de otros sectores como por ejemplo Unicef y la Organización Mundial del Comercio -OMC-.

Algo de geopolítica global y regional

La diplomacia de la salud o la salud como reto de la negociación diplomática, no es algo aislado de la coyuntura de la geopolítica global y regional. Allí debe ser identificada como un condicionante de la geopolítica global, de la fragilidad del multilateralismo y del plurilateralismo regional en América Latina y el Caribe.

Cabe señalar que cuando se elimina la zona de comercio del Sur -Mercosur- se elimina también la Unión de Naciones Suramericanas -UNASUR- y el consejo de salud. Con esto hay una fragilidad muy importante del plurilateralismo regional de América Latina. Luego, la salida de los Estados Unidos y su retorno a la Organización Mundial de la Salud demuestra cómo la geopolítica global influye en el tema de la salud. De hecho, en 2021, se observa la renovación de los compromisos de los Estados Unidos con el multilateralismo como algo importante dentro de la geopolítica global.

En términos de la vacuna contra la Covid-19 podemos ver en la posición del presidente Joe Biden la reafirmación del América first y una generalización del Me first en la Unión Europea, en Estados Unidos, el Reino Unido y en general, en los países ricos, quienes se apropian y acaparan la mayor parte de las vacunas. Esta geopolítica global y regional tiene que ver con la salud y la diplomacia de la salud alrededor de negociaciones.

El Sistema de Naciones Unidas

El Sistema de Naciones Unidas con su organización se consolida como el centro de la diplomacia global, destacan las agencias especializadas como la OMS especializada en salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- con sus fondos y programas globales.

La gobernanza y el locus de la salud global la lidera la OMS, aunque también se aborda en otras instancias de las Naciones Unidas como la Asamblea General de las Naciones Unidas en su secretaria general, el Consejo Económico y Social -ECOSOC- por sus siglas en inglés, y en el Consejo de Derechos Humanos.

A nivel regional de América Latina tenemos la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y a nivel nacional, cada país cuenta con un Ministerio de Salud que interlocuta con las Oficinas de Relaciones Internacionales en Salud -ORIS-.

Este sistema de naciones unidas en sus diversas instancias, agencias, programas, fondos e iniciativas ha abordado una diversidad de temáticas con alcance mundial como las cuestiones relacionadas con la paz, la seguridad, los derechos humanos, el desarrollo, la educación, la cultura, la población, el medio ambiente, la economía, el comercio y actualmente, con mayor profundidad la salud y no sólo por la pandemia de Covid-19.

También se han desarrollado reuniones de alto nivel en la Asamblea General de la ONU en temas de salud y enfermedad

entre 2016-2020. En 2016 fue la resistencia antimicrobiana; en 2018 la tuberculosis y la prevención y control de las enfermedades no transmisibles como la obesidad, la diabetes y la hipertensión; en 2019 la cobertura universal en salud y la atención primaria en salud; en 2020 se desarrolló una sección especial de las Naciones Unidas sobre Covid-19; y, en marzo de 2021, el consejo de seguridad de la ONU emite una resolución sobre la Covid-19. Esto demuestra la presencia de la salud en los ámbitos máximos de arreglos diplomáticos y de negociaciones internacionales del sistema de Naciones Unidas.

Por ello, en el contexto actual de la pandemia por la Covid-19 y considerando una perspectiva más amplia como la Sindemia (Singer, 2009)¹, no deben olvidarse los determinantes sociales de la salud. Esto implica pensar el desarrollo de agendas globales que hacen referencia al clima, el ambiente y la salud en una profunda interrelación. Como también, es necesario formular las agendas de la seguridad alimentaria y nutricional, de la economía y la salud, de los derechos humanos y de la migración y los desplazamientos forzados. Por esto, la importancia de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, comprometida con no dejar a nadie atrás.

El papel creciente del sector privado en la salud global

No debe olvidarse el papel creciente del sector privado en la salud global especialmente con las industrias y empresas farmacéuticas. Se evidencia una cooptación de los gobiernos por parte de la industria farmacéutica, lo que genera un choque entre los intereses de la población y los de la industria farmacéutica. Un claro ejemplo es la solicitud de liberación de las patentes de la vacuna de la Covid-19 por parte de la India y países del África del sur ante la Organización Mundial del Comercio.

Waitzkin y el grupo de trabajo de salud bajo el capitalismo (2018), señalaron el término de filantropocapitalismo de la salud global colocando como ejemplo a una institución paradigmática como es la fundación Bill y Melinda Gates, principal financiadora de la OMS, y que se opuso a la liberación de las patentes de las vacunas de la Covid-19. Ello demuestra una dominación de los discursos y las prácticas de la diplomacia de la salud global.

A todo lo anterior es lo que llamamos salud global y diplomacia de la salud global en un contexto tan complejo como es la pandemia de la Covid-19.



Esto implica pensarse el desarrollo de agendas globales que hacen referencia a el clima, el ambiente y la salud en una profunda interrelación

¹ Concepto que establece la interacción mutuamente agravante entre problemas de salud en poblaciones, en su contexto social y económico, el cual fue propuesto por Merrill Singer, estudiando el entrelazamiento entre el SIDA y la violencia en ciudades de Estados Unidos

02

Derecho internacional y la gobernanza global de la salud

Carlos Ernesto Rodríguez Andrade

Como punto de partida debe reconocerse que habitamos un planeta multipolar de independencia compleja entre los diversos actores de la comunidad internacional. Se viven desigualdades e inequidades sociales, las controversias y el conflicto se mantienen latentes entre diferentes actores. Existen focos aberrantes de peligrosas conductas humanas beligerantes, migraciones forzadas, la pobreza no ha sido superada, los derechos humanos se ven vulnerados, la naturaleza agredida y degradada; además, el terrorismo, el narcotráfico, la delincuencia organizada, la corrupción y otros males amenazan la paz y la seguridad internacional. A pesar de este panorama, es de vital importancia tener presente que el mundo no está perdido.

Cuando se hace referencia a la gobernanza global dirigimos la mirada hacia un proceso evolutivo de la forma de gobernar de las Naciones-Estado en su interrelación con los demás miembros del escenario internacional,

adaptándose a los términos contemporáneos planteados por el efecto globalizador que experimentamos. De este modo, no podría concebirse “una gobernanza” que excluya el desarrollo de las naciones del mundo en los planos político, económico y social.

Surge la pregunta sobre ¿cómo alcanzar una gobernanza global de carácter inclusivo? Para la respuesta debe tenerse presente que así como las Naciones-Estado poseen legislación interna propia, el ámbito global requiere de igual manera del derecho internacional, antes denominado derechos de gentes, el *ius gentium* del derecho romano, que actúe en el vasto escenario de las relaciones internacionales. Entendiendo el derecho internacional, según el tratadista Hernan Valencia Restrepo, como una ciencia de estudio de las relaciones internacionales desde lo jurídico, es decir, desde las normas jurídicas que regulan tales relaciones.

En la actualidad, se tienen nuevos campos de estudio en los planos formales que incorporan el Derecho Internacional de la Salud como son los fundamentos proporcionados por la carta de las Naciones Unidas, la OMS y sus instrumentos; La Declaración Universal de los Derechos Humanos, especialmente su artículo 25;² El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su Artículo 12;³ El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en el que se menciona a la salud pública; La Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de la Salud reunida en Alma-Ata (1978), conocida como la declaración de Alma-Ata; El Reglamento Sanitario Internacional, entre otros instrumentos globales.

A pesar de su elaborada estructura jurídica en nuestros días, el derecho internacional en clave de salud global tiene una coercibilidad limitada, al no existir un órgano supremo que ejerza ampliamente la autoridad para el cumplimiento obligatorio de los estatutos antes señalados. Aunque esta limitación, puede interpretarse como una situación de una etapa histórica que podría cambiar paulatinamente.

Los lineamientos estratégicos de alcance global que pueden ser propuestos para enfrentar las consecuencias de la pandemia de la Covid-19 y otras por venir en el futuro, deberían incluir los siguientes procesos: formación y capacitación continua al personal de primera línea, así como a los funcionarios que laboran en el campo de la salud pública, las autoridades de gobierno, los promotores de salud, los estudiantes y el público general. En esto, la Organización Mundial de la Salud ha dado un paso importante con la creación de la academia de la OMS,⁴ que utiliza innovadores recursos tecnológicos para el aprendizaje continuo, incluyendo un espacio de simulación para situaciones de emergencia sanitaria. Además, la oficina regional para América Latina, OPS ha desarrollado, entre otros, el programa de líderes en salud internacional.

También, se hace necesario la suscripción de convenios internacionales entre academias diplomáticas, centros de educación superior y organizaciones internacionales para impulsar la cooperación académica en cuanto a la salud global se refiere, además de fortalecer los procesos de integración regional para lograr una buena cooperación en materia de salud.

La pandemia de la Covid-19 es la peor crisis de alcance planetario que la humanidad ha vivido desde la Segunda Guerra Mundial. Debe de recordarse que al término de esa devastadora conflagración, se requirió para la reconstrucción de Europa de un plan continental. Ahora nuevamente se necesita imperativamente de un plan global de reconstrucción económica y social (CEPAL, 2021).

Todo esto y mucho más, es realmente posible y no constituye una mera utopía como resultado de nuestras profundas inspiraciones filosóficas, se arriba a su concreción a través del rescate de los valores, de esa concepción axiológica que fundamenta sustancialmente las esferas técnicas como pragmáticas del desarrollo dentro de una conciencia universal histórico-sociológica, además de la aplicación efectiva del trabajo afianzado por una gobernanza que establezca lineamientos estratégicos claros en beneficio de la gran comunidad global, donde el ser humano demanda la mayor atención como sujeto del derecho internacional. Así, lograremos construir un mejor destino, legado de dignidad para las futuras generaciones.

² DUDH (1948) Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

³ PIDESC (1996) Artículo 12. Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

⁴ <https://openwho.org/>

03

Tensiones y conflictos globales en el contexto de la pandemia de la Covid-19

Juan Eduardo Guerrero Espinel

En este apartado se desarrollan diez puntos que, desde el punto de vista del autor, han generado conflictos y tensiones en la crisis que se vive por la pandemia de la Covid-19.

1

El mundo no estaba preparado para manejar una pandemia de un virus respiratorio.

A pesar de realizarse grandes esfuerzos para cumplir el reglamento sanitario internacional, la inversión ha sido insuficiente para enfrentar una pandemia de la magnitud de la Covid-19. Al respecto, tanto el reporte del 2009 como el reporte de 2019 de la junta de vigilancia mundial para reparación de emergencias y desastres de la organización, muestra que no estábamos preparados para manejar una pandemia (Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, 2019).

2

La tensión entre Estados Unidos de América (Administración Trump) y la República Popular China.

Vivimos una tensión internacional durante la pandemia entre los Estados Unidos y la República Popular China, a causa de las intenciones de independencia como Estado por parte de Taiwán y una posible provisión de armas de Estados Unidos a este país.

3

Las Naciones Unidas y la OMS en tiempo de la Covid-19 demuestran un aislamiento y una limitada solidaridad entre regiones y países.

Un bien público sin importar los límites territoriales. Sin embargo, prima el orden económico, afectando a los países más pobres y empobrecidos y dónde están las poblaciones más vulnerables.

El sistema de Naciones Unidas y la OMS tiene que generar una reconfiguración que permita el acceso igualitario a las vacunas y la comunidad académica global debe rodear esta iniciativa.

4

¿Es posible un acuerdo vinculante para cerrar el tráfico aéreo desde la OMS y la OMC para salvar al mundo de futuras pandemias?

Sería interesante pensar desde el derecho internacional y la gobernanza global si ¿las Naciones Unidas tendrían esa autoridad sin que un Estado soberano se sienta agredido por esa gobernanza global? ¿Qué significaría eso? ¿Qué ventajas tiene? ¿Qué desventajas? Además, cabe preguntarse ¿Qué medidas vinculantes tendrían que tomarse en una pandemia como la de la Covid-19, para que en el reglamento internacional se pueda cumplir con la aceptación y con una cultura de la salud que acepte ese tipo de medidas al

5

El impacto de la Covid-19 en la seguridad alimentaria unida a la crisis económica global afecta a los países más pobres del mundo.

Este es otro aspecto de conflicto y tensión. Por ello, se debe pensar cuáles son las grandes medidas de ayuda global y cuál es el capital que debe ser grabado para crear un gran fondo económico postpandemia que permita reconstruir las economías, restablecer la confianza y que los países más vulnerados tengan el alivio suficiente.

6

El acceso equitativo a las vacunas a nivel global

La vacuna contra la Covid-19 es la primera respuesta universal y debe ser declarada como un bien público global. Por éstos, los diferentes países a través de sus organismos internacionales y de sus relaciones internacionales, no tendrían por qué dudar de la solicitud que les hace el director de la Organización Mundial de la Salud en conseguir que la vacuna sea un bien público global.

Tenemos países donde solamente hay un 3% de la población vacunada, después de cerca de 16 meses de pandemia, cuando ya hay países que tienen el 50% y otros países el 70-80%. Si no se hace una vacunación global con todos los países, se donan los excedentes a los países más pobres y se declara la vacuna como un bien público global no impactaremos globalmente la pandemia de la Covid-19 y por ende no podremos hablar de acceso equitativo a las vacunas desde una perspectiva igualitaria y solidaria.

7

La débil inclusión de un enfoque de la salud pública y atención primaria de la salud para atender la pandemia de la Covid-19 y la sindemia global.

Las circunstancias muestran que los países en los años previos, no fortalecieron sus capacidades en salud pública y en atención primaria en salud. Ello implica repensar nuestros modelos de salud y por ello es importante preguntar ¿Se debe continuar con modelos de mercado de la salud? Entendiendo la salud como un mercado donde se extraen recursos a causa de la pauperización de los trabajadores de la salud. Estos interrogantes implican poner en discusión a los servicios de salud como un bien público para que garanticen el acceso universal para todos los problemas de salud.

8

La gobernabilidad en los países frente a las crecientes necesidades y la débil respuesta en la protección social de un mundo más desigual post Covid-19.

Ha sido clara la limitada capacidad de gobernabilidad y de respuesta de los países en materia de protección social en un mundo cada vez más desigual, el estallido social en Colombia así lo demuestra en ciudades como Cali. Por ello las poblaciones reclaman con urgencia medidas de protección social que no dan espera.

9

Los modelos de producción de crecimiento y de consumo exagerado que atentan contra el planeta.

Tenemos que modificar los modelos de producción de crecimiento y de consumo exagerado que atentan contra el planeta, debemos nombrarlos y actuar sin temores. Puede afirmarse que hay modos de producción que atentan contra la vida, la salud y el planeta. Esto a pesar de acuerdos globales como los objetivos de desarrollo sostenible y las declaraciones y compromisos supranacionales. Pero los niveles decisorios no actúan con la rapidez o con la voluntad necesaria para prevenir la degradación del planeta tierra.

10

Otra visión desde el Centro de Pensamiento Global -CIDOB- de Barcelona.

Aproximarse a comprensiones y visiones de lo global desde centros e instancias de pensamiento global de manera independiente. Siendo el caso del Centro de Investigación en Relaciones Internacionales de Barcelona -CIDOB-⁵ un ejemplo de ello. Además, de las posturas de la Alianza Latinoamericana de Salud Global -ALASAG-⁶.

⁵ <https://www.cidob.org/>

⁶ <https://alasang.org/>

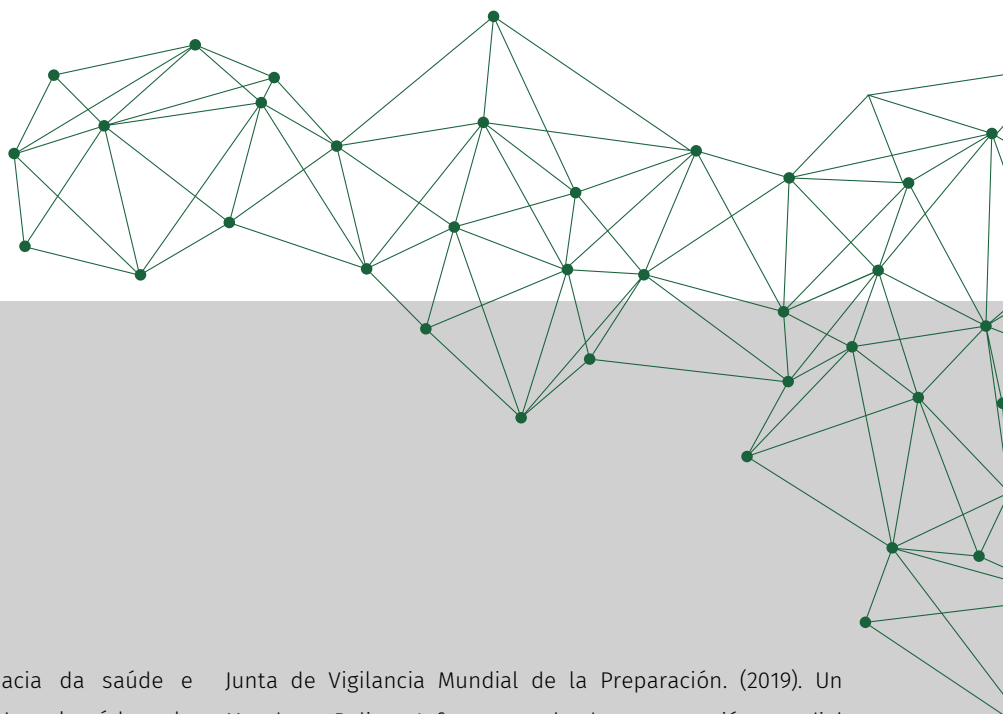
Conclusiones del seminario

La pandemia de la Covid-19 ha sido el escenario para incorporar la salud global en la agenda mundial, lo que sin duda pone nuevamente en las agendas, la importancia de abordar estos temas en las líneas diplomáticas de los Estados/Nación dada su interrelación con los temas de seguridad nacional.

Hay un discurso común y un acuerdo global en el marco de la Agenda 2030 en el que todos los organismos de las Naciones Unidas están enfocados en el proceso de postpandemia y lo que se denomina la nueva normalidad, teniendo presente que para la antigua normalidad, el camino era el capitalismo y el neoliberalismo.

La humanidad no debe dejar a un lado la posibilidad de reconocer la ciencia y el humanismo como un camino para el desarrollo de las sociedades, por ello la educación es un pilar fundamental para impactar las agendas globales y el desarrollo de la salud global.

Las entidades académicas y los centros de pensamiento deben continuar abriéndose al panorama global teniendo presente que además de discutir el concepto de salud global debemos discutir sobre métodos, instrumentos y mecanismos que permitan el desarrollo de la salud global y la diplomacia de la salud.



Referencias bibliográficas

Buss, P., & Ferreira, J. (2010). Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: As experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) |. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 4(1). <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712>

Capitalism, W. G. for H. B., & Waitzkin, H. (2018). Health Care Under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health. NYU Press.

CEPAL. (2021). Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después (N.o 10; Informe especial COVID-19, p. 20). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46710-financiamiento-desarrollo-la-era-la-pandemia-covid-19-despues>

Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación. (2019). Un Mundo en Peligro: Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias. OMS. <https://reliefweb.int/report/world/un-mundo-en-peligro-informe-anual-sobre-preparaci-n-mundial-para-las-emergencias>

Lee, K., & Smith, R. (2011). What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. *Global Health Governance*, 5(1).

Singer, M. (2009). Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health. John Wiley & Sons.

Seminario

Efectos del comercio en la salud

Mientras la lógica de la determinación social de la vida siga su marca de redistribución desigual e injusta de recursos, poder, información y servicios, estamos delante de la democracia disyuntiva que sirve para clasificar a las democracias emergentes con un sistema electoral saludable, pero incapaces de garantizar los derechos civiles, sociales y culturales de sus ciudadanos de manera universal.

Presentación

La segunda sesión del seminario de salud global sobre los efectos del comercio en la salud, brinda una perspectiva analítica que nos permite ampliar la dualidad entre economía y salud. Sobre esto, Marco Akerman integra en su análisis, tres fuerzas globales sobre la salud de la población y muestra los efectos del confinamiento poblacional sobre el medio ambiente y la mortalidad por causas externas.

Por su parte, Maria Celeste Nessier nos trae el caso de la seguridad alimentaria y los efectos comerciales que ha tenido en cuanto al acceso y distribución de alimentos e incluso en lo referente al

consumo de alcohol, esto especialmente en el período de confinamiento poblacional.

Para finalizar, Jorge Ramírez analiza las diferentes medidas de salud pública para hacer frente a la pandemia, especialmente la de mitigación y eliminación, y los efectos que esto trae sobre indicadores como el Producto Interno Bruto -PIB- que, aunque son cuestionados en este ciclo de seminarios, continúan siendo usados como medidas de análisis del impacto económico de la pandemia de Covid-19.

01

Los falsos dilemas entre salud y economía

Marco Akerman

En la novena conferencia global de la OMS (2016) en Shanghái-China, se identificaron tres fuerzas globales que brindan una perspectiva de las futuras acciones de promoción de la salud:

- La continua evolución de la globalización de bienes y servicios y el consiguiente impacto de las actividades comerciales en la salud y las opciones saludables, se marca como se llamó en la época, y aún se llama, los determinantes comerciales de la salud.
- El avance de la sociedad digital y sus implicaciones para mejorar la alfabetización sanitaria en las poblaciones.
- Las amenazas transnacionales complejas que surgen de los movimientos globales sin precedentes de personas dentro y entre países, a menudo como consecuencia de conflictos y necesidades económicas.

Sobre la primera fuerza señalada en clave del entendimiento del comercio y la salud, la sociedad puede preguntarse lo siguiente: para que la vida se viva en todo su potencial, para

que nadie se quede atrás y se logre un desarrollo sostenible ¿realmente necesita crecer el Producto Interno Bruto -PIB-? Esto considerando como antecedente una editorial del periódico británico *The Financial Times* traducido por *Latindadd* (2020), donde señalaba que el virus de la Covid-19 reveló la fragilidad del contrato social, e invitó a la búsqueda de reformas radicales para contribuir a una sociedad que funcione para todos.

La nota del periódico sugiere reformas radicales:

“... será necesario poner sobre la mesa el cambio de rumbo político imperante en las últimas cuatro décadas. Los gobiernos deberán aceptar un papel más activo en la economía. Deberán ver los servicios públicos como inversiones, no como pasivos, y buscar formas de hacer que los mercados laborales sean menos inseguros. La redistribución deberá estar en la agenda [...] las políticas hasta hace poco consideradas inviables, como la renta básica y los impuestos a la riqueza, tendrán que estar entre las propuestas”.

La editorial es sorprendente no sólo por el periódico del que proviene, sino porque va en contra de los cánones neoliberales que han estado en boga en las últimas décadas. Es por esto que, en tiempos de tal convulsión sísmica por la pandemia de la Covid-19 y en la lógica operativa de la sociedad capitalista, se trae al debate la relación entre salud y economía.

A muchos les puede preocupar que el esfuerzo de la salud pública y de la sociedad para contener la Covid-19 tenga un costo enorme para la sociedad, que está desencadenando una recesión mundial y que incluso podría conducir a una depresión económica.

Otra pregunta para resolver es: ¿podría suceder realmente que la perturbación social y económica que creamos, mate o enferme a más personas que la enfermedad de la Covid-19?

Por supuesto, debe de reconocerse que puede haber efectos negativos en caso de recesión o depresión. No obstante, los científicos ambientales han notado una reducción dramática en la contaminación del aire y las emisiones de carbono en China e Italia. En Sao Paulo tal fenómeno se puede observar a simple vista y pronto se convertirá en mundial. Además, no es una coincidencia que el economista de recursos ambientales de la universidad de Stanford, Marshall Burke (2020), haya señalado a principios de marzo que la reducción de la contaminación del aire en China por el confinamiento poblacional (**Lockdown**) podría haber salvado más vidas que el costo de la epidemia de la Covid-19.

También puede verse el impacto en el tráfico en las carreteras de Sao Paulo, con una reducción del 46,7% por ciento en el número de accidentes durante el confinamiento por la pandemia de coronavirus, que no sólo redujo la contaminación atmosférica y las emisiones de carbono, sino que también disminuirá la ocurrencia de lesiones y muertes por accidentes de tránsito.

Sin embargo, puede analizarse que si la pandemia sigue persistiendo será necesario el apoyo del gobierno para los trabajadores despedidos garantizando alguna forma de ingreso y/o vivienda, requisitos básicos para la salud de las personas. Por otro lado, puede esperarse una reducción de la demanda de más "cosas innecesarias" a medida que la gente se adapta a un contexto de ingresos más bajos.

Con esta combinación de consumo reducido y menor daño ambiental, junto con el compromiso de la sociedad de garantizar que se satisfagan las necesidades básicas de las

poblaciones, nos encontramos forjando, aunque sin darnos cuenta, la economía del bienestar que necesitamos en el siglo XXI.

Quizás la medida del Producto Interno Bruto y su crecimiento como parámetro para el éxito de la sociedad humana, dejará de ser la mejor lente para validar la calidad de vida que viven las poblaciones humanas. De hecho, el crecimiento del Producto Interno Bruto no se ha traducido en la distribución necesaria. Por esto el asombroso editorial de The Financial Times que invita a un nuevo contrato social.

A lo anterior se suman otros elementos, por ejemplo: medir la vida por la cantidad de libertad, cooperación, inclusión, cultura, resiliencia ecológica, igualdad de género y solidaridad. Para esto pueden adoptarse diez (10) indicadores: (I) promoción de desarrollo educativo para la inclusión social; (II) prevención y promoción de los valores culturales; (III) resiliencia ecológica sobre la base del desarrollo sostenible; (IV) establecimiento de un buen gobierno; (V) preservación de valores capaces de garantizar la vitalidad comunitaria; (VI) salud en el seguro de vida; (VII) desarrollo sostenible para la inscripción y mejora del nivel de vida; (VIII) reducción de la jornada laboral en la promoción del tiempo libre y el ocio; por ejemplo, el fomento de la participación en actividades deportivas; (IX) igualdad de género y (X) libertad de pensamiento.

Las anteriores, son maneras distintas de medir el éxito y bienestar. Por esto, ha llegado el momento de "medir la vida" con menos medidas económicas y más con otras reglas que son más significativas para la vida vivida que para la financiación de la vida.

Mientras se filosofa sobre las posibilidades de escapar de la lógica económica para valorar la vida en su esencia, la misma lógica del mercado sigue imperando en el mundo. Esto influye en que el director de la Organización Mundial de la Salud señale que la concentración de vacunas en los países ricos es una falla moral.

Hasta el momento, se han aplicado más de 1.600 millones de dosis de vacunas. La mayoría de ellas, sin embargo, en brazos de habitantes de países ricos. Con el 15% de la población mundial estos países concentran casi la mitad de las vacunas disponibles. Mientras que en los países pobres un tercio de sus habitantes solo recibió al menos una dosis y la proporción es sólo el 0.2%.

Al igual que con el acceso a respiradores y mascarillas durante

la pandemia, los países que tenían más recursos y poder en la geopolítica global llegaron primero y reservaron la mayoría de los inmunizadores disponibles para ellos.

En un sistema de ciudadanía basado en la inmunidad de unos y la incapacidad de otros, los derechos se convierten en relaciones privilegiadas que operan sin obligación de deber hacia quienes no tienen el poder de imponer sus reclamos.

Mientras la lógica de la determinación social de la vida siga su marca de redistribución desigual e injusta de recursos, poder, información y servicios, estamos delante de la democracia disyuntiva que sirve para clasificar a las democracias emergentes con un sistema electoral saludable, pero incapaces de garantizar los derechos civiles, sociales y culturales de sus ciudadanos de manera universal.

La pandemia de la Covid-19 representa un gran desafío para la salud pública con graves impactos económicos y sociales. Además, la conjugación de situaciones de austeridad y pandemia generan la disminución de ingresos, el pesimismo, la reclusión, la soledad, la violencia, la enfermedad y la muerte. Para contraponerse a esto, es necesario buscar formas de involucrar a las personas para que se apoyen mutuamente.

Los gobiernos deben garantizar sistemas de protección social para aumentar la inmunidad social y la resiliencia. Como parte indispensable de una respuesta política coordinada para esta crisis, las personas deben contar con acceso a los cuidados de salud, a la seguridad del empleo, a los ingresos y la educación, particularmente entre los más vulnerables, pero sin ignorar al resto de la población. Estas medidas contribuyen a evitar la pobreza, el desempleo y la informalidad, y son poderosos estabilizadores económicos que pueden contribuir a una rápida recuperación.

Los enfoques de intervención que no consideraron las causas estructurales de las inequidades en salud para el enfrentamiento de la Covid-19 y que priorizaron el enfoque en grupos específicos, con énfasis en el riesgo biológico, reproducen discursos y prácticas excluyentes y amplían las tasas de la mortalidad.

Por último, tener presente que aunque en algunos casos puede presentarse que el objetivo de mejorar la salud de la población no sea compatible con el objetivo de reducir las desigualdades, las estrategias de salud pública deben incluir abordajes poblacionales universales considerando los gradientes sociales con vistas a la promoción de la equidad.



Mientras la lógica de la determinación social de la vida siga su marca de redistribución desigual e injusta de recursos, poder, información y servicios, estamos delante de la democracia disyuntiva que sirve para clasificar a las democracias emergentes con un sistema electoral saludable, pero incapaces de garantizar los derechos civiles, sociales y culturales de sus ciudadanos de manera universal

02

Reflexiones en torno a las dinámicas del comercio y la alimentación, antes y durante la pandemia

María Celeste Nessier

El sistema alimentario moderno se encuentra mundializado, hiper industrializado y con múltiples y complejas interdependencias. En el transcurso de la primera etapa de la pandemia ha sido mirado desde dimensiones productivas preocupados por la provisión de suministros. Esto en detrimento de las dimensiones sociales y culturales que se corresponden con un posicionamiento de entender a la alimentación como “hecho social total”, como sostiene Marcell Mauss (1950), y por desmerecer su reproducción simbólica y social.

En las economías de mercado el alimento es asumido como un recurso pasible de propiedad y la actividad política corporativa como lógica operativa donde las estrategias de marketing, de responsabilidad social, de cabildeo e interferencia, tienen impactos directos no sólo sobre la cantidad sino también sobre la calidad de los alimentos disponibles.

Esta configuración habilita su aproximación desde la perspectiva de los determinantes comerciales de la salud (Kickbusch y col, 2016) para comprender los comportamientos que se registran en la región de las Américas y específicamente sobre Latinoamérica y el Caribe en cuanto la producción, distribución y consumo de los productos ultraprocesados.

Parte de lo que se plantea en este escrito está basado en el Libro: *Obesidad Infantil en Argentina: una mirada desde la Salud Internacional* (García & Nessier, 2021), en el que se devela que el poder del mercado tiene una gran influencia política y pocas veces se prioriza la salud por encima de los grandes negocios, situación similar a lo que hemos aprendido de la experiencia de regulación a la industria del tabaco.

El comportamiento alimentario en la pandemia de la Covid-19 configuró la emergencia de dos grupos poblacionales. De una manera dicotómica podríamos decir que hubo sectores poblacionales que encontraron en el alimento un satisfactor, una función instrumental catalizadora del tiempo ocioso para transitar el confinamiento, y una oportunidad, casi un juego, para volver a la cocina. Paralelamente y de modo dramático, amplios sectores de la población se vieron expuestos a la inseguridad alimentaria por la caída abrupta del ingreso y el cierre de sus fuentes de obtención de sus recursos cotidianos para afrontar las necesidades energéticas. De este modo, la pandemia añade una capa más a una situación de alta vulnerabilidad en un sistema socioeconómico extremadamente desigual y empobrecido, que ha existido durante los últimos años.

Cabe señalar, como un antecedente, que nunca el mundo había producido y consumido tantos alimentos como antes de la pandemia. Pero la pandemia revela que los costos de esa rentabilidad han tenido un impacto ambiental subestimado. Se estima que en el último siglo, tres cuartas partes de la biodiversidad mundial se ha perdido (WWF, 2020), sumado a la cifra de un tercio de pérdida y desperdicio de los alimentos que se han producido en el mundo.

La interrelación entre la malnutrición y la pandemia se comprende a nivel del acceso, los comportamientos y los entornos. En esta situación, se evidencia que los problemas de inseguridad alimentaria en la región no están sujetos al problema de disponibilidad productiva de alimentos, sino a las desigualdades en el acceso y sobre todo, a las economías de mercados de alimentos vehiculizada a través del dinero.

A nivel del acceso, el reporte de la Seguridad alimentaria y nutricional en América latina y el Caribe (2020), posiciona la región de América Latina como una de las más caras en el acceso a la alimentación saludable donde cada latinoamericano debe contar con US\$4 al día para comer con calidad.

En cuanto al comportamiento, cabe mencionar, que durante la primera etapa del confinamiento poblacional por la pandemia de la Covid-19 en algunos sectores poblacionales se dio un patrón de reacción de consumo. Es decir, salir a abarrotar las despensas con preferencia por los productos enlatados, envasados y poco saludables en detrimento de los alimentos frescos, además del incremento del consumo de comidas preparadas y entregas a domicilio.

Finalmente, respecto a la industria alimentaria, se señala que no se ha renovado, sino que se ha actualizado para, en el marco de la Covid-19, seguir encontrando oportunidades de mantener la rentabilidad. Según datos de Euromonitor (2021), en la región de América Latina, en el año 2020, la facturación por ventas a domicilio mediante plataformas, alcanzó los 72 mil millones dólares creciendo un 76 % más, en comparación con el año anterior y con una fuerte correspondencia en que cuanto mayor tiempo duraba el aislamiento, mayor era la tendencia del consumo de alimentos a domicilio. Además, los estudios sobre los patrones de consumo muestran que hubo cierta preferencia o inclinación en algunos sectores poblacionales sobre aquellos productos de las empresas que mostraban cierta acción empática con la situación de crisis que se estaba viviendo.

Por otro lado, en términos comerciales, América Latina junto con Asia terminaron siendo muy atractivas comercialmente por tres motivos: América Latina y Asia reúnen el 50% de los países con mayor población en el mundo; en estas dos regiones se encuentran cinco de los diez países mundiales que tienen mayor penetración de teléfonos inteligentes por hogar; y por último, una de estas dos regiones reúne

a los países con mayor tamaño del hogar entendiéndose que en el contexto de la pandemia, la familia se volvió el núcleo destinatario del marketing de las empresas (Euromonitor International, 2021).

En clave de lo que Naomi Klein (2014), denomina la “doctrina del Shock”, hubo en el transcurrir de la pandemia, predominio de ventas de suplementos dietarios para aumentar supuestamente las defensas del sistema inmunológico. Durante el 2020 los suplementos dietarios que tuvieron récord de ventas fueron aquellos que proveían vitamina C, vitamina D, probióticos y prebióticos en el marco de una infodemia.

Tal fue la sensación de disrupción sobre estos comportamientos, que la Agencia de sanidad española emitió un comunicado advirtiendo a la población que estas empresas elaboradoras y comercializadoras de suplementos dietarios estaban usando alegaciones, propiedades nutricionales y de salud para la prevención de la Covid-19 prohibidas y no autorizadas (AESAN, 2020).

Otra de las aristas tiene que ver con el florecimiento de las acciones de responsabilidad social empresarial a nivel internacional liderada especialmente por la categoría de donaciones directas de dinero, especialmente en Argentina por las empresas que representan el agronegocio. Asimismo, una iniciativa que se documentó en Brasil y que reunió a otro grande de las corporaciones, Coca-Cola, fue la asistencia financiera a más de 300.000 pequeñas tiendas de comercialización minorista ubicadas en Brasil.

Adicionalmente, en el contexto de ansiedad y de incertidumbre, se manifestó el aumento del consumo no sólo de alimentos ultra procesados sino también de alcohol. Un estudio que se realizó en Argentina documentó que en el 45 % de la población se incrementó su consumo, y el consumo diario de vino pasó del 5 % al 15 % (INFOBAE, 2020).

Sobre los retos y reflexiones en cuanto a la seguridad alimentaria, Enrique Dussel, filósofo argentino naturalizado mexicano, dice que estamos ante la primera peste de conciencia planetaria. Por su parte, Adela Cortina, filósofa española, nos dice que deberíamos estar pensando en retos universales, esta salida no corresponde a un grupo de personas, sino más que nunca a una comunidad universal, un concepto de ciudadanos del mundo en el que entre todos podamos trabajar para una salida común.

A partir de lo anterior, se plantea lo siguiente: ¿es posible pensar sistemas alimentarios basados en objetivos no productivistas que puedan recuperar modelos de convivencia y no de competencia y que, a su vez, puedan construirse sobre la concepción de que los alimentos son recursos finitos y bienes comunes?

03

Salud pública y comercio en la pandemia de la Covid-19

Jorge Ramírez

La pandemia ha puesto a prueba cómo cada país y cada región le da importancia a la seguridad social. Clásicamente, las formas de responder a una pandemia pueden ser divididas en estrategias de control para reducir la incidencia y prevalencia, especialmente en las enfermedades infectocontagiosas, o la eliminación en algunos países, como el caso del sarampión. Las principales estrategias son **control y eliminación**, con algunas otras subclasificaciones como por ejemplo, la **mitigación** para la pandemia de influenza, la **supresión** para llevarla al mínimo como el VIH, o la completa **erradicación** como el caso de la viruela y su circulación en el mundo. Los países deben medir bien la amenaza, contar los casos, analizar las brechas y elegir una estrategia con acciones específicas como el distanciamiento social, el uso de mascarilla, la reconversión o ampliación de la oferta de servicios de salud, los confinamientos o cuarentenas y la introducción de las vacunas. Además, tiene que desarrollar la vigilancia para controlar y hacer el ajuste de estas estrategias. Todas estas actividades se deben de comunicar para la coordinación de la acción intersectorial.

Algunos países optaron por la eliminación del virus y otros por la mitigación. Hay una gran diferencia en los países que optan por la eliminación, porque tienen mayor éxito sanitario. A largo o mediano plazo, estos países tienden a hacer mejor control de la pandemia y, aunque deben hacer confinamientos poblacionales de más tiempo

durante meses y semanas, pueden mantener niveles menores de contagios y de muertes (Philippe & Marques, 2021).

Impactos económicos de la pandemia

En Latinoamérica, se calcula una caída del producto interno bruto en un 7 % y se espera una recuperación en torno al 4 % para el 2021, esto es lo que se proyecta en gran parte con gastos fiscales. No obstante, hay grandes diferencias del gasto entre los países por la ausencia de regulación de impuestos, por los préstamos y los subsidios a la economía, lo que influye en el Producto Interno Bruto -PIB-.

Frente a esto, las vacunas han sido asumidas como un bien público y un tema de alcance nacional que llevarán a un crecimiento económico y pueden ser vistas desde una perspectiva de relaciones internacionales desde dos frentes. El de la colaboración internacional y el de los nacionalismos sanitarios.

Desde la perspectiva de **la colaboración internacional**, lo que le conviene al mundo para detener esta pandemia es el avance de la inmunización en todos los países de manera armónica. Contrario a que un solo país complete una vacunación al 100% y esté rodeado de países que no alcanzan planes de vacunación aceptables y que, por lo tanto, obliguen a mantener la situación de pandemia por varios años.

Desde la perspectiva de los nacionalismos sanitarios, en lo geopolítico, está el juego del poder de los grandes bloques como China, Rusia y Estados Unidos, quienes proponen una solución simple y de corto plazo, nos vacunamos todos los del país y se acaba la pandemia. Esto confluye con las expectativas de una población cansada de las restricciones, de un ambiente estresor constante y en donde la población quiere creer que los gobernantes tienen a la mano el tema de vacunación. Esto desencadena una especie de tormenta perfecta para que un grupo de países tome la peor decisión para el colectivo.

Conclusiones del seminario

Entre las lecciones aprendidas hasta ahora, se destaca la gobernanza intersectorial por medio de las acciones coordinadas que favorecen la protección de la vida.

La necesidad de adoptar enfoques multiescala considerando la articulación de las dimensiones micro, media y macro para el enfrentamiento de las causas estructurales de las inequidades en salud; y la necesidad de avanzar en el reconocimiento de la crisis climática y de incluir la dimensión ambiental en las acciones emprendidas.

La adopción de las políticas de promoción de la salud salva vidas y puede entenderse como una *empatía radical* en la formulación de políticas públicas que favorezcan que no se vuelva más al mundo que existía antes.

Después de cien años de un socialismo que se limitó a pensar en la redistribución de los beneficios de la economía, tal vez sea el momento de inventar un socialismo que se contraponga a la propia producción. Porque la injusticia no se limita a la redistribución de los frutos del progreso sino a la propia manera de hacer que el planeta produzca frutos.

Cuidar el ciclo de la política de la interferencia de la industria alimentaria y farmacéutica que ha sido evidente en los intentos de regulación del entorno alimentario que han atravesado nuestros países.

Se deben cuidar, proteger y estimular las respuestas ciudadanas colectivas que encuentran en la alimentación no sólo objetivos nutricionales y alimentarios, sino que a través de la alimentación logran verdaderas transformaciones sociales. Además, de abandonar la producción como el único principio de relación con el mundo y la vida.

Se requiere de una metacrítica sobre el injusto sistema de opresión y una comprensión ecosistémica de convivencia entre lo humano y lo no humano.

Referencias bibliográficas

AESAN. (2020). Aesan—Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2020/Coronavirus_act.htm

Burke, M. (2020). COVID-19 reduces economic activity, which reduces pollution, which saves lives. <http://www.g-feed.com/2020/03/covid-19-reduces-economic-activity.html>

Euromonitor International. (2021, enero 14). Foodservice Delivery Trends Outlasting the Pandemic in Latin.... Euromonitor. <https://www.euromonitor.com/article/foodservice-delivery-trends-outlasting-the-pandemic-in-latin-america-and-asia-pacific>

FAO, O. de las N. U. para la A. y la, FIDA, P. M. de, OPS, O. P. de la, WFP, O. M. de la, & UNICEF, F. I. de E. de las N. U. para la. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020: Seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados. Food & Agriculture Org.

García, B. G., & Nessier, M. C. (2021). Obesidad infantil en Argentina: Una mirada desde la salud internacional. Editorial Universidad Católica de Santa Fe.

INFOBAE. (2020). El consumo de alcohol se disparó un 45% durante la pandemia. infobae. <https://www.infobae.com/salud/2020/09/23/el-consumo-de-alcohol-se-disparo-un-45-durante-la-pandemia/>

Klein, N. (2014). La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre. Grupo Planeta Spain.

Latindadd. (2020). El virus pone al desnudo la fragilidad del Contrato Social. LATINDADD. <https://www.latindadd.org/2020/04/08/el-virus-pone-al-desnudo-la-fragilidad-del-contrato-social/>

Philippe, C., & Marques, N. (2021). The Zero Covid strategy protects people, economies and freedoms more effectively. Institut économique Molinari. <https://www.institutmolinari.org/2021/08/19/the-zero-covid-strategy-protects-people-economies-and-freedoms-more-effectively/>

Seminario

Atención especial a lugares de conflictos y tensiones armadas

Una persona refugiada

Es aquella que tiene un temor sobre su vida y es perseguida por motivos de raza, de religión, de nacionalidad, de pertenencia a determinado grupo social, o por opiniones políticas. Se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede, a causa de dichos temores sobre su vida, o no quiere acogerse a la protección de su país de origen. Es decir, todas las personas que salen de su país de origen a otro país buscando una protección internacional.

Presentación

La seguridad y la estabilidad política son fundamentales para la paz, entendiendo la paz como un determinante social de la salud. En este seminario, Federico Duarte nos presenta y además sensibiliza sobre las personas refugiadas provenientes de Venezuela y las tensiones para la garantía de su derecho a la salud. Luego, José Antonio Pages trae el caso de Tigray en Etiopía, donde se develan los diferentes procesos que influyen en el conflicto armado de este territorio, afectando la salud y vida de la población. Finalmente, Víctor Correa, trae el caso del conflicto

armado colombiano y la firma de los acuerdos de paz con las Farc-EP en relación con los programas de salud y desarrollo para los territorios más afectados por este conflicto armado. Se concluye con un llamado a todas las instituciones de los Estados para prevenir tempranamente, considerando las herramientas existentes en el marco de las Naciones Unidas y en no dejar de lado en las agendas de salud global, el lugar de la paz y los conflictos como un determinante social de la salud.

01

La ONU y los refugiados en Colombia

Federico Duarte

Desde la Secretaría General de Naciones Unidas aproximadamente hace dos años se designó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados -ACNUR-, con oficinas en Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador, Brasil y Chile. Desde esta entidad se ha trabajado en dar respuesta a las necesidades inmediatas de las personas migrantes y en una estrategia para la integración local que proteja la vida a nivel internacional. Por lo que, con la situación política y económica actual de Venezuela ACNUR responde a las necesidades emergentes para salvar la vida de las personas.

En la Convención de Naciones Unidas para los Refugiados, se establecen, desde 1951, las primeras definiciones, o la definición madre, de lo que es una persona refugiada. Una persona refugiada es aquella que tiene un temor sobre su vida y es perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social, o por opiniones políticas. Se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede regresar a causa de dichos temores sobre su vida, o no quiere acogerse a la protección de su país de origen. Es decir,

todas las personas que salen de su país de origen a otro país buscando una protección internacional.

Basados en esta definición ACNUR está respondiendo a la emergencia generada en Venezuela, considerando en su gran mayoría a las personas que salen de Venezuela como refugiados, y por eso está presente, no sólo en Colombia, si no en otros países de la región, respondiendo a esta situación, a esta emergencia que vive la población venezolana.

Cabe preguntarse ¿dónde entra la diferencia cuando consideramos un refugiado y una persona no refugiada? Si bien no hay una diferencia jurídica clara del establecimiento de la definición de una persona migrante, para el ACNUR y para otras organizaciones, la gran diferencia es que un refugiado sale de su país por qué tiene que hacerlo o porque su vida corre peligro, mientras que un migrante tiene la opción o la hace de forma no obligada o de una forma voluntaria para buscar unas mejores condiciones de vida.

¿Qué se ha observado en Colombia con la población venezolana? Que muchas personas han tenido que salir por persecuciones políticas, por persecuciones o amenazas directas por su condición u orientación sexual, por su necesidad de buscar acceso a tratamiento, por la necesidad de tener un parto seguro para sus hijos o hijas y sienten la sensación de que corren peligro al tener un parto en su propio país. Además, de otras diferentes razones, la gran mayoría está asociada a condiciones de salud.

A marzo del 2021, se encuentran en Colombia 1,8 millones de venezolanos, de estos 1,8 millones, 44 % se encuentran en un estatus migratorio regular y un 56 % en un estatus migratorio irregular. Esto significa que más de la mitad, si no la mitad de las personas, se encuentran en una situación migratoria irregular.

¿Por qué es importante esto en el contexto colombiano? porque las personas que están en un estatus migratorio irregular, no pueden acceder al sistema de salud ni mucho menos acceder a afiliarse al sistema de salud, uno de los requisitos de afiliarse al sistema de salud consiste en que su situación migratoria sea regular, es decir, que haya entrado por procedimientos regulares migratorios o que su permanencia en el país haya sido regulada, sea por, entrar adecuadamente por las fronteras con un documento o que tenga un permiso especial de permanencia.

Entonces, si la mitad de los venezolanos no están en una situación migratoria regular, por ende, no pueden afiliarse al sistema de salud y de no afiliarse al sistema de salud pues no van a tener acceso a ningún método de planificación familiar, tratamientos para VIH, tratamientos para enfermedades crónicas, acceso a tratamiento para situaciones de salud mental y ahora lo que puede presentarse es que no tendrán acceso a vacunas para la Covid-19. De ahí la importancia del estatus migratorio en Colombia y para la salud pública, no sólo de los venezolanos sino también para cada una de las personas que habitan el territorio colombiano.

Continuando con las cifras, de la proporción de venezolanos que sí tienen la posibilidad de afiliarse, es decir, ese 44 % de Venezolanos que están en el país y que tiene la posibilidad de afiliarse, sólo el 20 % está asegurado al sistema de salud, es decir, uno de cada cinco venezolanos con estatus regular está afiliado al sistema de salud, un porcentaje muy bajo porque falta un gran porcentaje de personas que tiene la posibilidad y no han podido afiliarse al sistema de salud.

¿Cuáles son los retos que se vienen para Colombia y específicamente para la salud pública del país? Especialmente, el estatuto temporal de protección que anunció el gobierno y el cual ya ha empezado a hacer sus primeros avances frente al registro de los venezolanos, va a permitir que la gran mayoría de venezolanos, cerca de 800.000, que están en una situación migratoria irregular, se regularice y posterior a eso, se afilien al sistema de salud.

Frente a esto, todos los actores del sistema de salud tendrán que trabajar en varios asuntos, entre ellos por supuesto, la academia. Especialmente que las personas que se regularicen ingresen al sistema de salud, siendo el gran desafío no sólo asegurarlas al sistema sino poder vincular a todos los actores de salud en que reconozcan cuál puede ser su rol y su papel frente al acceso a los servicios de prevención y atención de la enfermedad.

Frente a esto, los beneficios en términos de salud pública son importantes porque no estamos hablando solamente del beneficio en salud de las personas venezolanas, sino para la salud pública de los territorios en los cuales habitan las personas venezolanas. Esto no sólo va a beneficiar su salud inmediata sino su calidad de vida, su capacidad de integración local, su capacidad de ser productivo, su capacidad de aportar como individuos a las colectividades con las cuales vive.

Esto es una cadena de sucesos con un gran beneficio de productividad, de integración local, pero que arranca con un análisis desde el punto de la salud pública, desde el punto del ingreso al sistema de salud y por supuesto del ingreso no solamente a acciones que sean de emergencia sino que les permita manejar enfermedades crónicas, acciones de prevención y rehabilitación y de salud mental.

Para terminar, se hace énfasis en tres cosas, la primera; la generación de acceso a vacunas indiscriminadamente sin tener en cuenta el estatus migratorio, es un tema en el cual Colombia debe avanzar, y si bien, inicialmente la población refugiada y migrante venezolana fue excluida del plan, afortunadamente hubo un retroceso o una corrección de esta postura y se pudieron incluir personas que están en situación migratoria irregular. Sin embargo, siguen siendo pocas ya que vemos que en la práctica están vacunando únicamente a las afiliadas.

Entonces se tiene el reto de que en el acceso a vacunas no haya discriminación por lo menos de un estatus legal,

reconociendo la complejidad para Colombia sobre este asunto. Sin embargo, el estatuto de protección temporal que anuncia el gobierno colombiano, da una nueva oportunidad para vincular a personas en el sistema de salud, pero el acceso a vacunas debe ser con un avance y un enfoque de salud pública más allá de un enfoque migratorio.

La segunda a resaltar es la importancia de trabajar desde diferentes sectores en la integración local y el acceso al sistema de salud, la academia, las aseguradoras, los órganos de control, las secretarías de salud. Cada una tiene un rol muy fundamental y si bien se está en un proceso intermedio que va a regularizar un número considerable de personas, el reto más importante va a ser en la afiliación al sistema de salud y en cómo transmitir el mensaje de cuál es el rol de una persona afiliada al sistema de salud.

Aquí empiezan a jugar otros aspectos importantes en términos de gestión del riesgo y es que cada persona va a tener que aprender a manejar su propio riesgo, sus propias acciones. Si bien está en un contexto de aseguramiento viene un rol muy importante en el que la población debió haber aprendido durante estos años de pandemia en cómo gestionar sus riesgos, cómo gestionar sus actividades para favorecer su calidad de vida y al sistema de salud.

La tercera, para concluir, es recordar el propósito del ACNUR, que es trabajar con diferentes organizaciones y trabajar de la mano con el Ministerio de salud y con organizaciones de la sociedad civil escuchando las necesidades de los líderes refugiados y migrantes para buscar que cada uno de ellos logre su integración local y pueda tener una adecuada calidad de vida.



Una persona refugiada es aquella que tiene un temor sobre su vida y es perseguida por motivos de raza, de religión, de nacionalidad, de pertenencia a determinado grupo social, o por opiniones políticas. Se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede, a causa de dichos temores sobre su vida, o no quiere acogerse a la protección de su país de origen. Es decir, todas las personas que salen de su país de origen a otro país buscando una protección internacional.

02

Atención especial a lugares de conflicto y tensiones armadas: Caso Tigray

José Antonio Pagés

En la región de Tigray, al norte de Etiopía, viven según Naciones Unidas, 350.000 personas en hambruna. Bajo el riesgo de que otros cinco millones de personas puedan caer en la misma situación de prolongarse el conflicto militar que enfrenta al Ejército de Liberación Popular de Tigray con el gobierno de Etiopía, liderado por Abiy Ahmed. Funcionarios etíopes negaron que exista escasez de alimentos en el país. Por su parte, Médicos Sin Fronteras (MSF, 2021), ha señalado que no son las balas las que matan en Tigray, es el abandono de la población a su suerte; gente huyendo de sus casas, servicios de salud destruidos deliberadamente, robo de ambulancias y una muy limitada asistencia de socorro.

Los conflictos y tensiones armadas como determinantes de la salud global

Las guerras y los conflictos son una amenaza grande para la salud humana y a su vez la salud es un determinante global para la paz y la seguridad de las naciones, esta ecuación es fundamental porque los conflictos y las tensiones armadas afectan la salud global.

Actualmente, en algunas regiones de la tierra, los patrones de violencia armada están cambiando, desde los últimos 30 años ya no se registran aquellas guerras entre estados grandes y

poderosos sino más bien conflictos y tensiones al interior de los países como el caso de Tigray.¹

Los conflictos tienen una particularidad que se convierte en un reto para los países, la dificultad para cuantificar el número de personas afectadas considerando la capacidad de destrucción que tienen las armas que se utilizan en los últimos tiempos. Evidencia de esto son los conflictos de Irak, la República Democrática del Congo, Palestina, por citar algunos casos.

Otro elemento interrelacionado, es el impacto que los conflictos y la guerra están teniendo en los servicios de salud. Dado que la asistencia sanitaria y el personal que la proporciona, llámese médico, enfermeras y demás, corre ahora más peligro que lo que acontecía hace 60 años y, por otro lado, parece que las zonas neutrales o zonas seguras destinadas para que actúe el personal sanitario, tienden a desaparecer en el marco de los conflictos.

Todo lo anterior, tiene una relación o se explica por una combinación de exclusiones políticas, sociales, económicas que la sociedad percibe como una injusticia social y como violaciones de derechos humanos.

¹ Cuando se desarrolló este seminario (29 de junio de 2021) aún no había comenzado la guerra entre Ucrania y Rusia que data del 24 de febrero de 2022.

La prevención temprana y la mitigación

La prevención temprana de los conflictos está ocupando una mayor prioridad en la política internacional y la salud como elemento de prevención temprana, se redimensiona. Volviendo al caso Tigray, el inicio del conflicto, sin decir que esta sea la causa de las causas, lo detona el primer ministro de Etiopía al decidir postergar las elecciones debido a la Covid-19. Ahí se genera todo un problema porque Tigray decide hacer sus elecciones descentralizadamente y esto despierta un enfrentamiento. Quizás esto pudo detectarse tempranamente y ser alertado para tomar las medidas que evitaran llegar a la situación en que se encuentran.

Cabe señalar que cuando no existe ningún tipo de exclusión social y las condiciones están dadas para una vida en bienestar, los riesgos de una guerra y la seguridad de los Estados disminuyen. Pero, cuando hay violación de los derechos humanos, injusticias e inequidad, los riesgos aumentan.

Existe la Convención de Derecho Internacional Humanitario y sus protocolos, constituida desde 1949 en Ginebra y después en 1977 se le agregan protocolos y otras normas que sugieren, restringen o prohíben el uso de determinadas armas y tratan de proteger a las personas que no participan o que han dejado de participar en los combates.

No obstante, la evidencia de los últimos tiempos refleja que estos tratados no se respetan. No se está respetando hoy en Etiopía, no se respetó ayer en Palestina y no se respeta en casi ningún lugar, por lo que es un tema que debe generar preocupación en la comunidad global y en las agencias de Naciones Unidas.

La baja capacidad de inteligencia constructiva temprana y oportuna de los estallidos violentos en las sociedades, no permite evidenciar de manera temprana que hay un descontento, unos reclamos y unas protestas. Estas cosas deben ser observadas y monitoreadas, se debe trabajar en una inteligencia colectiva y constructiva para evitar que estallen los conflictos.

Podría asegurarse que en la actualidad, las políticas y los instrumentos de prevención temprana por parte de toda la comunidad internacional ya sea multilateral, organismos internacionales dedicados a estos temas, y organizaciones gubernamentales, son insuficientes, escasos y, en algunos casos, anacrónicos a los tiempos modernos.

Al realizar un ejercicio de categorización de causas de los conflictos, podemos señalar la violación de derechos humanos, la mala distribución de las riquezas, la lucha contra los sistemas dictatoriales, las desigualdades económicas y sociales, el fundamentalismo religioso, el tráfico de drogas, de armas y de personas.

Por su parte, la combinación de estas causas en el marco de la pandemia de Covid-19 tiene unas consecuencias específicas entre otras: (a) dificultades crecientes para que continúe la ayuda humanitaria; (b) entorpecimiento de las operaciones de paz; (c) postergación o ralentización de esfuerzos diplomáticos; (d) líderes inescrupulosos que se aprovechan de la situación al restringir libertades, cooptar a medios de comunicación y la expresión pública, y postergar elecciones; (e) aumento de las fricciones políticas; (f) incremento de dificultades económicas potenciadores de tensiones y conflictos adicionales; (g) desacato social de las medidas de los gobiernos.

El rol de las Naciones Unidas especialmente la OMS en la atención a lugares de conflictos y tensiones

La salud es un factor fundamental como condición para la paz y la seguridad algo inherente para vivir en armonía entre pueblos de diferentes condiciones. Todo esto ha sido un lineamiento en el trabajo de los organismos multilaterales que crea una base sólida para la actuación.

Cabe recordar que las Naciones Unidas es una organización integrada por gobiernos y, a veces, son los gobiernos quienes forman las partes que están en conflicto y quienes en última instancia toman las decisiones. En el caso de Tigray, el Primer Ministro de Etiopía no permite el ingreso de la ayuda internacional por considerarlo una injerencia en los asuntos internos del país. Kofi Annan, exsecretario general de Naciones Unidas señaló en algún momento que “convencer a los políticos para que inviertan en la prevención de conflictos es como pedirles a los adolescentes que empiecen a ahorrar para su pensión”. Esta frase da cuenta de la complejidad y la voluntad política necesaria para el abordaje de estos temas.

Es importante señalar sin ambigüedades que, Naciones Unidas es un sistema que no ha demostrado hasta ahora una efectiva capacidad en materia de diplomacia preventiva, es una institución más reactiva que preventiva en términos de resultados. Para esta afirmación se podrían ejemplificar algunos casos como: el genocidio en Ruanda en el año 94 y los problemas de Bosnia Herzegovina en el año 95. Hechos

muy concretos que dibujan una organización con muchas dificultades para enfrentar los conflictos.

¿Esto habla mal de Naciones Unidas o de la Organización Mundial de la Salud? Para nada, se trata de una simbología de lo difícil que resulta esta temática. No hay ninguna duda de que sin las Naciones Unidas la situación en los últimos 70 años hubiera sido peor de lo que estamos describiendo, pero es bueno tener estas situaciones en consideración.

En todo esto, hay algunos elementos que ayudan al trabajo de Naciones Unidas estableciendo un mandato definido, con presencia internacional y una autoridad moral legitimada por los gobiernos que constituyen los acuerdos. La ONU cuenta con recursos y herramientas que, manejados a mediano y largo plazo, pueden hacer una contribución positiva, por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS.

Para finalizar, señalar que en un ejercicio de revisión de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud desde el año 1960 hasta 2021, se encuentra que en el periodo del 60 al 80, existían en la agenda de la asamblea, temáticas como el conflicto en Vietnam, la asistencia especial a Camboya, a la República de Vietnam, la ayuda sanitaria a los territorios árabes ocupados incluyendo Palestina, el desarme general y completo de armas químicas y biológicas, la asistencia a movimientos de liberación de África, la asistencia a los refugiados y desplazados en Chipre.

En la década del 80 al 90, muchos de estos asuntos se fueron repitiendo como la situación de Palestina, el Líbano, Chipre; la lucha para la liberación de África Austral a los estados de primera línea como Namibia, Lesoto, Suazilandia. Se suman, los estudios que se hicieron sobre los riesgos de una guerra termonuclear y sus posibles funestas consecuencias para la vida y la salud de la población. Además, el trabajo por la distensión y consecución de un desarme general y completo, eran asuntos en que la OMS se involucraba. Pero en la década del 90 al 2000, comienza a disminuir su participación.

Lo que se pretende señalar con este recuento es que hace unos 40 o 50 años, la Organización Mundial de la Salud abordaba esta problemática, pero por razones que muchos conocemos, se ha ido restringiendo la posibilidad de debates sobre estos asuntos, porque cada vez los países más grandes y que aportan más recursos para el funcionamiento de la organización, en alguna medida, restringen la participación de la Entidad en asuntos denominados políticos, procurando que únicamente

se concentren en asuntos denominado técnicos, como las pandemias o epidemias de la naturaleza que estamos viviendo actualmente.

En la década del 2000-2010, se mantiene el interés por los territorios árabes ocupados, dado que el tema de Palestina existe desde antes de que surgiera la Organización Mundial de la Salud. Cuando esta organización surge, en sus primeras asambleas, el tema de Palestina incursionó en la agenda y está tan estructurado que no va a salir prontamente porque no se aprecia una salida para esta situación en el corto y mediano plazo. Entonces va a permanecer por mucho tiempo como un tema de interés en la OMS. Pero la mayor parte de temas sobre situaciones de conflicto han desaparecido de la agenda de la OMS, no porque no existan problemas, puesto que se tienen problemas en el Congo, Kosovo, la Eritrea-Etiopia, Sierra Leona, Sudán del Sur, Croacia, Irán, Afganistán, Waziristán-Pakistán, Nigeria, Boko Hanam. En todos los territorios y países antes mencionados tenemos conflictos muy complejos.

Es deseable que en el plano internacional, tanto por parte de los organismos internacionales multilaterales, como de las organizaciones no gubernamentales, y los propios Estados, el interés por los conflictos armados, y su prevención temprana y mitigación, ocupen un lugar prioritario en los debates sobre las condiciones de salud y sus principales determinantes globales. Es un espacio fundamental para dimensionar la salud como derecho humano fundamental y como uno de los más importantes contribuyentes a la paz y seguridad en el mundo.

La baja capacidad de inteligencia constructiva temprana y oportuna de los estallidos violentos en las sociedades no permite evidenciar de manera temprana que hay un descontento, unos reclamos y unas protestas. Estas cosas deben ser observadas y monitoreadas, se debe de trabajar en una inteligencia colectiva y constructiva para evitar que estallen los conflictos.

03

Asuntos sobre el conflicto armado colombiano y sus repercusiones en la salud de las poblaciones

Víctor Javier Correa Velez

Inicialmente cabe preguntarse ¿de qué estamos hablando cuando analizamos la historia de la guerra en Colombia? ¿nos encontramos con una amenaza terrorista, de conflicto interno, de conflicto armado, de conflicto social, un conflicto político? Sobre esto hay algunas discusiones y avances en la comisión histórica de la verdad.

Al respecto la Comisión de la Verdad,² en sus relatorías e informes ha puesto como punto central e hilo conductor el asunto agrario y el asunto rural, incluso entre quienes estaban en contra de algunas de las narrativas y de quienes han asociado el conflicto armado a serias condiciones sociales. Como también, las brechas existentes en nuestro país entre la zona urbana y la zona rural, y la limitada garantía de derechos de las poblaciones asentadas en muchos de los territorios rurales de Colombia, como un componente determinante del conflicto armado de nuestro país. Sumado a que el conflicto armado es un componente que ha profundizado las brechas sociales en distintos aspectos: salud, economía, educación, derecho a la vivienda, y la construcción de otra clase de derechos, como el derecho a la cultura.

Otra característica del conflicto armado colombiano es

su carácter político porque se ha tenido un Estado débil, fragmentado y con desarrollos asimétricos. Por ejemplo, hay lugares de Colombia donde se han implementado políticas de desarrollo, a través de la presencia de un Estado con políticas sólidas, entre ellas las políticas de salud, con algún nivel de efectividad o alta afectividad y, en muchos lugares de Colombia, el Estado prácticamente no existe. El poder está en manos de actores de la fuerza pública o la ejerce alguien con una dinámica criminal, dificultando las condiciones de orden público por lo que la falta de presencia de un Estado garante de derechos se vuelve un combustible del conflicto social.

En los asuntos de salud, las brechas sociales como la falta de acceso a agua potable, la alimentación adecuada, la pobreza creciente, la falta de vías de acceso determinantes sociales del proceso de salud y enfermedad, haciendo que las condiciones de salud de las poblaciones en zonas de conflicto sean mucho más precarias que las condiciones de salud de otras zonas sin conflicto.

² En el marco del Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, suscrito entre el Gobierno de Colombia y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo FARC -EP, mediante el Acto Legislativo 01 de 2017 y el Decreto 588 de 2017, se creó la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición, como un mecanismo de carácter temporal y extrajudicial del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición - SIVJRNR, para conocer la verdad de lo ocurrido en el marco del conflicto armado y contribuir al esclarecimiento de las violaciones e infracciones cometidas durante el mismo y ofrecer una explicación amplia de su complejidad a toda la sociedad.

Entonces, el Acuerdo de paz que el Estado de Colombia firma con la guerrilla de las FARC-EP (2016), reconoce el carácter social del conflicto y presenta una serie de propuestas para tratar de cerrar esas brechas, colocando en la lógica del entendimiento como el papel de las instituciones del Estado y los enfoques de construcción de paz, pueden intervenir sobre esas problemáticas sociales, entre ellas los problemas de salud de los territorios que están consignados en el punto uno del acuerdo de paz que establece una reforma rural integral para Colombia.

Este acuerdo de paz con las FARC-EP demanda al Estado colombiano una serie de medidas, inicialmente algo que no se logró hacer de manera efectiva fue la implementación de una serie de medidas de acción rápida, entre las que se incluía la consolidación del proceso de paz. La premisa y el proceso lógico por desarrollar era: se va el actor armado que tiene control sobre el territorio y que incluso en algunos lugares ejercía hasta la prestación de los servicios de salud y el Estado colombiano llegaba a copar ese espacio con una serie de acciones rápidas, entre las que se incluyen la construcción de infraestructura en salud, centros de salud, centros hospitalarios, el despliegue de brigadas médicas y de personal médico a estos territorios. Lastimosamente, esto no se pudo hacer muy bien, realmente casi ni se realizó.

Un segundo elemento, es la implementación de la reforma rural integral que incluye también, la construcción de centros de salud de acuerdo con la necesidades de los territorios, implementar en estos territorios un enfoque diferencial que permita cerrar otras brechas como las de género que tienen particularmente las mujeres rurales de nuestro país, la construcción de un modelo especial de atención y de salud pública para la ruralidad y la ruralidad dispersa mediante la formulación e implementación de un plan nacional de salud rural.

Todo lo anterior, tiene la posibilidad de materializarse mediante los diferentes enfoques globales de construcción de paz. A continuación, nos referiremos a tres de ellos: (i) el institucional; (ii) el territorial; (iii) el de paz positiva.

Enfoques para la construcción de paz en Colombia

El *enfoque institucional* impulsado por Naciones Unidas, en particular en los procesos de paz de la segunda mitad del

siglo XX, tiene como idea fundamental llevar las instituciones liberales a muchos de los países que estuvieron o están en conflicto, creando un marco institucional robusto, instituciones democráticas y demás asuntos liberales. Eso es un enfoque institucional que de alguna manera, se recoge en el acuerdo de paz colombiano y que buscan implementar.

Por ello, en Colombia se han creado una serie de instituciones que buscan intervenir en los territorios para cerrar estas brechas y la renovación del territorio. Algunas instituciones e instrumentos son los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET-, distintos a los planes de desarrollo regulares y buscan que los territorios, en concreto los 170 municipios priorizados más afectados por el conflicto, puedan cerrar algunas de las brechas sociales identificadas.

Hay otro enfoque, el de *construcción de paz territorial*, es aquel que busca construir desde las mismas comunidades reconociendo sus capacidades y saberes, buscando la construcción de la paz desde allí. Allí también hay componentes en salud en la implementación del Acuerdo en Colombia. Por ejemplo, en los PDET,³ hay elementos de desarrollo concretos con relación a las necesidades de salud en algunos de estos territorios. Un caso muy nombrado que se está implementando en el departamento de Tolima busca incluir una serie de mejoras de infraestructura y de dotación de ambulancias que no tenían.

En otros PDET en cerca de 20 municipios se han implementado planes de vacunación, de cuidado para la primera infancia en los 1.000 primeros días, lo que ha permitido cerrar algunas brechas de vacunación buscando disminuir en algunos territorios la mortalidad materna e infantil. Todo en clave de un proceso de construcción del territorio, con los actores, con las gentes, con las comunidades que también construyen un concepto de salud y de necesidades en salud asentadas a lo que viven en esa zona y en esos espacios. Siendo entonces los PDET, instrumentos valiosos para brindar una atención especial en estas zonas que incluso, son zonas de alguna manera de consolidación de la paz pero que siguen estando muchas de ellas también hoy en medio del conflicto armado por la presencia de otros actores y por la incapacidad que ha tenido el Estado de copar esos territorios.

El otro enfoque es el de *paz positiva*, que refiere que la paz va más allá del silencio de los fusiles y plantea que para

³ Los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) son un instrumento de planeación y gestión que, en el marco del Acuerdo de Paz, buscan transformar los territorios más afectados por el conflicto armado, la pobreza, la debilidad institucional y la presencia de cultivos de uso ilícito. Para más información: https://www.renovacionterritorio.gov.co/especiales/especial_pdet/.

lograr la paz se tiene que construir la solución de los elementos estructurales que han llevado al surgimiento del conflicto. Por ello, cabe recordar que en medio de todas estas realidades sociales adversas que han vivido los territorios en conflicto en Colombia, están las brechas en salud, en la atención en los servicios, incluso en el acceso del aseguramiento debido a la falta de implementación de las políticas de salud pública, en la falta de garantía de derechos asociados a los determinantes sociales del proceso salud y enfermedad como el acceso a la alimentación, el acceso al agua potable, a la electricidad, a una vivienda digna.

Por esto, uno de los componentes clave en el tema de salud en la implementación de los acuerdos de paz en Colombia es el plan nacional de salud rural. Este plan nacional de salud rural busca que desde el Estado se genere un ejercicio de planeación centralizada y territorializada que ayude a cerrar las brechas en salud de las poblaciones rurales más afectadas por el conflicto, y en términos generales de la ruralidad colombiana.

Lastimosamente, después de cinco años de la aprobación de la firma del acuerdo de paz, el plan nacional de salud rural no ha sido formulado, presentado y por ende no ha sido implementado. Hay algunas acciones de salud en los PDET, que se están implementando en algunas comunidades, pero no hay un plan nacional de salud rural.

Esto nos centra un poco en la idea de comprender cómo se entrelaza el conflicto social con todas estas dinámicas del conflicto armado porque alrededor de toda esta discusión del plan nacional de salud rural, ha estado también la discusión sobre el sistema y el modelo de salud colombiano que viene siendo interpelado desde que se formuló en 1993 mediante la ley 100. Esta ha sido puesta en cuestión por el movimiento social colombiano, de hecho, buena parte de la agenda del pasado paro nacional de 2020-2021, estuvo atravesado también por asuntos relacionados con la reforma al sistema de salud en particular mediante un proyecto de ley conocido como el 010, que se estaba discutiendo en el Congreso de la República de Colombia y que profundiza el suelo del negocio en la salud.

Otro de los componentes problemáticos del acuerdo de paz y que han atravesado toda su implementación han sido los problemas de financiación. No precisamente por ser un Estado con pocos recursos, pero sí, un Estado sin la capacidad de implementar políticas y con amplios problemas de corrupción.

Por otro lado, hay elementos del orden geopolítico que son determinantes en el conflicto social colombiano y a su vez en el conflicto armado y conflicto político. En este caso la guerra contra



La falta de presencia de un Estado garante de derechos se vuelve un combustible del conflicto social.

las drogas causa muertos por montones y gran parte del combustible de este conflicto armado en Colombia ha estado atravesado por el fenómeno del narcotráfico, complejizado por la política de Estados Unidos de implementar el orden represivo y una lucha frontal contra las drogas.

Por eso, se hace necesario un enfoque de salud pública al problema de las drogas porque mientras la lucha contra las drogas siga siendo un elemento importante de la agenda de potencias como Estados Unidos y desde la perspectiva represiva y militar, nuestros territorios seguirán sufriendo la guerra y las consecuencias de esta política con los desastres de salud.

Finalmente, señalar el impacto que tiene la agenda económica global porque al final la economía transversaliza buena parte de los elementos de la vida de las personas y de los Estados-Naciones del mundo, pues la economía es casi el eje principal sobre el que giran muchos de los conflictos.

Asumiendo la perspectiva de la determinación social de la salud, muchos de los elementos que configuran los conflictos están asociados precisamente con algunas apuestas económicas dominantes, las cuales son impuestas por algunas potencias sobre países como Colombia, destruyendo, en algunos, el aparato productivo nacional. De hecho, buena parte de la ruralidad colombiana ha visto desaparecer una gran cantidad de cultivos producto de la apertura económica por la firma de tratados de libre comercio.

Y aunque la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO- señale que Colombia puede ser uno de los 10 países que alimente al mundo en las décadas venideras, somos incapaces de implementar políticas económicas en los territorios para superar el conflicto económico y de esta manera menguar el conflicto social. Esto porque la agenda comercial colombiana ha permitido la entrada masiva de importaciones de alimentos, más de 17 millones de toneladas de alimentos. Además, desde el Estado colombiano es inexistente una agenda para el fortalecimiento de la competitividad de nuestra diversidad, lo que impide que cualquier política económica que se implemente en el sector agrario de Colombia desde los territorios sea efectiva.

Esto y todo lo anterior, afecta no solo el derecho de la alimentación sino también el derecho a la salud del pueblo colombiano. Así mismo, afecta la posibilidad de la superación del conflicto en estas zonas, del cierre de brechas sociales y la

posibilidad de construir, a partir de la intervención una serie de determinantes sociales, el derecho fundamental a la salud.

Conclusiones del seminario

Las personas que han salido de Venezuela por alguna necesidad tienen alguna motivación, meta, logro o algún sueño para cumplir en el país y esas razones los ha motivado y les ha dado la esperanza de que es posible salir de su propio país, dejar todo atrás e integrarse en un nuevo país como Colombia. Por tal motivo, se sugiere que cada uno trabaje, explore e investigue qué posibilidades tenemos para aportar a la integración local de estos hermanos venezolanos, reconociendo que son personas refugiadas y migrantes que lo han dejado todo atrás por alguna necesidad o porque su vida corría peligro.

En Colombia, pasamos de estar ensimismados encerrados en nuestra mirada hacia el interior de nuestro país, hacia un nuevo desafío migratorio y de refugiados donde es posible que lleguen personas de otros países y no en las mejores condiciones. Esto es un desafío para la cultura colombiana de generosidad, humanidad, de trabajar con otros que no consideramos a veces como los propios nuestros.

Nacionalidades hay muchas pero la humanidad es una sola, tenemos un compromiso de relacionarnos horizontalmente entre los pueblos, entre los seres humanos para buscar también acompañarnos en momentos de dificultad y para buscar incluso en esa dificultad, aquello que nos potencie como humanidad, porque la configuración de la historia humana y mucho de lo que somos hoy en día está mediado por fenómenos migratorios. Esto para reconocer que en estos fenómenos migratorios así sean generados por hechos tan dolorosos como son las guerras y los conflictos, pueda existir una oportunidad para humanizarnos, para crecer como humanidad y para fortalecer nuestras sociedades.

Para debatir los conflictos y las tensiones armadas como parte de los determinantes globales, se debe reconocer que la salud es una condición clave para la paz y la seguridad, y viceversa. Además, la paz es un elemento fundamental para una buena salud, por esto es importante la prevención temprana y la mitigación de los conflictos y las tensiones armadas.

Las Naciones Unidas y sus instancias como la Organización Mundial de la Salud y otros organismos multilaterales y no gubernamentales, además de los gobiernos, deben realizar mayores esfuerzos por la prevención temprana de los

conflictos y las tensiones globales.

En nuestros países, las organizaciones de la sociedad civil deberán tener cada vez una mayor comprensión sobre cómo nuestros gobernantes acuden a las citas globales de las Organizaciones de Naciones Unidas y toman determinadas decisiones que a la larga podrían tener una repercusión negativa en el bienestar, los derechos y la justicia de nuestra gente a nivel local. Ejemplos prácticos son la Covid-19 y la discusión que se ha dado sobre el derecho de paz. Esto demanda que las sociedades de nuestros países tengan que apoderarse del conocimiento sobre estas cosas y tratar de ejercer presión a través de los mecanismos que los países dispongan cuando los representantes de los gobiernos acuden a los encuentros de las instancias y organismos multilaterales.

Referencias bibliográficas

Gobierno de Colombia, & Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo FARC -EP. (2016). Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. <https://www.jep.gov.co/Normativa/Paginas/Acuerdo-Final.aspx>

MSF. (2021, junio 17). No son las balas lo que más mata en Tigray; es el abandono de la población a su suerte. Médicos Sin Fronteras. <https://www.msf.es/actualidad/etiopia/no-son-las-balas-lo-que-mas-mata-tigray-abandono-la-poblacion-su-suerte>

Bibliografía de consulta sugerida por los autores

1. MSF: “Médicos sin Frontera en Etiopía”. www.msf.org.ar
2. MSF: “Crisis en Tigray”. www.msf.es
3. NNUU: “La región de Tigray al borde del desastre humanitario”. <http://news.un.org>
4. OMS: “Iniciativa Mundial de Salud para la Paz. Informe del Director”. 2021
5. OHCHR: “Los derechos humanos durante los conflictos”. www.ohchr.org
6. Wikipedia: “Sistema de alerta temprana en conflictos armados”. <https://es.wikipedia.org>
7. GARCIA IZQUIERDO, Bernardo: “Una nueva perspectiva para la prevención de conflictos”. Universidad de Deusto, Bilbao, 2002.
8. ICRC: “Los convenios de Ginebra de 1949 y sus protocolos”. www.icrc.org
9. VITE, Sylvain: “Tipología de los conflictos armados en el derecho internacional humanitario”. Revisión Internacional Cruz Roja. Marzo 2009, Nro. 873
10. OMS. Resoluciones de los cuerpos directivos 1960-2021 (revisión personal del autor)

Seminario

Reorganización de los servicios de salud post pandemia

Presentación

En esta sesión del seminario de salud global, la atención primaria en salud y la reorganización de los servicios de salud ponen de nuevo en tensión los sistemas de salud basados exclusivamente en el modelo de atención biomédico. Al respecto, **Luis Alberto Martínez** abre el panorama mostrando algunas lecciones de la pandemia de Covid-19 para los sistemas de salud y nos recuerda las bases de la atención primaria de salud, de la promoción de la salud y de la reorganización de los servicios de salud que para el caso del sistema de salud colombiano, se difuminan en un sistema de salud basado en un modelo de mercado.

Por su parte, **Ligia Giovanella** denuncia la negación, el desdén y las muertes acaecidas en Brasil durante la pandemia de Covid-19, debido al pésimo manejo dado en este país y que el mismo presidente Jair Bolsonaro calificó como una gripinha. Nos señala cómo afortunadamente este país cuenta con el sistema único de salud -SUS- porque las cosas hubiesen sido peor a lo evidenciado.

Para finalizar, **María del Rocío Sáenz**, presenta detalladamente para el caso de Costa Rica una de las grandes banderas de su sistema de salud como es la estrategia de atención primaria en salud y los aprendizajes que pueden tomarse en América Latina para su desarrollo.

01

Reorganización de los servicios de salud en un mundo postpandemia

Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Algunas lecciones aprendidas, preliminares, de la pandemia de Covid-19

El impacto de la pandemia no ha sido igual para todas las personas y se identifican 3 tipos de vulnerabilidades interrelacionadas, la clínica, la social y la epidemiológica (Ministerio de Sanidad, 2020). La vulnerabilidad clínica depende de las características individuales, factores como la edad, comorbilidades y demás que llevan a una mayor vulnerabilidad y peor evolución de la enfermedad del Covid-19.

La vulnerabilidad social se da ante la privación total o parcial de recursos de estructuras públicas y comunitarias que llevan a individuos o comunidades a sufrir la desprotección material, emocional y relacional. Esto da como resultado dinámicas sociales de no reconocimiento pleno de los derechos a la igualdad de trato y a los derechos colectivos con base en los ejes de desigualdad.

La vulnerabilidad epidemiológica, entendida como un mayor riesgo epidemiológico, por una mayor exposición a la infección, retraso en el diagnóstico, identificación de contacto y mayor dificultad para seguir las medidas de aislamiento por las dificultades que se tiene para la manutención.

Lo anterior interrelaciona con los determinantes estructurales de las desigualdades en salud en el contexto socio económico y político, trazados por unos ejes de desigualdad como clase social, etnia y edad, que influyen en el desarrollo socioeconómico de los territorios y en los poderes que se mueven al interior de éstos. Esto sin desconocer a los servicios de salud como un determinante de las inequidades en salud.

Al respecto, el Colegio Médico de Chile en su análisis sobre la experiencia eficaz de otros países en el manejo de la pandemia de Covid-19 señala que, la reducción de los casos fatales se logró mediante la aplicación de medidas epidemiológicas clásicas como el cierre estricto de fronteras, las cuarentenas a pasajeros, las respuestas contundentes a los brotes mediante el rastreo de casos y contactos y el aislamiento de los contactos.

Esta forma de implementación de las medidas de enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 dentro de las fronteras nacionales de un país, llevó a que los países pudieran tener en menor tiempo, un funcionamiento similar al que tenían antes de la pandemia y favoreciendo tanto el crecimiento económico como la sobrevivencia humana sin necesidad de sacrificar uno u otro. No obstante, en los países del mundo donde se tuvo una respuesta pasiva ante la amenaza del virus *SARS-CoV2*, se produjo una libre propagación entre la población y un gran número de muertes.

Las apuestas globales de coyuntura y estructura

La vacunación y las vacunas son un elemento de coyuntura en la pandemia de la Covid-19. Se plantea desde nuestra región que la vacunación contra el Covid-19 es clave para la recuperación de la sociedad en todas sus dimensiones y requiere de acciones colectivas para el acceso universal. Sin embargo, la desigualdad en el acceso a las vacunas no permite alcanzar en 2021 una "inmunidad de rebaño a nivel global". Esto debido al acaparamiento internacional por el acceso a vacunas que afecta negativamente a la región, generando desigualdades entre los países. Además, otras restricciones comerciales en el mundo, relacionadas con aspectos logísticos, disponibilidad de insumos clínicos y coberturas de los sistemas de comercio, ralentizan el proceso de vacunación.

Al respecto, en la revista *Lancet* se plantea que debe ser la epidemiología, es decir, el curso de la pandemia lo que debe regir las donaciones de las vacunas para avanzar en coberturas útiles, y no la geopolítica, como de alguna manera se ha visto en estos primeros meses de donaciones (Bollyky et al., 2021).

Adicionalmente, se requiere de una visión integral de la salud que permita comprender que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas al igual que el entorno físico deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Hay tareas pendientes como el calentamiento global generado el daño al ecosistema a nivel territorial y global que producen las poblaciones. Por esto, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades que permitan a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarlos. Igualmente, la promoción de la salud plantea el establecimiento de una política pública saludable, la creación de entornos que apoyen la salud, la reorientación de los servicios sanitarios, la promoción de la responsabilidad social, el incremento de las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración intersectorial, incrementar la capacidad de las comunidades y garantizar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Los retos para la reorganización de los servicios de salud

Se plantea como necesario retomar los postulados y los conceptos de Primary Health Care / Atención Primaria en Salud, en su mejor tradición del cuidado esencial e integral de la salud. El cuidado incluye el control sobre los determinantes sociales y económicos, el avance en las facilidades al acceso a todos los servicios, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y obviamente la promoción y todo el ciclo del cuidado y, para eso, se necesita avanzar en la acción intersectorial efectiva.

Asimismo, el fomento y desarrollo de la participación social y comunitaria creando las capacidades requeridas y así reorientar los servicios de salud. Ésta última, como lo establece la carta de Ottawa, se debe caracterizar por una preocupación más explícita en lograr resultados en salud para la población, reflejados en formas de organización y financiación del sistema sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población. Al respecto, tenemos dos paradigmas sobre la orientación de los servicios de salud, el viejo y el nuevo paradigma, que están en un permanente pulso ideológico, social y económico (ver cuadro 1).

Viejo paradigma	Nuevo paradigma
Énfasis en atención de episodios agudos de enfermedad	Énfasis en el cuidado de la salud a través del continuo asistencial
Responsabilidad por enfermos individuales	Responsabilidad por la salud de poblaciones definidas
Los proveedores de servicios son esencialmente iguales	Diferenciación en la capacidad de generar valor agregado
El éxito se mide por la capacidad de incrementar el número de hospitalizaciones	El éxito depende del aumento de la cobertura y la capacidad de mantener a las personas sanas
El objetivo de los hospitales es llenar camas	El objetivo de la red es proveer los cuidados apropiados en el nivel apropiado
Hospitales, centros ambulatorios, aseguradores, trabajan separadamente (fragmentación)	Redes integradas de servicios de salud
Gestión de organizaciones aisladas	Gestión en red

Cuadro 1. Paradigmas sobre la orientación de los servicios de salud.

Bajo la analogía del modelo biomédico y el fenómeno del radar, debe de entenderse que el radar siempre debe de estar en las personas, la familia y las comunidades. Para eso necesitamos cambiar el modelo biomédico que está centrado en la atención de eventos agudos, la atención episódica, la organización desde la oferta y el ánimo de lucro, por niveles de atención que fragmentan el cuidado, entregándole la responsabilidad a los hospitales y a la atención especializada usando una tecnología costosa, fragmentada y con falta de continuidad, calidad y seguridad para el paciente. Además, es un modelo de atención que genera exclusión e insatisfacción de la población.

Se requiere que el radar cambie hacia la garantía del cuidado integral de la población desde el control de los determinantes de la salud, para esto necesitamos resolver esta disyuntiva en lo que es cobertura de aseguramiento y acceso efectivo. Porque sin acceso efectivo y una acción sobre los determinantes sociales, no podemos hablar de cobertura universal, y sin redes resolutivas y de calidad, no podemos hablar de un acceso efectivo.

Las redes integradas de servicios de salud que propone la OPS en el marco de la atención primaria en salud, son unas de las principales expresiones operativas a nivel de los servicios que incluye cuatro ámbitos de abordaje para su desarrollo.

Uno, es el **modelo asistencial**, se refiere a la forma en cómo se planifican, se organizan y se prestan los servicios de salud en un territorio y en una población claramente establecida. Estos servicios deben ser integrales, oportunos, integrados, eficientes, suficientes, centrados en la persona, la familia y la comunidad.

Otro ámbito se denomina **gobernanza y estrategia**, aborda la conformación de las redes como una forma de gobierno de la red de tipo corporativo, que puede tener diversos órganos coordinados y alineados, con amplia participación social y comprometidos activamente en la intervención sobre los determinantes de la salud relevantes en el territorio.

La **organización y gestión**, explora la coordinación y la alineación de todos los recursos disponibles de la red buscando que sean suficientes y que estén en las mejores condiciones para adelantar una gestión basada en resultados contando con sistemas integrados de información. En este ámbito está el talento humano en salud.

Por último, está el sistema de asignación e incentivos, que plantea la necesidad de un financiamiento adecuado y suficiente, y que la asignación de éstos contribuya con la mayor coordinación posible de los servicios de salud y las metas globales de la red.

02

Sistema Único de Salud y la Atención Primaria en Salud en Brasil durante y post pandemia

Ligia Giovanella

Negación, desdén y muertes en Brasil

Brasil está de luto por las 530.000 muertes ocasionadas por la Covid-19, se lloran los muertos en un contexto de negación porque el presidente llamó la enfermedad como “gripecita”, sin compasión por el sufrimiento y el dolor humano.

Investigadores de la Universidad de Sao Paulo y Fiocruz (Ventura et al., 2021), evidencia la existencia de una estrategia institucional para la propagación del virus, lo que demuestra que no ha existido incompetencia sino por el contrario, un compromiso de las acciones de la Unión del Gobierno Nacional, a favor de la diseminación generalizada del virus en el territorio nacional.

Se afirma que existe en Brasil una estrategia institucional

de propagación del coronavirus, liderada por el presidente de la República e implementada por el conjunto del gobierno federal, aunque con resistencias de gobiernos locales, de instituciones, de partidos de oposición y de los movimientos sociales.

La estrategia institucional de propagación de la Covid-19, es una expresión radical del neoliberalismo en el campo de la salud, que se podría llamar neoliberalismo epidemiológico. Similar a la creencia incondicional en el mercado y en la limitada intervención del Estado. La idea de alcanzar la inmunidad colectiva consiste en superar la pandemia con costos mínimos y sin regulación o coordinación gubernamental, aunque esto implique la muerte de miles de personas.

Esta estrategia institucional ha sido procesada mediante una intensa emisión de normas de las autoridades federales en contra de las acciones efectivas de salud pública y con vetos presidenciales a las iniciativas del parlamento. Además, de actos de obstrucción a las respuestas de los estados federados. Aunque, la respuesta de los gobiernos federados evitó que la situación fuera peor en Brasil.

También se ha presentado una propaganda en contra de la salud pública mediante un discurso político, actitudes y manifestaciones negando la gravedad de la enfermedad con noticias falsas e información técnica sin respaldo científico con el propósito de desacreditar las recomendaciones sanitarias.

Las resistencias en Brasil no han podido evitar el éxito de la estrategia federal de diseminación del virus. Brasil, en julio de 2021, es uno de los países con las peores respuestas a la pandemia a nivel mundial. El segundo país en número de muertes por la Covid-19, después de los Estados Unidos. El de Brasil es un gobierno que se puede decir genocida.

De hecho, se ha creado una comisión parlamentaria del Senado Federal Brasileño que investiga la actuación del gobierno nacional frente a la pandemia de Covid-19. En ésta, se ha demostrado la innegable responsabilidad del gobierno federal sobre gran parte de las muertes por Covid-19. Esto ha generado que la población se encuentre insatisfecha con el gobierno nacional, de hecho, más de la mitad de la población está a favor de iniciar un proceso de destitución al presidente.

El Sistema Único de Salud -SUS- y la Atención Primaria de la Salud en Brasil durante la pandemia

La pandemia de Covid-19 es fruto de una ruptura de la interacción entre sociedad y naturaleza debido a la acelerada destrucción y deterioro ambiental y a un cambio climático determinado por los procesos productivos y comerciales de trabajo y por el capitalismo global. Fue acelerada por las políticas neoliberales y la desprotección social y laboral, y la profundización de las desigualdades sociales (Giovannella et al., 2021).

Se está viviendo una crisis sanitaria y humanitaria global que afecta cada vez más a las poblaciones con malas condiciones socioeconómicas en los países denominados en desarrollo. Al respecto, cabe afirmar que la desigualdad mata y Latinoamérica con sus profundas desigualdades sociales se ha tornado uno de los epicentros de la pandemia. En Brasil, por ejemplo, las tasas de mortalidad son más altas entre las poblaciones negras y

de bajos ingresos. Los estudios de prevalencia serológica muestran que la incidencia de Covid-19, en el 20% más pobre de la población, es el doble de la incidencia entre el 20% con más altos ingresos. Además, la incidencia en la población negra es tres veces más grande que en la población blanca.

La crisis tensiona los sistemas de salud en todo el mundo y desnuda las debilidades que necesitan ser organizadas, fortalecidas o repensadas en sus valores, principios, políticas y prácticas para enfrentar integralmente los desafíos de una pandemia. Lamentablemente, el enfoque dominante para enfrentar la pandemia ha sido el biomédico, centrándose en la enfermedad con énfasis en el manejo médico individual y respuestas hospitalocéntricas, limitada en la vigilancia epidemiológica y en las medidas para mitigar las demandas de la atención hospitalaria por otras enfermedades.

No obstante, además de la atención médica individual, enfrentar la pandemia requiere un enfoque poblacional, territorial, comunitario y de vigilancia integral en salud que puede y debe ser desarrollado desde una estrategia de Atención Primaria de Salud -APS- Integral.

Atención primaria integral de la salud en sistemas universales de salud

¿De qué APS estamos hablando? La concepción de APS integral de Alma-Ata enfatiza que la salud es indisoluble del desarrollo social y económico. Esto se refiere a una concepción del modelo de atención y organización del sistema de salud que incluye entre sus principios: el acceso universal basado en las necesidades de salud y en el uso de tecnologías apropiadas y efectivas; el imperativo de enfrentar los determinantes socioeconómicos de la salud con acción y coordinación intersectorial para promoción de la salud; y el fomento de la participación social y comunitaria.

Atención Primaria de Salud en Brasil: Modelo orientado para la comunidad – la Estrategia Salud de la Familia.

En Brasil el abordaje de atención primaria integral de salud en el Sistema Único de Salud -SUS- se desarrolla mediante la Estrategia Salud de la Familia -ESF-. Ésta es de orientación comunitaria y se basa en un equipo multiprofesional con una población asignada que tiene las responsabilidades del registro, seguimiento y atención individual y colectiva de la población en un determinado territorio. No obstante, durante la pandemia de la Covid-19, los equipos de atención primaria no fueron accionados de forma coordinada en el país.

A pesar de esto, el sistema único de salud con sus principios de universalidad, integralidad, equidad y capilaridad de sus servicios en las más de 5,570 municipalidades de todo el territorio nacional fue reconocido con potencial para enfrentar la pandemia. De hecho, fue el acceso gratuito y universal del SUS lo que ha evitado que la situación en Brasil sea peor.

Sin embargo, los problemas estructurales del SUS, agravados por la coyuntura política y económica, y por las acciones del gobierno federal, llevaron a Brasil a enfrentar la pandemia con un SUS frágil y con capacidad limitada de utilizar sus recursos disponibles. Además, las respuestas han sido centradas en los hospitales y en los cuales se han incorporado 14.646 camas, mientras que el número de equipos de APS se estancó.

Se puede decir que la potencialidad de la atención primaria en el sistema único de salud de Brasil ha sido desperdiciada para el control de la pandemia. En 2021 son 43 mil equipos de la estrategia salud de la familia y 260 mil Agentes Comunitarios de Salud -ACS- tienen una cobertura de 131 millones de personas, es decir, el 63% de la población del país que cuenta con 212 millones de habitantes. La estrategia salud de la familia ha sido la puerta de entrada, abierta y resolutoria al sistema, lo que ha implicado la integración con las redes de servicios más complejos del sistema de salud.

No obstante, desde el golpe político contra la presidenta Dilma Rousseff en 2016, se empezó un cambio del modelo territorial basado en la comunidad hacia otro centrado en la atención individual, debilitando la orientación familiar y comunitaria. Además, el potencial de vigilancia en salud del sistema no fue incentivado para el enfrentamiento de la pandemia.

Cobertura Universal en Salud vs. Sistema Único de Salud

Esta pandemia ha demostrado que debemos repensar los sistemas de salud y lo importante de la atención primaria integral en salud. Una lección básica es que los sistemas de salud de mercado, enfocados en la enfermedad, en la atención individual y en los negocios, no son capaces de enfrentar problemas colectivos que requieran actuar de acuerdo con el interés común e integrar la salud individual y la colectiva. Sistemas de mercado como el de Estados Unidos muestran esto muy bien. Allí se tiene el mayor gasto en salud del mundo y el mayor número de muertes por Covid-19.

Brasil necesita del SUS y existe evidencia de que los sistemas públicos, universales, gratuitos y financiados con impuestos,

son superiores en calidad, eficiencia, y equidad. Especialmente, cuando tienen como pilares estructurales la organización de una atención primaria en salud integral, la provisión y el financiamiento predominantemente público, y una regulación efectiva del Estado para garantizar el acceso universal e igualitario.

En cambio, los sistemas basados en seguros segmentados y que son fruto de las reformas sectoriales neoliberales separan el cuidado individual y el colectivo, y cristalizan desigualdades. Sistemas universales de salud post Covid-19 en defensa de la vida

Se debe avanzar en la construcción de sistemas públicos de salud en defensa del derecho universal a la salud de la ciudadanía y cerrar filas en contra de propuestas de cobertura universal, propuesta par del neoliberalismo epidemiológico en sistemas de salud neoliberales.

Las propuestas de cobertura universal segmentan a las poblaciones, cristalizan desigualdades y se centran en la protección financiera por algún tipo de seguro, focalizan la asistencia individual y rechazan la responsabilidad de los gobiernos por la atención integral. Por ello el planteamiento es claro: La salud no es mercancía si queremos defender la vida.

Los desafíos del Sistema Único de Salud -SUS- para la post pandemia

En Brasil, el SUS, durante la pandemia, ha demostrado sus fortalezas y también debilidades, su construcción además de incompleta, está amenazada. A partir de los aprendizajes de la pandemia de Covid-19, en el SUS y con la atención primaria en salud puede pensarse en algunas directrices de cómo organizar los sistemas de salud en un mundo de post pandemia.

En primer lugar, en financiación, es necesario ampliar la inversión pública en salud. El SUS sufre limitaciones financieras porque tuvo un ajuste fiscal radical ultra neoliberal, con la congelación durante 20 años de los gastos públicos en salud, por un cambio constitucional. Por esto, el SUS está subfinanciado dado el bajo gasto público que es menor al 4 % del Producto Interno Bruto -PIB-.

Hay necesidad de incrementar la infraestructura de provisión pública de servicios de salud reduciendo la prestación privada; garantizar la incorporación de las nuevas camas hospitalarias públicas y los laboratorios de diagnóstico clínicos y de imagen, implantados en la pandemia.

Hay que fortalecer la gobernanza de la coordinación tripartita entre las esferas gubernamentales federales, Estados/provincias y municipales. Asimismo, es necesario fortalecer la coordinación de los Estados de la federación brasileña dado que la pandemia reforzó la necesidad del fortalecimiento de las autoridades sanitarias estatales y la cooperación regional entre municipios.

También es necesario el avance en la construcción efectiva de redes regionalizadas integradas e integrales de atención en salud. El fortalecimiento de la vigilancia en salud crea una inteligencia epidemiológica con nuevas estrategias integradas con base en la epidemiología crítica de la determinación social de la salud y para la vigilancia ambiental. Además de la implementación de políticas nacionales de provisión, formación, regulación de los profesionales de la salud para una distribución más equitativa.

En cuanto a la Atención Primaria de Salud:

Después de la pandemia, la APS y el SUS tienen que hacer frente a las enormes demandas, resultado de la suspensión de consultas y cirugías durante la pandemia y nuevas demandas por las secuelas de la Covid-19, siendo necesario ampliar las acciones ofertadas en la APS y la incorporación de nuevos profesionales de la salud. Realizar la recuperación de la cobertura vacunal que fue reducida y los retrasos en la atención prenatal y posnatal que han impactado las tasas de mortalidad materna.

Urge fortalecer la orientación comunitaria de La Estrategia Salud de La Familia que está amenazada, con una acción coordinada en el territorio e interacción con los movimientos sociales y otros sectores y organismos públicos del territorio para promover la salud.

Hay que fortalecer el trabajo de los agentes comunitarios de salud, recuperar sus orígenes como promotores de la salud, agentes de la salud colectiva y activistas del derecho universal de la salud.

Hay que promover una vigilancia integral a la salud mejorando la integración de la vigilancia epidemiológica en la atención primaria diseñando nuevos modelos para una acción integrada, lo que llamamos una vigilancia comunitaria activa.

Hay que considerar que los centros de salud de atención primaria pueden ser servicios centinelas de nuevos brotes de Covid-19 porque es allí donde se identifica en primer lugar el

aumento de las demandas de las personas sintomáticas con problemas respiratorios. Además, hay que revisar también las nuevas formas de atención y aceleración en el uso de las TIC mediante la internet, pero que no pueden ser sustitutivas del contacto presencial.

Los desafíos para la soberanía sanitaria nacional y de América Latina

Debido a las grandes disparidades en el acceso a suministros, medicamentos y vacunas, es necesario desarrollar capacidad científica, técnica y productiva para producir conocimientos, insumos, vacunas y los medicamentos necesarios que permitan una soberanía sanitaria en la región, que permita enfrentar estas y otras pandemias en América Latina.

Hay que recrear estrategias de integración regional entre países con base en la solidaridad y la defensa de los derechos ciudadanos como fue Unasur e Isags. Esto para enfrentar las enormes desigualdades cada vez más profundas en el mundo global, entre el norte y el sur global, como se evidencia ahora en la competencia por vacunas contra la Covid-19.

De otra parte, se señala que las fronteras de los sistemas de salud se han expandido, más allá de los determinantes sociales, la determinación socioambiental es clara y para defender la vida en el planeta tierra, hay que articular la protección y cuidado de la vida al cuidado del medio ambiente.

La atención primaria de salud integral e integrada ha tomado un nuevo sentido y reclama nuevos desarrollos que contribuyan a recobrar el equilibrio y la armonía entre la sociedad y la naturaleza desde los territorios y con participación social, como las propuestas y experiencias de territorios saludables, sustentables y solidarios bajo la concepción del buen vivir de las comunidades Latinoamericanas.

Finalmente, se debe de plantear con fuerza la propuesta institucional, política y social de sistemas de salud únicos, públicos y universales, bajo la visión de la epidemiología crítica y de la determinación social de la salud en defensa de la vida.

*La salud no es
mercancía si queremos
defender la vida*

03

Retos de la atención primaria en salud y experiencias aprendidas en la pandemia en Costa Rica

María del Rocío Sáenz Madrigal

La historia de los sistemas de salud y de la salud responde a un recorrido y a un contexto histórico, epidemiológico, demográfico, social y ambiental. Por ello, hay al menos dos elementos históricos a resaltar con relación al sistema de salud de Costa Rica. El primero dado en 1.871, en ese año se estableció la integración entre registro civil y registro electoral.

Esto implica que todas las personas costarricenses, por nacimiento o que deciden por su propia voluntad ser costarricenses, se les asigna una identidad que se consigna en un número que se llama cédula de identidad. Este es el mismo número para el expediente de salud, para la cédula de identidad, para la licencia de conducción, para el pasaporte y para poder hacer sus contribuciones tributarias

con el Estado. El otro hecho es la atención primaria que se consolida a raíz de la declaración Alma-Ata pero que en Costa Rica al igual que en otros países no necesariamente nace a partir de Alma-Ata.

Costa Rica tiene un ministerio de salud cuya función es la dirección y la conducción de las políticas sanitarias. Un único prestador de servicios de salud que es la Caja Costarricense de Seguro Social, nacida de la concepción de seguridad social y de seguros sociales planteada en Alemania. Por lo tanto, el aseguramiento de la atención en salud no tiene la misma connotación que tiene en otros países, porque está basado en seguros sociales y no seguros de mercados. La cobertura tiene una connotación que está directamente relacionada al acceso y eso es una diferenciación.

En 1944 Costa Rica tenía un aseguramiento del 3.6 % de la población. Para el 2015, alcanzó un 95 % aproximadamente y los datos que se arrojaron antes de la pandemia estaban alrededor del 96 %. El sistema se financia a través de las contribuciones del Estado, los patronos y los trabajadores.

Para tener acceso a los servicios de salud, se han definido múltiples categorías/condiciones de aseguramiento. Están las personas asalariadas directas, los independientes voluntarios, por convenios especiales. En éste último, se incluyen las personas que tienen un terreno del que se sustentan, pero no son patronos, son pequeños productores. Además, los asegurados por parte del Estado que se encuentran en condición de pobreza, se les otorga el aseguramiento. También están los beneficiarios familiares, que son los hijos, esposos o compañeros de las otras categorías.

Entre 2015 y 2017 se elaboraron nuevas categorías de aseguramiento entre ellas: para las personas que hacen trabajo doméstico en los hogares, mayoritariamente mujeres, quienes tienen una categoría de aseguramiento diferenciada. Igual sucede para los recolectores de café, especialmente indígenas, para quienes la mayor contribución la hace el Instituto Costarricense del Café con los tributos del producto. Además, se han desarrollado algunas modalidades que son ajustadas a condiciones y características propias de algunas poblaciones que no calzaban en el modelo tradicional.

En este sentido y retomando la digitalización de un número único en salud, Costa Rica emprendió un camino de más de 10 años, para digitalizar y velar por la continuidad en la atención en salud, elaborando un expediente digital único en salud que tiene tres componentes. Un componente tiene que ver con la comunidad y condiciones de vida de las personas, llevando un censo de la población y datos de las condiciones comunitarias de la vivienda e información nominal de cada uno de los miembros de las familias que viven en cada vivienda, lo que permite georreferenciar factores de riesgo y concentración de población.

Un segundo componente es el empadronamiento, es decir, la asignación a la red de servicios de salud a que la población según su ubicación geográfica tiene acceso. Para ello se tiene un espacio geográfico al cual se le asigna una red de servicios que parte de la atención primaria y llega hasta el nivel especializado.

El tercer componente es el expediente único digital en salud donde se lleva el registro de las atenciones en las instalaciones

de salud, estas atenciones pueden ser de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de curación, de rehabilitación de cuidado paliativo, de intervenciones quirúrgicas. El expediente sigue la lógica del diseño del sistema de salud, nace en la comunidad y recupera los datos hasta en el nivel especializado.

En el caso de Costa Rica, la atención primaria tiene dos concepciones, la de estrategia y la del primer nivel de atención, en algunos países el énfasis es llegar a ser el primer nivel de atención. En el caso de Costa Rica es la puerta de entrada al sistema y no solamente el primer nivel.

Además, en la atención primaria se registra información sobre las necesidades y condiciones de población, con el supuesto de que esa información es útil desde el momento en que el profesional de la salud registra la información, no solamente para alimentar estadísticas locales, regionales, nacionales o internacionales, sino para el desarrollo de las acciones.

En Costa Rica la atención primaria ha tenido una historia mucho antes de la declaración de Alma-Ata, y como en otros países, se desarrollaron proyectos y programas, algunos de carácter local, que sentaron la base y la sustentación técnica para que la atención primaria tuviera un asidero. Casos como: Hospital Sin Paredes liderado por el Doctor Juan Guillermo Ortiz. Las Unidades Médicas Móviles que llevaron servicios a las zonas rurales; Los Programas de Salud Rural, tanto en Nicolle como en el resto del país; Los Programas de Salud Comunitaria, que en ese momento los llevaba el ministerio de salud. Luego de esto, en 1978 aparece Alma-Ata.

Lo anterior refleja una impronta de atención primaria en Costa Rica que se suma a la estrategia de atención primaria que se enriquece y se alimenta de éstos, aunque en el caso de Costa Rica, la APS no nace con Alma-Ata. Sin desconocer que el país ha tenido reformas para la atención y se ha trabajado en el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud basados en atención primaria.

Por lo anterior cabe preguntarse ¿Qué nos ha enseñado Costa Rica en atención primaria? y ¿qué debería seguirnos enseñando? Al respecto se plantean tres ideas: Primero, la atención primaria ayuda y contribuye a construir autonomías como identidades saludables en las personas, las familias y las comunidades. Segundo, desde la perspectiva de la participación social, la atención primaria lleva un compromiso saludable siendo la participación y la cogestión una diada fundamental. Tercero, la APS permite el cuidado de la salud

mediante acciones saludables.

Cabe señalar que en Costa Rica se tienen muchos retos para el mediano y largo plazo. Uno de ellos es el fortalecimiento de los primeros niveles y la gestión comunitaria con lo hospitalario y los recursos humanos. Se suma a lo anterior, la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento para poder aumentar y diversificar los ingresos que financian el sistema de salud dado su dependencia como sistema de seguridad al empleo de la población en sus diferentes características.

Para finalizar, se plantean tres preguntas que son objeto de permanente reflexión y que están siendo documentadas en un documento editado por la OMS sobre estudios de caso de APS. Primero, ¿cuál fue el rol de APS antes de la pandemia y cuál ha sido durante la pandemia?; segundo, ¿Qué acciones se realizaron y cuáles no? ¿Por qué no se realizaron dichas acciones?; tercero, ¿Qué recomendaciones podemos ofrecer para el abordaje de la APS en etapa de pandemia y post pandemia? ¿Se alcanzó lo planteado de acuerdo con la APS?

Costa Rica ha trasegado más de 50 años con la APS, ha sido un camino largo que ha tenido muchas barreras y obstáculos, pero también grandes logros. Es importante visibilizarlos porque, en general, el contexto de los sistemas de salud y en los contextos sociales de América Latina, se privilegia la alta especialización de tercer y cuarto nivel, desconociendo el nivel de especialidad que requiere la atención primaria, que conjuga saberes, conocimientos y prácticas multidisciplinarios y multisectoriales.

Por esto, cabe preguntarse ¿Cuál es el prestigio que le hemos dado a la atención primaria en nuestra región? ¿Tiene el mismo valor para la sociedad como para los defensores de la atención primaria? ¿Cuáles son los incentivos, valores y principios que están alrededor de la atención primaria?

Conclusiones del seminario

Debemos integrar los sistemas de vigilancia epidemiológica tradicionales con calidad y oportunidad y con todos los criterios que se requieren con un concepto de vigilancia de la salud, es decir, no sólo la vigilancia de las enfermedades, dado que en esta pandemia, gran parte de la vigilancia se hizo para alimentar sistemas nacionales y globales y no para tomar acciones en los niveles locales. Esto fue el contrasentido de la vigilancia epidemiológica, la vigilancia es para la acción y no únicamente para el registro ni para conferencias de prensa o reportes, sino para la acción desde el nivel local.

Asimismo, es necesario el fortalecimiento de la vigilancia genómica. En este aspecto, lo realizado en Inglaterra, Sudáfrica y Brasil, no lo han podido hacer todos los países, dada la limitada capacidad de vigilancia y por un enfoque de respuesta aislada de cada uno de éstos. Esto es otra lección aprendida de la pandemia, no podemos responder únicamente al interior de las fronteras, requerimos colaborar y trabajar conjuntamente para compartir esas capacidades como región.

De otro lado, se evidenciaron tres fallas estructurales que serían las causas de la inequitativa e ineficiente respuesta en algunos de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe a la pandemia de Covid-19, pero especialmente en Colombia. La primera es la segmentación de la población y discriminación según la capacidad de pago y según su aseguramiento.

Segundo, la fragmentación de los servicios, especialmente en la atención individual en los servicios de salud y la atención colectiva que incluye la intervención sobre los entornos, el ambiente y el agua. Esto impide hacer una vigilancia de la salud pública y epidemiológica intensiva mediante el rastreo, la atención domiciliaria, la comunicación y la derivación de las personas, pacientes, familias hacia puestos, centros de salud o hacia atención más especializada o cerrada.

El tercer factor estructural es la mercantilización de nuestros servicios de salud, la compraventa de servicios atada a la intermediación financiera, que captan unos recursos importantes del “aseguramiento” o cotizaciones. Estos recursos se ponen en portafolios financieros para generar rentas mientras que aguas abajo, las capacidades en los territorios, secretarías de salud, hospitales y clínicas, se van debilitando por el lento flujo de recursos. Entonces, los recursos económicos se ponen a generar rentabilidad hacia otros agentes, siendo el caso colombiano una muestra del tema.

Debemos evitar la cooptación de la ciencia a nivel nacional y a nivel global, se ha visto cómo algunos científicos que ayudan, van mostrando el rumbo de la epidemia y hacen las proyecciones, de alguna forma son captados ya sea por grupos empresariales o por los gobiernos, dependiendo de la inclinación política. Esto fue usado para la reactivación económica que lanzó a la calle a la población, sin la debida protección para mitigar los riesgos del contagio, atado a los sistemas de información que hacían seguimiento y monitoreo al número de casos, número de contactos, pero también a las intervenciones y a la oferta hospitalaria que existe.

La información es para tomar decisiones. Lamentablemente, las tasas de mortalidad que vemos incrementar día a día, se volvieron parte del paisaje. Ya están en la última sección de los noticieros y va pasando a un segundo plano la mortalidad poblacional por Covid-19 que en algunos casos, cabe analizar si pudo ser evitable. Por las anteriores razones, es necesario que la información sea transparente, oportuna, pública y que se utilice para tomar decisiones basadas en la información y no, en decisiones políticas que favorecen a los conglomerados empresariales.

En este capítulo también se pone de manifiesto la necesidad de que los Estados y el mercado inviertan en investigación y se avance mínimamente en la soberanía de los biológicos que se van a seguir necesitando, pero teniendo como premisa la cooperación y la solidaridad, “nadie está cubierto y a salvo, si todos no estamos a salvo”.

Por lo anterior, es importante desarrollar las capacidades científicas locales y la producción local de las medicinas. En Brasil, se tuvo un proceso de desnacionalización de la producción de medicinas con todos los ingredientes activos básicos, casi todos importados, ahora se hace necesario retomar una soberanía y ahí la gestión de la integración regional entre los países en América Latina es una gestión pendiente.

Es necesario e importante reforzar la orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud, identificando a las personas con mayor vulnerabilidad social, condición de salud, grupos prioritarios para la vacunación y la articulación de la atención primaria a los movimientos sociales, para dar respuestas más solidarias en el territorio. “La participación como compromiso saludable y los cuidados como acciones saludables”.

En Costa Rica, la atención primaria desde Alma-Ata es concebida como una estrategia y al tiempo como un primer nivel de atención, que garantiza la puerta de entrada al sistema de cuidado en el país.

El sistema de salud costarricense es un sistema de seguridad social con distintas categorías y condiciones de aseguramiento social, dadas las capacidades de pago, la protección y el apoyo del gobierno para garantizar un proceso progresivo de cobertura de la seguridad social costarricense.

Referencias bibliográficas

Bollyky, T. J., Murray, C. J. L., & Reiner, R. C. (2021). Epidemiology, not geopolitics, should guide COVID-19 vaccine donations. *Lancet* (London, England), 398(10295), 97-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01323-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01323-4)

Giovanella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramírez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., Iturrieta, D., Almeida, P. F. de, & Feo, O. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <https://www.redalyc.org/journal/4067/406764834005/movil/>

Ministerio de Sanidad. (2020). Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_covid19.pdf

Ventura, D. de F. L., Bueno, F. T. C., Ventura, D. de F. L., & Bueno, F. T. C. (2021). De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. *Foro internacional*, 61(2), 427-467. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2835>

Seminario

Migración, cambio climático y seguridad alimentaria

Las personas migrantes tienen derecho a desarrollarse en otros países y a jugar un rol fundamental en el desarrollo de esos países de acogida.

Presentación

En este seminario, la migración se reconoce en una doble dimensión como un fenómeno global y como un determinante social de la salud. A partir de esto, Alex Alarcon, plantea la necesidad de actuar y abordar el fenómeno desde una perspectiva de derechos humanos y de seguridad humana.

Por su parte, Marilyn Aparicio, nos

muestra la relación bidireccional entre la migración y el cambio climático, trayendo ejemplos de lo que sucede en el mundo. Andres Agudelo, cierra el seminario con las tendencias que amplían la comprensión de este fenómeno, y presenta evidencia científica sobre las condiciones de salud de las personas migrantes venezolanas residentes en Colombia.

01

Migración en salud: Un enfoque en derechos humanos

Alex Alarcón Hein

La migración tiene varias caras, pero ninguna es hermosa, en general, la migración está asociada a situaciones que involucran pasos fronterizos, la huida por situaciones económicas y políticas o por alguna crisis medioambiental. Estos son aspectos de la coyuntura de nuestros últimos años en América Latina. Por ejemplo, entre Venezuela y Colombia se ha estado viviendo una migración pendular, de ida y vuelta, pero en Chile, se ha dado una expulsión masiva de migrantes venezolanos que en algún momento llegaron a buscar un nuevo horizonte. Por esto, se señala que la migración tiene varias caras.

Macrocontexto de la migración mundial

La migración ha ido en aumento aunque probablemente con un grado de estancamiento en los últimos meses de 2021, quizás se esté viviendo sólo un pequeño paréntesis, porque una hipótesis es que en la post pandemia va a presentarse un flujo migratorio en aumento, principalmente asociado con el desarrollo económico de los países y las oportunidades de trabajo en muchos países, dado que en América Latina ha aumentado la pobreza en el último año

debido a la pandemia, alcanzando los niveles de pobreza de los últimos 40 años, lo que significa un retroceso.

Son pocos los países que no forman parte de los movimientos migratorios en nuestra región de América Latina, la gran mayoría de los países reciben, pero también expulsan migrantes, aunque en general, en los últimos años la migración ha estado más asociada a Venezuela. Sin embargo, y es otra hipótesis, en épocas de post pandemia vamos a vivir una migración multipaís, es decir, no va a estar focalizada sólo en un país de la región.

Cabe realizar una separación entre migrantes y refugiados. El que busca refugio viene escapando de una situación tensa, ejemplo de ello es lo que pasa en Afganistán donde vemos unas imágenes que recrudescen a toda nuestra sociedad. En esta diferenciación entre migrantes y refugiados, se incorpora la pregunta por el enfoque de derechos humanos en los sistemas de salud, dado que no todos tienen o incorporan el enfoque de derechos humanos en su quehacer y en sus objetivos.

Esto es importante porque su incorporación disminuye la vulnerabilidad y la exclusión social, de ello hay ejemplos en Latinoamérica. En esta región no se hizo ningún énfasis ni se puso restricciones para la vacunación contra la Covid-19, por ejemplo, en el caso de Chile los porcentajes de vacunación son superiores al 80% y para la población objetivo no hizo ninguna discriminación por nacionalidad o situación migratoria, permitiendo a las personas migrantes acudir sin problema a los puestos de vacunación.

Derechos humanos de la población migrante: tres aspectos relevantes

En primer lugar, hay que señalar que los derechos humanos competen al Estado y la regularización de las personas migrantes es un derecho humano fundamental. Por ende, no es aceptable que las personas migrantes estén ocultas o buscando espacios informales de desarrollo, los Estados deben de regularizar a la población migrante siendo erróneo sostener que la solución es la expulsión masiva de migrantes. Lo contrario es la generación de las condiciones para que las personas migrantes puedan incorporarse en la sociedad de acogida.

Por otro lado, también existe la discriminación en los temas migratorios y el derecho humano de la población migrante pasa por la no discriminación, no solo del Estado, sino también de la población de acogida; en la sociedad Latinoamericana se encuentran países que tienden más a la xenofobia y al racismo que otros. En ese sentido, el entendimiento y la construcción como sociedad, debería ser que no existan migrantes de primera o segunda categoría, sino todos dentro de un gran espacio de humanidad, con su derecho a poder migrar y a poder movilizarse.

Un tercer aspecto, es la vulnerabilidad de las personas migrantes, mientras los Estados coloquen barreras al acceso a los derechos, mayores serán las condiciones de marginalidad y exclusión social que tengan estas personas. Por esto, es importante recalcar que los Estados tienen un rol fundamental para la garantía de derechos, no sólo la sociedad, ni la comunidad en particular de una localidad determinada. Sin embargo, cabe señalar que en algunos casos estos mismos vulneran los derechos de las personas migrantes.

Las respuestas de los Estados a la migración

La migración eminentemente es política y eso significa que

por más teoría que podamos incorporar a la migración, algunos Estados de nuestra región y sus gobiernos de turno, han tomado el tema migratorio con un tinte de campaña política, ya sea para el ingreso o para el rechazo, aunque con pocos casos conocidos sobre puertas abiertas a la migración. Esto último, particularmente asociado a los discursos sobre la violencia o la delincuencia que puedan llevar algunos migrantes, aunque la evidencia científica demuestra lo contrario.

En general, la migración ha ido y seguirá aumentando, eso significa que los Estados deben tener respuestas más creativas respecto a la regularización de migrantes, en ese sentido, los sistemas sanitarios no se escapan a esta responsabilidad que tienen los gobiernos.

Por otro lado, se debe de reconocer que la migración tiene un sinónimo de desarrollo económico, lo cual ha sido demostrado por estudios del Banco Mundial, lo que significa que las personas migrantes contribuyen al desarrollo de los países. Un ejemplo de ello es la tasa impositiva, los impuestos recaudados una vez las personas se regularizan. Pero si no se crean las condiciones para la regularización, los Estados van a tener más migrantes trabajando en el mercado informal, y por ende van a recaudar menos impuestos. Por esto, las personas migrantes tienen derecho a desarrollarse en otros países y a jugar un rol fundamental en el desarrollo de esos países de acogida.

Las políticas de migración y salud están recogidas en la política migratoria, porque en la medida que los gobiernos tengan una política clara de acogida y permanencia, los sistemas sanitarios se acomodan a la política de los Ministerios de Relaciones Exteriores, de Interior o de Seguridad Pública, según corresponda. Cabe señalar, que dependiendo del ministerio que se ocupe del asunto migratorio, se marca un enfoque respecto a cómo se puede ver el tema migratorio en nuestra región.

En distintos países de la región de América Latina existen marcos normativos que permiten el acceso a la salud de la población migrante, sin embargo, dependen en gran parte del régimen contributivo que puedan tener las personas migrantes al sistema sanitario y en ese sentido de nuevo aparece el tema de la regularización.

Otros países tienen respuestas humanitarias, siendo Colombia el caso más importante en nuestro continente. Allí

se ha hecho una apuesta por resolver de manera humanitaria el flujo de migrantes venezolanos, quienes atraviesan Colombia para transitar hacia el norte y otros llegan para quedarse.

No obstante, uno de los temas pendientes en salud pública para la población migrante es la vigilancia en salud pública, dado que los gerentes sanitarios están concentrados en el financiamiento y aseguramiento de las personas migrantes en clave de la sostenibilidad financiera del sistema. Sin embargo, la sociedad y especialmente los dirigentes de la salud pública deben preguntarse si las estrategias van a tener un carácter preventivo, es decir, van a hacer mayor vigilancia en salud pública, para después evitar el aumento en costos sanitarios por prestaciones asistenciales. En este punto es importante que se pueda tener una respuesta continental al tema de la migración.

La migración como consecuencia del cambio climático, ¿crisis climática?

Algunas ideas centrales de lo que ha hecho el grupo intergubernamental de expertos en cambio climático, nacido en la Organización de Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Organización Meteorológica Mundial, ha sido la generación de las directrices y respuestas por parte de los Estados al cambio climático (IPCC, 2014).

Profundizando el análisis, puede evidenciarse que el cambio climático y los procesos migratorios están estrechamente ligados y en una relación causal. La migración parte por cambios o crisis climáticas, y la crisis climática también se puede desatar por procesos migratorios amplios y masivos. Estudios han relacionado cómo se comportan las condiciones de vida, los cambios culturales, la migración, la movilidad, los conflictos y las guerras, con el estrés climático. Encontrando que en las regiones con mayor estrés climático están presentes una de estas cuatro condiciones.

La crisis climática y la migración tienen relación con el concepto de la seguridad humana, por ende, lo podemos resolver desde la libertad y la capacidad de vivir con dignidad. Cabe entonces preguntarse si la gran mayoría de los países y de las regiones, sobre todo el mundo rural, pueden vivir en libertad y con una capacidad de vivir con dignidad. En ese sentido, tanto la pobreza, la discriminación, los desastres naturales y tecnológicos, extreman y socavan la seguridad humana.

¿Por qué el cambio climático amenaza esta seguridad

humana? Porque socava medios de subsistencia básicos en un mundo rural, compromete la cultura y la identidad para ir acostumbrándose a nuevos espacios, a nuevas situaciones y formas de alimentarse. Por ejemplo, el cambio climático aumenta la migración no deseada y a veces forzada que tienen que realizar la gran mayoría de los ciudadanos del mundo, y por supuesto que existe un desafío a la capacidad de los Estados para proporcionar condiciones necesarias para la seguridad humana.

La migración también es utilizada como una estrategia de respuesta a los cambios sociales y ambientales, porque todas las regiones del mundo sufren en general variabilidad climática. En Chile, el 2021 ha sido el año más seco y con escasas lluvias en los últimos 10 años. Eso ha generado en la sociedad preguntas sobre si en algunas regiones va a escasear el agua. Así mismo, las familias se plantean si deberían movilizarse a sectores o lugares donde puedan tener mayor acceso al agua.

El cambio climático tiene repercusión en la migración y nos estamos encontrando con fenómenos meteorológicos extremos, lo vimos en Alemania y lo estamos viendo en el sudeste asiático por estos días. Esto hace que muchos grupos vulnerables tengan la necesidad de migrar, de este modo, las sequías, las inundaciones y las tormentas influyen en la migración.



**La crisis climática
y la migración
tienen relación con
el concepto de la
seguridad humana**

02

Migración, cambio climático y salud

Marilyn Aparicio Effen

La historia de la humanidad y el desarrollo de la sociedad humana se sustentan en la migración. La migración de personas a través de jurisdicciones administrativas y políticas dentro de un país o entre países, ha sido un factor crucial en los cambios en las sociedades (Phillips, 2011).

Con el amanecer de la era industrial, una secuencia de procesos económicos globales y fuerzas locales, se combinaron para la creación de las condiciones para la migración masiva en todo el mundo y darle forma a sus flujos.

En el siglo XIX y a principios del XX, América Latina fue un importante destino para las personas migrantes internacionales de todo el mundo. Por ello, hay que reconocer que los flujos migratorios han sido la base del desarrollo y de

la conformación del mundo que tenemos actualmente.

En los últimos 200 años el movimiento de población en América Latina se ha incrementado a través de tres etapas. Primero, las oleadas de inmigración a América Latina particularmente de Europa, pero también de África y Asia. En segundo lugar, una migración entre diferentes países de América Latina. La tercera, han sido movimientos de personas de América Latina hacia América del Norte. Pero podríamos describir incluso una cuarta oleada; que es la que estamos viviendo actualmente con la población expulsada de determinados países de nuestra propia América Latina, que van a otros países también de América Latina.

Tipos básicos de migración

Tenemos la migración interna y la migración internacional, esta última traspasa las fronteras nacionales y las personas son clasificadas como inmigrantes legales, ilegales o refugiados.

En la migración interna, los procesos, causas y consecuencias son distintos a los de la inmigración internacional, las razones incluyen la búsqueda de una mejor educación u oportunidad económica, los desastres, la inseguridad alimentaria y los disturbios civiles que pueden desencadenar este tipo de migración.

En la migración internacional, la política juega un papel importante para que la gente emigre a otros países, ejemplo, el movimiento de refugiados a una nación vecina debido a las condiciones inseguras en su país de origen.

También, se presentan factores de presión para emigrar donde se encuentran dificultades como la escasez de alimentos, la guerra y las inundaciones. Los factores de atracción para inmigrar incluyen un mejor suministro de alimento, un clima más agradable y mayores libertades.

Además, hay factores de presión y atracción al mismo tiempo, como los ambientales que incluyen terremotos, climas y desastres; los políticos como la guerra, los gobiernos dictatoriales y las actividades ilegales, los factores económicos como la pobreza y el trabajo, y los culturales como la libertad religiosa y la educación.

Enfatizando en los factores ambientales encontramos al cambio climático, sobre éste la influencia humana en el sistema climático es clara y las emisiones antropogénicas de gases de efecto invernadero son las más altas de la historia. Por ello, los cambios climáticos recientes han tenido impactos generalizados en los sistemas humanos y naturales.

Las personas migrantes climáticos

El cambio climático está provocando movimientos de población y lo va a seguir haciendo en el futuro, al hacer que ciertas partes del mundo sean lugares mucho menos viables para vivir. Por eso, el Panel Intergubernamental de Cambio Climático -IPCC- desde el año 1990, ha señalado que el mayor impacto individual del cambio climático podría estar en la migración humana, con millones de personas desplazadas en todo el mundo. Además, señala que los refugiados ambientales excederán a todos los refugiados documentados, tanto por guerra como por persecución política.

Las personas migrantes climáticos, son personas o grupos de personas, que por razones imperiosas de cambio climático repentinas o progresivas que afectan negativamente sus vidas o sus condiciones de vida, se ven obligadas a abandonar sus hogares habituales.

Hay dos tipos de migración climática; aquella que se debe a impactos agudos y aquella que se debe a impactos crónicos. Los impactos agudos incluyen cambios repentinos y dramáticos como inundaciones, granizadas, deslizamientos de tierra, sequías, tormentas, huracanes y tifones. Un ejemplo de eso, fue la migración secundaria a los impactos de los huracanes Katrina, Irma y María.

Aunque hay áreas del mundo donde la situación es de alta vulnerabilidad a los impactos del cambio climático, generando efectos adversos no solamente sobre la salud, sino también sobre la seguridad alimentaria y la seguridad humana. Por ejemplo, en el Cuerno de África que desde el 2018 al 2020, ha habido inundaciones precedidas por años de sequías; también, la fiebre del Valle del Rift; los deslizamientos de tierra; las inundaciones y la epidemia de la Covid-19.

Es decir, existen áreas que son altamente vulnerables, sin desconocer que todos los seres humanos somos vulnerables a los impactos del cambio climático, pero hay áreas y grupos poblacionales que son más vulnerables ante este cambio.

Los impactos sanitarios agudos dados por la variabilidad climática o por un evento extremo, incluyen daños a la infraestructura sanitaria y social, aumento de la mortalidad, traumas, alergias, trastornos crónicos por contaminación ambiental, afectación al acceso a la atención médica, enfermedades transmisibles infecciosas y transmitidas por vectores y afectación a la salud mental.

La migración por impactos climáticos crónicos, entendiéndolo por crónicos a aquellos que son secundarios o de evolución lenta. Por ejemplo, el aumento del nivel del mar, la salinización de las tierras agrícolas, la desertificación, la creciente escasez de agua y la inseguridad alimentaria. Además, los suministros de alimento y agua se vuelven menos confiables, hay brotes de enfermedades, erosión de las costas e inundación costera, degradación ambiental e interrupción agrícola. Esto se va dando lentamente y paso a paso.

Las consecuencias sanitarias crónicas, estarán relacionadas con una inseguridad alimentaria que puede llevar a la desnutrición, a enfermedades infecciosas emergentes, a la escasez de agua,

la salinización del agua dulce, la salud mental, la generación de lesiones y el aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Si vemos los impactos del cambio climático reportados por el IPCC (2014), tenemos a la alimentación, el agua y los ecosistemas como aquellos que están en el tope de riesgos y de impactos esperados en función del incremento de las temperaturas. Estos riesgos van incrementándose a medida que aumenta la temperatura promedio de la superficie de la tierra.

La relación entre el hambre y la migración ha sido debatida en la literatura (Black et al. 2011), encontrando que la inseguridad alimentaria es una de las dimensiones que influyen en la migración. Además, las crisis ambientales y financieras que reducen el acceso a los alimentos y aumentan sus costos, junto con las instituciones débiles y la falta de oportunidades de empleo, también contribuyen a la migración (BBC News, 2019).

A su vez, el hambre es causa y efecto de la movilización forzada en el mundo. La mayoría de las 70 millones de personas que se ven obligadas a abandonar sus hogares, tienden a hacerlo no

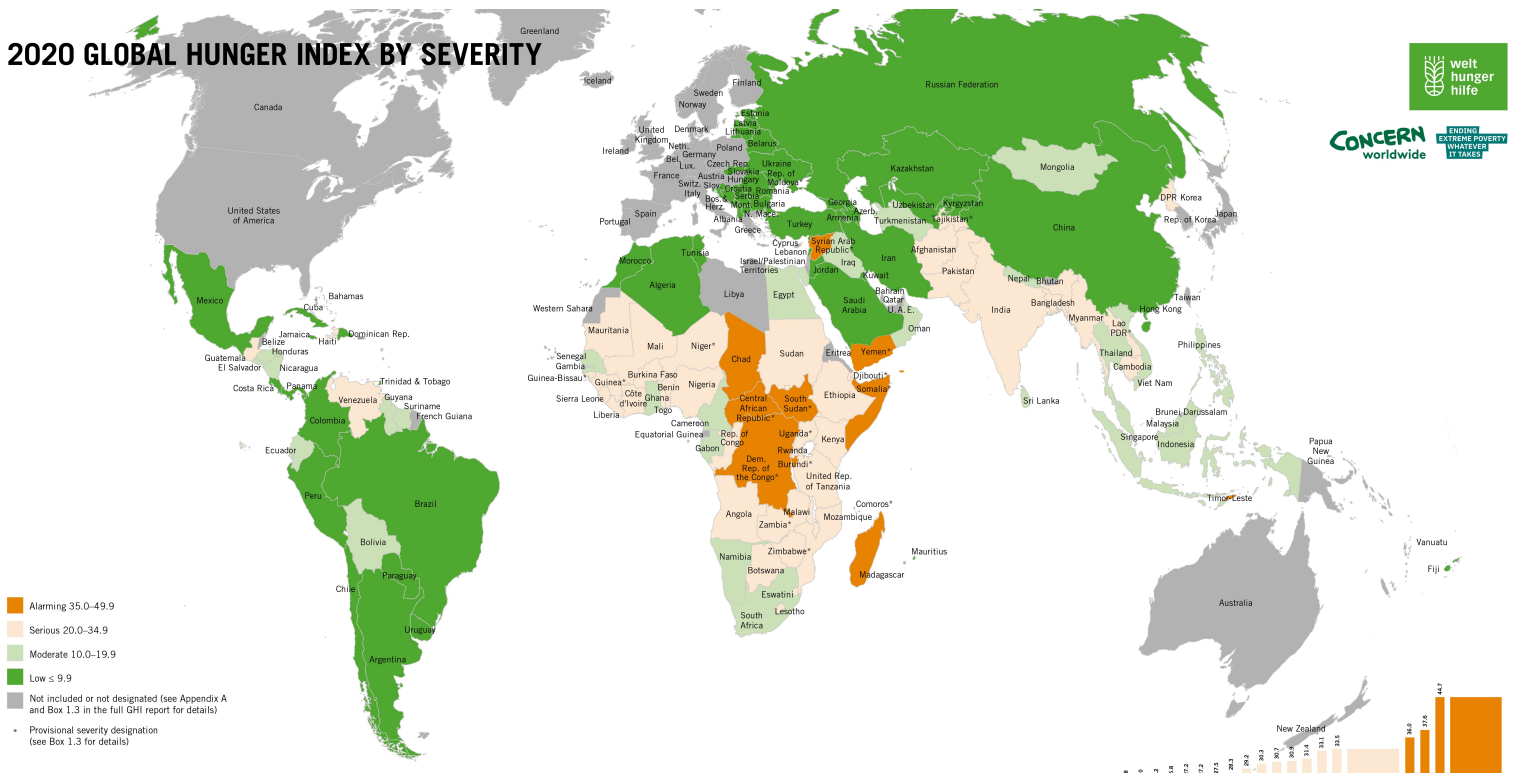
sólo por una razón, sino por una multitud de factores; pero el hambre es uno de los principales.

El informe generado por el Global Hunger Index (2020), muestra que muchos de los países con mayor incidencia de hambre se ven afectados por conflictos, desplazamientos de población y violencia política. Por lo anterior, sobre la situación del hambre en el mundo, se evidencia que el mundo no está en camino de lograr el hambre cero para el 2030 (mapa 1).

Además, los países de bajos y medios ingresos están en riesgo por la crisis actual de la Covid-19 y la pobreza, sumado a que el progreso económico está siendo lento o se ha revertido en algunos países. El promedio a nivel mundial señala que el hambre es moderada, pero varía según la región.

Las políticas en materia de alimentación y salud están fragmentadas, lograr el hambre cero significa remodelar los sistemas. Por ello, necesitamos repensar el sistema sanitario y alimentario.

Mapa 1. Índice global de hambre según nivel de severidad, 2020



Fuente: Global Hunger Index, 2020.

Con relación a la dimensión medioambiental, una de las áreas que está fuertemente en peligro de generar oleadas de inmigración, es la selva amazónica. La selva del Amazonas tiene la biomasa más grande y las tasas más altas de biodiversidad terrestre, alrededor del 10% al 15%. Esta selva juega un papel fundamental en el sistema climático porque recicla y transporta la humedad, manteniendo las precipitaciones locales y regionales, además de contribuir a la circulación atmosférica y a los ciclos biológicos, energéticos y del carbono. Así mismo, la cuenca del Amazonas es el hogar de pueblos indígenas, quienes preservan los ecosistemas y sus culturas a través del bosque.

Sin embargo, los escenarios del cambio climático muestran aumentos en términos de temperatura que podrían incrementar al 2050 en algunas áreas a 2.5 grados centígrados, es decir, muy altos. Mientras que las precipitaciones o no cambian o se reducen, pero con las altas temperaturas que se esperan para el 2030 y 2050, los efectos serán devastadores sobre la selva amazónica, también, en términos de incendios y otras situaciones. Además, hay actividades humanas que impulsan la deforestación, no solamente es el efecto del cambio climático, sino también la acción antropogénica la que está dañando a la selva amazónica.

¿Esto a qué nos va a llevar? A que la pérdida del bosque amazónico genere nuevos e intensos flujos migratorios a otras áreas y países. Cabe preguntarse ¿cuáles son los riesgos potenciales de todos estos cambios? Al respecto, cabe recordar que estamos viviendo la pandemia de la Covid-19, pero tenemos otras áreas saliendo del Amazonas, las cuales pueden generar otras pandemias, es decir, hay enfermedades zoonóticas emergentes como la fiebre de oropouche, la fiebre hemorrágica boliviana, los adenovirus, el virus chapare, el hantavirus, el dengue y el zika. Entonces el Amazonas, es realmente un área sumamente llamativa y peligrosa como generadora de corrientes migratorias muy severas para la región. Puede concluirse que están presentes y se esperan impactos significativos del cambio climático sobre la salud, la seguridad alimentaria, la calidad y disponibilidad de agua, por lo que se debe de avanzar en la adaptación y la resiliencia que permita reducir los riesgos, disminuir los niveles de pobreza y los nuevos flujos migratorios desde Sudamérica.

Las proyecciones climáticas, bajo diferentes escenarios de emisiones, indican que es necesario modificar profundamente las formas de producción, distribución y consumo, para avanzar hacia economías con menores niveles de emisiones de CO₂ y una mayor inclusión social.



Una de las
áreas que está
fuertemente
en peligro de
generar oleadas
de inmigración
también es la
selva Amazónica.

03

Migración y salud: temas emergentes y perspectivas

Andrés Alonso Agudelo Suarez

Y llevo mi vida en una maleta

La migración no se debe ver como un problema, se debe ver como un fenómeno con grandes implicaciones a nivel social, económico y político. Los modelos incluyen la migración como un determinante social, que impacta en las desigualdades y en las inequidades de salud de los grupos que son considerados como vulnerables.

Es decir, la migración entra como un elemento interseccional para analizarse como un determinante más, como lo es el género, la clase social, el grupo étnico y la educación. Cuando se habla de migración y salud, tenemos que hablar de los procesos de adaptación de la población migrante al sitio de destino y debemos analizar también el perfil epidemiológico, es decir, existen desigualdades e inequidades en las condiciones de salud en estos grupos que son considerados vulnerables.

Podemos ampliar el concepto de los tipos de migraciones, hablar de una migración de acuerdo con la causa, la razón, el motivo y la circunstancia por la cual migra esta persona; estamos hablando de migraciones por causa de tipo económico, político, social y ambiental.

Las migraciones de tipo económico, político y social también se entremezclan, por ejemplo, hablamos de migraciones de la población venezolana que no solamente ocurre por las

dificultades económicas y la necesidad de conseguir un trabajo, sino que hay todo un proyecto de vida para sostenerse con su grupo familiar.

En un contexto de cambio climático, tenemos que hablar de los procesos de migración interna, la que ocurre entre los mismos territorios, también, de migraciones que ocurren entre ciudades, barrios, pueblos, municipios e inclusive entre calles. Así mismo, está la migración académica, por ejemplo, en Colombia se han dado algunas políticas para atraer gente que tenga doctorado y una alta cualificación, para trabajar en el país.

Por otro lado, la "style migration" o migración de personas jubiladas, se está viendo en el sur de España, en el sur de Italia, básicamente se da en población Escandinava y del Reino Unido que emigra a las playas, a la Costa Blanca y a la Costa Brava. Incluso en este momento la estamos viendo en Medellín, una migración no tan frecuente como en otras ciudades, de personas jubiladas procedentes de norteamérica, especialmente Estados Unidos.

Debemos hablar del efecto del inmigrante sano, es decir, migra el que puede, el que tiene mejor estado de salud, aunque esto no se aprecia en todas las poblaciones y en todos los grupos

sociales. Un caso contrario a esto, pueden ser las migraciones africanas en donde no migra generalmente el que quiere, sino el que tiene que hacerlo, y muchas veces con un estado de salud adverso.

También, se presenta el efecto salmón, que ocurre cuando las personas se enferman y no encuentran asidero en el país de destino y tienen que regresar al país de origen para obtener atención.

Adicionalmente, están las migraciones de retorno, que se presentaron durante la crisis económica en España, con el retorno de muchos colombianos a su país. En el contexto de la Covid-19, también se está viendo la migración de retorno, principalmente retornados venezolanos desde Colombia hacia Venezuela.

Lo anterior nos lleva a pensar cuáles son los alcances y las dificultades en el proceso migratorio, no solamente relacionado con los procesos de violencia, sino también de aumento en las tasas de morbilidad para ciertas enfermedades y el aumento de la mortalidad.

Por último y no menos importante, hablar de las redes sociales de apoyo que pueden ser formales y no formales, y cómo ésto tiene relación con los procesos migratorios en un contexto de cambio climático.

La migración desde una perspectiva de salud global

En salud mental tenemos que hablar del estrés aculturativo, que es esa gama de sentimientos, emociones y conductas individuales y colectivas que padecen las personas cuando se tienen que despojar de sus referentes culturales. Incluyen la asimilación o no asimilación con la cultura de llegada, la separación y mantenimiento de las tradiciones propias, la integración, y la marginación y rechazo en la cultura de origen o destino.

También, se habla del duelo migratorio, que es el proceso de reorganización de la personalidad, que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para las personas. Incluye el duelo por la familia, por la lengua materna, por la cultura, por la tierra, por la pérdida del estatus social, del contacto con el grupo étnico y de la seguridad física.

En el campo laboral, se analizan las características sociodemográficas evidenciándose que, en general existe una tendencia de población joven femenina en los flujos migratorios.

Se ha documentado que existe una segmentación del mercado laboral; la literatura nos habla de las profesiones “3d” dirty, demanding, dangerous, peligrosas demandantes y sucias, porque las personas tienen que enfocarse en la economía informal y sumergida. Por esto, las personas migrantes están en contrataciones que no son muy favorables para ellos y ellas.

En cuanto a la tipología de flujos migratorios, si bien en el caso concreto de la población venezolana en Colombia, debemos hablar de estos cuatro tipos de flujos migratorios: los empresarios, los hijos de colombianos que tiene nacionalidad venezolana y nacionalidad colombiana, los profesionales de mejor cualificación; y en éste la última ola de migración llegan personas de menor cualificación, es decir, con títulos técnicos o inclusive con únicamente estudios secundarios. Lo que acarrea diferentes competencias para el mercado laboral.

¿Cuáles son las condiciones de empleo y trabajo? Desde la inmigración de retorno y las situaciones vividas durante el aislamiento obligatorio en la pandemia de la Covid-19, se ha encontrado que fueron jornadas laborales extensas, con bajo salario y en algunos casos con ausencia de contratación, con inseguridad laboral, sin seguridad social y con exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo (Agudelo-Suárez et al. 2022).

Lo anterior, tuvo como consecuencias accidentes laborales, mayor presentismo, es decir, llegar al trabajo a pesar de estar enfermo, la salud mental afectada, cargas laborales y personales, pérdida del apoyo social y discriminación en el lugar de trabajo.

La migración entra como un elemento interseccional para analizarse como un determinante más como es el género, la clase social, como es el grupo étnico, y como es la educación

Por otro lado, cuando hablamos de violencia de género, tenemos que hablar del empoderamiento o de la capacidad de empoderamiento que tengan las mujeres y especialmente las mujeres migrantes, debido a la doble, triple o cuádruple vulnerabilidad a la que están expuestas.

Al respecto, los procesos de determinación social de la salud incluyen la discriminación, la precariedad laboral, el no acceso a los servicios sociales, el desconocimiento de la legislación existente que da respuesta al fenómeno migratorio, y el desconocimiento de los recursos que tiene el gobierno u otras instituciones para dar atención a las mujeres en condición de vulnerabilidad.

Esto permite señalar que existen factores relacionados con el proceso y el estatus migratorio, que facilitan o no, que las mujeres puedan reconocer su situación de ser víctimas de violencia de género, puedan denunciar y acceder a los servicios sociales existentes, para dar respuesta a este fenómeno.

Un estudio que se está desarrollando sobre violencia de género y determinantes sociales en mujeres gestantes venezolanas en Barranquilla, con estatus migratorio irregular, preliminarmente muestra que existen unos determinantes, como experiencias previas de violencia, la situación social de salud, las motivaciones para la migración y unos factores relacionados con el proceso de adaptación a Colombia, que explican los diferentes tipos de violencia física, mental y psicosocial que sufren las mujeres (Isaza-Arias et al. 2020).

Referente al acceso a los servicios de salud, estamos hablando de los servicios de protección laboral para la población trabajadora, de los servicios para problemas específicos y de los servicios de salud sexual y reproductiva. Al respecto, hay que analizar cuáles son los factores estructurales, considerando la globalización como un elemento importante y el cambio climático como un factor estructural. Además, la capacidad del sistema de salud y los factores culturales e individuales propios del proceso migratorio, que están haciendo que la persona acceda o no, a los servicios de salud.

En ese sentido, estamos llamados a la investigación, a analizar la situación de salud, a la aplicación de metodologías innovadoras mediante metodologías cualitativas, a los métodos mixtos y al análisis del rol de los medios de comunicación sobre el fenómeno de la migración.

En clave de la acción, se hace necesario continuar con el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica y con el

fortalecimiento de los servicios sociales y de salud, que den una respuesta social al fenómeno migratorio y a las necesidades sociales del país.

Conclusiones del seminario

Son cuatro los desafíos en la región de Sudamérica, para fortalecer el enfoque basado en derechos humanos y con especial énfasis en los derechos de las personas migrantes.

El primero, es una mayor cooperación internacional. En Latinoamérica no podremos avanzar en derechos, en acceso y cobertura al sistema sanitario, si no hay cooperación internacional.

El segundo desafío es el egoísmo patriótico/nacionalista, porque todos los países han intentado sobresalir a los otros en la región, haciendo acuerdos distintos con las vacunas para la Covid-19. Un ejemplo son Perú, Chile, Uruguay y Argentina, todos en primera dosis de vacunas utilizaron una dosis distinta, eso habla de un egoísmo desde los países por la negociación, desconociendo que puede funcionar mejor la compra por volumen.

El tercero, tiene que ver con las personas migrantes, hay que fortalecer los mecanismos de regularización y en eso los países de la región no han avanzado mucho. Se debe hacer un tránsito de la crisis humanitaria a las políticas regulatorias formales y estructurales, para eso, se hace necesario la cooperación y la gobernanza latinoamericana.

El cuarto desafío es para la academia, porque hace falta evidencia científica constante para demostrar que el enfoque de derechos humanos es mejor explicitarlo que no hacerlo, además, mostrar que eso tiene una repercusión desde un modelo causal, en un mejor estado de salud de las personas migrantes.

El enfoque del buen vivir y su relación con el cambio climático, debe ser analizado en la forma de su utilización por parte de los gobiernos en el mundo; debe diferenciarse en las acciones lo que es real y lo que es aparente, a veces, el discurso bonito está en el mundo aparente, deseado y todo lo contrario está en el mundo real. La elección de un modelo de desarrollo de buen vivir tiene que ir en coherencia con el discurso bonito, porque si no, vamos a quedarnos sin el mundo real.

La multiplicidad de factores que estamos enfrentando actualmente, y la que los jóvenes van a enfrentar en el futuro, son realmente serios. El déficit de agua, las migraciones,

las sequías, los cambios económicos y políticos, van a generar un panorama bastante complejo.

Las generaciones de los años 50, 60 y 70 han vivido importantes transformaciones, empezaron con la máquina de escribir en algún momento y ahora tenemos la virtualidad. Sin embargo, todo ese aprendizaje que hemos tenido desde lo tradicional, lo histórico hasta este momento, podría convertirse en problemas serios e incluso de sobrevivencia para la juventud actual.

En un siglo XXI más abierto, más tecnológico y más humano, las juventudes exigen agua, cuidan la biodiversidad y defienden las especies animales. Todas esas maravillosas transformaciones que tiene la juventud actual deben encaminar a sus países a la adopción de un modelo de desarrollo limpio que permita cambiar las sociedades en Latinoamérica.

Recomendaciones

Necesitamos una nueva forma de dirigir nuestras vidas y economías, promoviendo el consumo y la producción sostenible a través de una mejor eficiencia de los recursos y cambios en el estilo de vida.

Necesitamos movilizar financiación e inversión hacia oportunidades de bajas emisiones de carbono y una producción y consumo más limpio.

El hambre, la inseguridad alimentaria y el desplazamiento, deben entenderse y abordarse cómo políticas de Estado.

Realizar actividades de investigación para identificar los determinantes de los flujos migratorios para los países y realidades específicas, para así contribuir a frenar el sufrimiento de las poblaciones vulnerables y los impactos económicos y sociales en los países receptores.

Promover la acción, la adaptación y el logro de la resiliencia. Los ciudadanos deben estar informados e inspirados para reducir su propia huella de carbono.

Priorizar acciones multilaterales para reducir la profundización de la crisis o el incremento de los gobiernos dictatoriales, algunos con conexiones ilegales, que podrían acentuar la expulsión de población de nuevas áreas de América del Sur.

Fortalecer la cooperación, las regulaciones internacionales y la protección de la población más vulnerable.

Podemos cerrar con esta frase: al mirar hacia el futuro de la ola migratoria actual en todo el mundo, debemos reconocer que la cuestión de las migraciones humanas globales pueden definir muy bien el siglo XXI.

Referencias bibliográficas

Agudelo Suárez, A. A., Vargas Valencia, M. Y., Vahos Arias, J., Ariza Sosa, G., Rojas Gutiérrez, W. J., & Ronda Pérez, E. (2022). A qualitative study of employment, working and health conditions among Venezuelan migrants in Colombia. *Health & Social Care in the Community*.

BBC News. (2019). La poco conocida razón por la que migrarán millones de Centroamérica y México (y no es la violencia). *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-49696180>

Black, R., Adger, W. N., Arnell, N. W., Dercon, S., Geddes, A., & Thomas, D. (2011). The effect of environmental change on human migration. *Global Environmental Change*, 21, S3-S11. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2011.10.001>

Global Hunger Index. (2020). *Global Hunger Index (GHI)—Peer-reviewed annual publication designed to comprehensively measure and track hunger at the global, regional, and country levels*. <https://www.globalhungerindex.org/>

IPCC. (2014). *Cambio climático 2014: Impactos, adaptación y vulnerabilidad. Parte A: Aspectos Globales y Sectoriales*. (Organización Meteorológica Mundial). Cambridge University Press. <https://www.ipcc.ch/languages-2/spanish/ipcc-en-espanol-publications/>

Isaza Arias, L., Agudelo Suárez, A. A., Chicangana, C. J., & Fernández-Niño, J. A. (2020). Gender-based violence and social determinants in undocumented pregnant Venezuelans living in Barranquilla, Colombia: A qualitative approach.

Phillips, N. (2011). *Migration in the global political economy*. Lynne Rienner Publishers Boulder, CO, USA.

Seminario

Solidaridad global y soberanía sanitaria

Presentación

En esta última sesión del seminario, Joan Benach nos presenta los contrastes y las confrontaciones que se han presentado durante la pandemia de la Covid-19, en donde el modelo ha sido el gran protagonista que ha puesto en tensión a la sociedad y sus sistemas.

Por su parte, Jairo Ernesto Luna, nos muestra la arquitectura de las relaciones internacionales y el papel que ha jugado el filantropocapitalismo en la imposición de las agendas y en la toma de decisiones sobre la salud global. Asimismo, nos

presenta las resistencias globales que se han desarrollado para hacerle frente.

Para finalizar, Sebastián Tovar nos presenta las propuestas realizadas desde el Centro de Relaciones Internacionales en Salud -CRIS-FIOCRUZ, para enfrentar un fenómeno global como la pandemia de la Covid-19, considerando el desarrollo de la ciencia y la tecnología desde las escuelas de salud pública, como un aporte a la transición social que tendrá el mundo.

01

Contrastes de la solidaridad global y la soberanía sanitaria

Joan Benach

La pandemia del coronavirus Sars-Cov-2 iniciada en 2019, es una pandemia del Siglo XXI que está significando y va a significar un cambio de época en muchos sentidos. Como dice el escritor y ensayista portugués Boaventura de Sousa Santos (EITB, 2020), la pandemia es el reflejo de las venas abiertas del mundo, porque es la primera pandemia global, strictu sensu, de la que se tiene noticias en este siglo.

Para septiembre de 2021, la pandemia ha producido cinco millones de muertes registradas oficialmente, aproximadamente 215 millones de casos confirmados y un impacto social muy notable en cuanto al trabajo, la pobreza y las desigualdades sociales en salud. Esto, considerando que todavía tenemos una visión incompleta de una situación que es muy compleja, dinámica y que aún sigue presente.

En ese sentido, todavía hay muchos fenómenos ligados a lo que se ha llamado la Sindemia (Singer, 2009), que son las interseccionalidades entre factores sistémicos, como los políticos y otros de alta complejidad.

Por otro lado, han surgido contrastes o confrontaciones sobre los cuales vale la pena reflexionar, porque con la pandemia se recalcaron. Estos se detallan a continuación: Lo primero, es la noción de progreso y desarrollo que está presente en las sociedades modernas. Aunque hay avances en ciencia y tecnología, vacunas, robótica, inteligencia artificial y se cree que a futuro habrá el 5G, al mismo tiempo, se evidencia la radical fragilidad humana, puesto que somos seres inter y ecodependientes y la pandemia lo está reflejando.

Lo segundo, es un contraste entre lo esencial y lo precario. Por un lado, tenemos que las actividades más esenciales para la vida humana durante la pandemia son la alimentación, la limpieza, el cuidado y el transporte público, pero en muchos casos y en varios países, también lo son las actividades que desarrollan las personas más precarizadas, vulnerables y frágiles. Solamente los ricos, una clase media o media alta han podido teletrabajar, en cambio, las clases populares o personas que tienen trabajos precarios o informales, no han podido hacerlo. Estos asuntos están agravando la pandemia en la actualidad.

El tercer contraste, es que la pandemia como su nombre lo indica es una pandemia global, pero es una pandemia de la desigualdad, ya que no afecta a todo el mundo de la misma manera. Ha sido un catalizador que aumenta y extiende las desigualdades ya existentes en la salud. Antes de la pandemia había una multiplicidad de epidemias sociales ligadas al desempleo, a la pobreza, a la precariedad, a los problemas habitacionales y a otros tantos más que han sido amplificadas en esta pandemia.

Como lo ha dicho el historiador y urbanista Mike Davis (2020), estamos ante una constelación de pandemias de empleo, trabajo, vivienda, riqueza, problemas ambientales, etcétera. Por ende, sólo queda reconocer la importancia de los determinantes sociales o eco sociales y políticos de la salud y la desigualdad, que actúan sinérgicamente afectando de manera notable a los distintos grupos sociales, según su etnia, clase social, edad, situación migratoria, entre otros. De tal forma, que produce algo conocido en la literatura en salud pública como el gradiente social de la salud, es decir, a peor situación social peor situación de salud.

El cuarto contraste, es que la pandemia nos muestra la relación entre el neoliberalismo y lo público, neoliberalismo que ha producido la privatización del estado de bienestar. Por esto, cabe recordar las olas del neoliberalismo que empezaron en los años 70, con el golpe de estado que se dio en Chile en 1973 y luego con las dictaduras en Latinoamérica. Así como, la presencia de la señora Margaret Thatcher en el Reino Unido y la de Ronald Reagan en Estados Unidos.

El neoliberalismo hegemónico ha dicho y sigue reiterando que el mercado es la solución para todo o casi todo. Cuando en realidad, si aspiramos a salir de alguna manera de esta pandemia es porque lo público, el Estado, es quien nos puede salvar; pero la pregunta es ¿qué Estado? porque en los

últimos decenios hemos asistido a eso que algunos autores han llamado la privatización del Estado (Cabrerero, 1991). En ese sentido, hay que ver si el Estado está a favor del mundo de las grandes corporaciones y del mercado o a favor de lo común.

Otro contraste que nos plantea la pandemia, es que por un lado tenemos avances en tecnología y ciencia, pero por otro lado tenemos una incapacidad de gestionar adecuadamente y prevenir los problemas derivados de la pandemia. Se cuenta con tecnología, información, inteligencia artificial, Big Data, entre otros, pero realmente hay una incapacidad notable de hacer frente a esta pandemia.

Por eso, vale la pena destacar que se evidencian tres modelos para gestionar la pandemia. Uno ha sido llamado por algunos como un modelo necrofílico, que básicamente es una estrategia autoritaria en la cual una gran parte de la población importa poco. Esto se puede ejemplificar con el caso Trump en Estados Unidos durante los cuatro años de su presidencia o en el caso de Bolsonaro en Brasil, aunque no son los únicos.

El segundo modelo es el preventivo institucional, que ha apostado por la estrategia de covid-cero o eliminación, con intervenciones rápidas y contundentes y con grandes inversiones en rastreadores, en el control del aislamiento de los contactos y en general en acciones de salud pública contundentes.

Finalmente, tenemos un tercer modelo reactivo empresarial, que trata de bloquear o liberalizar las actividades comerciales, los confinamientos y demás, pero sobre el cual no hay una apuesta decidida por hacer frente al problema de la pandemia, como un problema de salud pública.

Vale la pena destacar que, la investigación disponible dice que la estrategia más exitosa ha sido la covid-cero, que es la que plantea eliminar o intentar erradicar el virus. Por ejemplo, se estima que las muertes por Covid-19 por millón de habitantes en los países de la OECD (Islandia, Nueva Zelanda y Australia), que optaron por la eliminación, han sido 25 veces más bajas que en otros países de la OECD que favorecieron la estrategia de mitigación. Además, es una estrategia que ha mejorado la situación económica y ha sido en fondo, menos restrictiva de los elementos democráticos que han sufrido otros países. Contrario a lo anterior, vemos países con limitaciones de gestión, con una visión más sistémica e integrada de la

pandemia y con un limitado o falta de liderazgo y coordinación. Además, se evidencia una gestión poco transparente, poco democrática y que no ha fortalecido de forma urgente y contundente la salud comunitaria y los servicios sociales con la atención primaria.

En definitiva, en la salud pública, que por desgracia todavía mucha gente sigue confundiendo con la sanidad pública, no se ha pensado la pandemia desde el punto de vista de las desigualdades desde las clases sociales, de las etnias, las personas según la situación migratoria, el género y desde la participación comunitaria.

Tenemos sistemas de salud pública suficientemente desarrollados, tanto en inversiones como en el modelo para actuar preventivamente. Aunque a veces, hay críticas exageradas sobre la inversión en salud pública, nombrándola exagerada. Pero en el fondo, a modo de ejemplo, es como si renunciamos a una estación de bomberos simplemente porque no hay un incendio. Claramente la inversión en la estación de bomberos tiene que existir, porque saben que puede producirse un incendio y por tanto se debe de estar preparado para actuar, pero también para prevenir que ocurra. Situación parecida puede darse con la salud pública y con la prevención planetaria, considerando la cantidad de problemas que hoy en día son globales y que la Covid-19 ha puesto de manifiesto.

En la misma línea se aprecia otro contraste, por un lado, la heroicidad de los profesionales sociosanitarios por cuidar a la población, haciendo lo mejor posible en jornadas interminables de trabajo, versus la especie de pulsión necrofílica antes comentada. A este fenómeno, algunos autores lo han llamado sacrificial (Fernández, 2018), en el sentido de que no importa si se sacrifica la vida y la salud de muchas personas en el mundo. Asunto que no es nuevo en la historia colonial, los procesos históricos nos muestran que se ha sacrificado y eliminado a cientos de miles de millones de personas en muchos procesos, como a los grupos indígenas, étnicos y a las clases populares.

El séptimo contraste, está dado entre el desarrollo de la ciencia y la dificultad para un desarrollo adecuado de la salud pública, que está relacionado con algo mencionado anteriormente y que se manifiesta específicamente en las vacunas, y es lo que puede llamarse el apartheid de vacunas, o segregación nacional de las vacunas, la cual se sigue padeciendo a pesar de saber que, cuánto más se tarde

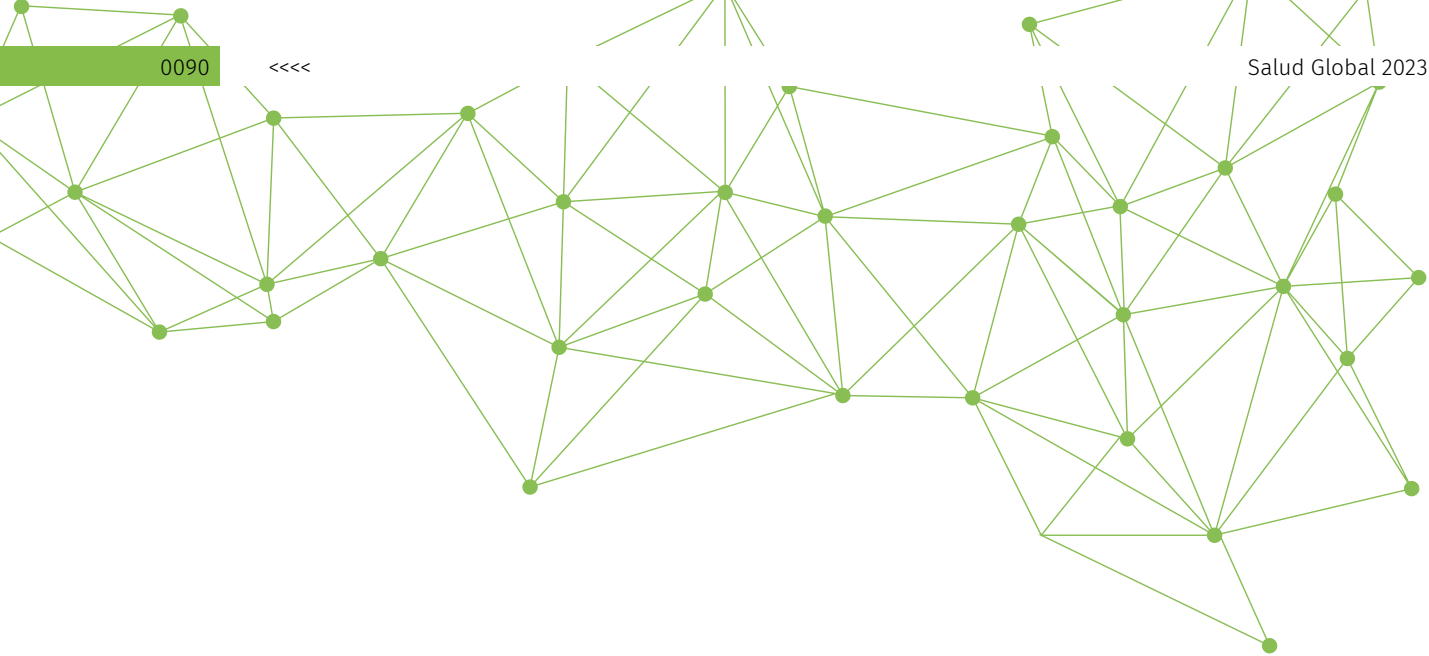
en vacunar a la población mundial, más se va a dificultar la posibilidad de tener una solución completa y global, sin embargo, se está haciendo un acaparamiento de vacunas.

**Debemos
entender que los
seres humanos,
también somos
una especie
en peligro de
extinción.**

En septiembre de 2021, se habla de la tercera dosis en los países ricos, cuando una gran parte de la población en el mundo, no ha recibido la primera dosis de la vacuna. A finales de agosto de 2021, más de 2.500 millones de personas, más o menos un tercio de la población mundial, ya estaban vacunadas con una dosis. En países de la Unión Europea más o menos el 65% o 70% de la población adulta ya está vacunada, mientras que en regiones del continente africano no se ha podido alcanzar el 5% de la población.

Por tanto, se tiene un problema y es la democratización de la vacunación, que no sólo es un tema biotecnológico de desarrollar vacunas efectivas, sino que también es un tema social, puesto que la pandemia es un proceso sociohistórico. Teniendo en cuenta, que en los procesos de fabricación la inversión básicamente es pública, pero luego la gestión y la comercialización es privada. Esto es parte del problema del apartheid de vacunas del que se ha hecho referencia.

Una octava confrontación, está dada por la naturaleza versus el ser humano. Se señala que estamos destruyendo la naturaleza y esto tiene relación con el origen de esta pandemia y de otras epidemias, pero resulta que los seres humanos somos naturaleza. En ese sentido, debemos



cambiar radicalmente la forma en que nos relacionamos con la naturaleza, porque estamos ante una situación muy grave que puede significar el fin de la humanidad o de gran parte de ella.

Como algunos autores e instituciones han comentado, puede darse un ecocidio que genere la desaparición de un millón de especies en peligro de extinción, entre otros graves problemas en cuanto a diversidad, contaminación y cambio climático. Esto lo ha manifestado en su último informe el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (2021). Por esto, debemos entender que los seres humanos, también somos una especie en peligro de extinción. En ese sentido, la pandemia de la Covid-19 es una más de las decenas de enfermedades infecciosas, que en las últimas décadas se han manifestado con mayor prevalencia en varias partes del mundo, sólo que ahora está en la vista global, afectando también a los países ricos. Pero estas zoonosis se han ido produciendo en relación con el Ébola, el Sida, el Zika, la Chikungunya, el Sars y tantos otros, relacionados con el tema ecológico, asociados a la deforestación y la pérdida de la biodiversidad.

También, tenemos el contraste con las soluciones tecnológicas que se quieren implantar, versus las inercias, es decir, las incapacidades que tienen los Estados para modificar las situaciones en que se encuentran. Éstas tienen que ver con un capitalismo neoliberal que junto con el colonialismo, el patriarcado y el racismo, son nuestro peor virus.

En conclusión, todas las confrontaciones y contrastes aquí referenciados son importantes para reflexionar. Debe quedar el aprendizaje que el trabajo, los trabajadores y las trabajadoras esenciales son fundamentales, que la sanidad

pública, la salud pública y los cuidados son esenciales, y que los humanos son una especie frágil. Además, esta pandemia está representando una especie de laboratorio de lo que puede ocurrir no sólo ahora, sino en los próximos tiempos.

Se ha dicho que esta pandemia también es una sindemia, por todos los factores sociales que están representados y comentados anteriormente. Pero algunos autores están comentando que en realidad esta pandemia se puede convertir en una endemia, en un proceso endémico, por ende, esta pandemia se puede cronificar dando lugar a una situación estacional, un poco parecida a la gripe, pero probablemente con más gravedad.

También, debe decirse que es una endemia producida por los procesos bajo el capitalismo neoliberal que tienen que ver con una forma de vida no sostenible, por mucha retórica que se le ponga. Un tipo de vida que no puede seguir basándose en un crecimiento infinito, en una acumulación de capital y en una búsqueda permanente de beneficios, puesto que esto está chocando contra los límites biofísicos del planeta. Por tanto, puede afirmarse que esta no es una pandemia viral, sino una endemia capitalista.

02

Poder instituyente y soberanía sanitaria

Jairo Ernesto Luna Garcia

Ante los retos planteados por la pandemia de la Covid-19, cabe preguntarse ¿cuál es la arquitectura de las relaciones internacionales que nos permite responder a estos retos? La arquitectura de las relaciones internacionales tiene que ver con los procesos de globalización desde los siglos XVIII y XIX, donde plantearon que ante los retos emergentes de la salud se necesitaba una respuesta internacional. Pero, en pleno siglo XX esta respuesta estuvo articulada desde los esfuerzos que se dieron por la fundación Rockefeller y a finales del XX y comienzos del XXI desde la fundación Bill y Melinda Gates (Birn & Richter, 2016).

Es decir, en la primera parte del siglo XX la acción de la fundación Rockefeller estuvo encaminada en desarrollar una filantropía que le permitiera tener un tipo de diplomacia internacional, y un tipo de influencia para favorecer sus negocios. Además, ayudó a construir, en buena medida,

la arquitectura de la salud pública en muchos países y en el ámbito internacional, a la configuración propia de la Organización Mundial de la Salud. Esto desde una perspectiva de influir desde el sector privado y desde esta perspectiva de filantropía de las políticas públicas.

Desde una respuesta gubernamental, se aprecia que la fundación Bill y Melinda Gates, también ejerce una perspectiva de influencia en estas políticas internacionales y en programas en diferentes territorios del mundo, pero ya lo hace desde una óptica que tiene unos matices distintos con lo que hacía la fundación Rockefeller. Es decir, en la actualidad la influencia de la fundación Bill y Melinda Gates busca propiciar los procesos de privatización en el marco de una agenda neoliberal. Esto plantea unos retos y posibilidades para la respuesta a problemas como los que nos presenta esta pandemia de la Covid-19.

Entonces puede decirse que en el fondo, aún hay una continuidad de la influencia privada desde una perspectiva de la filantropía, que no le rinde cuentas a nadie y le resta dinero de los recursos públicos a los Estados. Además, orientan sus inversiones en función de sus negocios. De hecho, en la actualidad las inversiones que tiene Bill Gates en el desarrollo de vacunas son muy importantes, en esa medida, su filantropía también ejerce una fuerte influencia.

Adicionalmente, se debe tener presente una serie de escenarios y acciones que comienzan a finales del siglo XX, por ejemplo, la generación del fondo para las vacunas conocido como Gabi, pero también en otros territorios ha estado la Alianza Mundial para el Mejoramiento de la Nutrición -GAIN- por sus siglas en inglés. Luego, el fondo de acceso global para vacunas bajo el mecanismo denominado COVAX y también el fondo mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Recientemente, está la coalición para la innovación en preparación de vacunas, para prevenir y contener enfermedades infecciosas epidémicas -CEPI- por sus siglas en inglés. Frente a este último, su desarrollo está relacionado con la respuesta a la pandemia y tiene una inversión bastante significativa.

En esa medida, cabe preguntarse ¿qué hay detrás de toda esta influencia del sector privado en el desarrollo de las políticas internacionales en salud, y de este tipo de respuesta a la pandemia de la Covid-19? Lo que puede encontrarse, es que ésto se asocia con unos cambios en el tipo de capitalismo que estamos viviendo y que algunos autores denominan capitalismo cognitivo (Fumagalli, 2010), donde una serie de acciones afectan las maneras de producir y consumir, ligados a los desarrollos de la ciencia y la tecnología. Sucedió inicialmente con el desarrollo de la ciencia y la tecnología en las comunicaciones mediante las denominadas TICs. Hoy en día, en formas que están afectando la vida cotidiana de múltiples sectores, como por ejemplo el internet de las cosas, la inteligencia artificial y propiamente el desarrollo de la biotecnología.

Entonces, en este momento y en estas circunstancias es necesario pensar ¿cuál salud?, ¿cuál ciencia?, ¿en qué marco de relaciones internacionales?, ¿a favor de qué tipo de modelo de sociedad?

Considerando si lo que se requiere es profundizar en la visión que se nos ha vendido de lo inevitable de una revolución 4.0, donde se esté sujeto y dónde cada vez la población

pierde más autonomía, y además se le otorga al internet y a los sistemas de inteligencia artificial, la dependencia de nuestras formas de vida cotidiana.

Lo que puede pensarse es ¿cómo realmente recuperar una visión de los comunes, de la comunidad, de la autonomía de los sujetos para enfrentar estas situaciones? La correlación de fuerzas en un ámbito internacional y nacional es compleja para la construcción de los espacios de solidaridad, aunque efectivamente, las crisis abocan a la necesidad de la solidaridad, la cual ha permitido que como especie y como sociedades humanas se persista en este planeta.

Sin embargo, hoy en día hay unos intereses muy poderosos que abocan a un modelo insolidario que profundiza las desigualdades. Evidentemente, esta pandemia no todas las personas la sufren de la misma manera, aunque estamos en la misma tormenta no vamos en el mismo barco, por eso, entre territorios del norte y del sur global, o entre países, entre la ciudad y el campo, o en entre las clases sociales, encontramos unas diferencias marcadas en donde la peor parte la llevan los sectores populares, de trabajadores y aquellos que contribuyen en el día a día con nuestras necesidades; pero que paradójicamente a la hora de satisfacer sus propias necesidades no las ven satisfechas.

Entonces, hoy en día el reto está en cómo responder a estos problemas. Por ejemplo, en septiembre de 2021 se está llevando a cabo la cumbre alimentaria sobre la salud y los alimentos. Pero lo que se aprecia nuevamente, es como el poder de las grandes corporaciones en el ámbito internacional influye sobre las políticas públicas y sobre los Estados para la toma de decisiones a favor del modelo agroalimentario, dependiente de una biotecnología que agrede a los seres humanos y a la naturaleza, y que genera inmensas riquezas para sus desarrolladores.

La otra cara de la moneda, está en indagar cuál ha sido la respuesta a toda esta problemática, en un ámbito internacional y al interior de los diferentes países. Frente a esto, se ha visto el surgimiento de redes de solidaridad y apoyo de movimientos sociales, en torno a buscar y recuperar una idea de lo que puede ser una democracia. Pero no una caricatura de democracia como las que vivimos en muchas de las sociedades liberales, sino realmente donde se pueda profundizar en una participación del conjunto de la sociedad, en la toma de decisiones de los aspectos que nos afectan a todos y todas.

Al respecto, se resalta el surgimiento del Movimiento para la Salud de los Pueblos -MSP-, que en 2020 cumplió 20 años de existencia y ha planteado agrupar diferentes redes de movimientos sociales y de organizaciones de la sociedad civil del ámbito internacional, nacional y local, en torno a la búsqueda de una gobernanza internacional y democrática en salud.

Contrario a esto, está el sector de la filantropía jugando un papel de influencia muy fuerte sobre las decisiones, incluso en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud, aunque se ha dado una movilización internacional con el propósito de incidir y de evidenciar cómo esta interferencia de las corporaciones en las políticas mundiales, debe ser revertida y modificada de manera sustancial.

Es así como el Movimiento para la Salud de los Pueblos, además de una construcción que busca fortalecer la participación de la sociedad civil en la búsqueda de una salud para todos. Se planteó desde Alma Ata, una perspectiva renovada de la atención primaria en salud y de otros modelos alternativos de salud intercultural, que se pueden estar construyendo en el ámbito local y regional.

Además, desde un ámbito internacional realizan el seguimiento a las tendencias de la política global y proponen alternativas frente a ellas. Para esto, dos instrumentos han sido fundamentales, de un lado está el informe alternativo de salud mundial -Global Health Watch-, del cual se han producido cinco informes estando en proceso el sexto (People's Health Movement et al. 2022). También existe el Observatorio de la Organización Mundial de la Salud -WHO Watch- (2022), en el cual miembros del Movimiento para la Salud de los Pueblos de diferentes regiones del mundo, participan tanto en las reuniones que se dan del Consejo ejecutivo de la OMS en enero de cada año, como en la asamblea mundial de la salud que se realiza en mayo.

Cabe reconocer que todavía la incidencia de este movimiento internacional de democratización de la gobernanza en salud, no tiene un reconocimiento y una visibilidad suficiente. Pero es importante plantear que, si no hay una correlación de fuerzas en el ámbito internacional y en los ámbitos nacionales que favorezcan un proceso de democratización, espontáneamente no se va a dar, y lo que va seguir dándose es una profundización del modelo vigente.

En nuestro ámbito latinoamericano, otras iniciativas son la Asociación Latinoamericana de Medicina Social -ALAMES- y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales -CLACSO-, que han aportado a la construcción del concepto de soberanía sanitaria



Evidentemente, esta pandemia no todas las personas la sufren de la misma manera, aunque estamos en la misma tormenta no vamos en el mismo barco, por eso, entre territorios del norte y del sur global, o entre países, entre la ciudad y el campo, o en entre las clases sociales, encontramos unas diferencias marcadas en donde la peor parte la llevan los sectores populares, de trabajadores y aquellos que contribuyen en el día a día con nuestras necesidades; pero que paradójicamente a la hora de satisfacer sus propias necesidades no las ven satisfechas.

(Basile, 2022) en un análisis de los determinantes globales y de las dinámicas de las agendas que el norte global instala para el conjunto del planeta, que afectan especialmente al sur global.

Esto buscando el fortalecimiento de la propuesta de un giro decolonial que recrea alternativas de desarrollo para la salud, mediante perspectivas anticapitalistas y antipatriarcales en la triple conjunción de clase social, género y etnia. Que involucran una reflexión y una acción sobre esa relación entre la sociedad y la naturaleza, la cual requiere un cambio de orientación en profundidad.

Esto se ha venido materializando en una propuesta de Salud Internacional Sur-Sur (Basile, 2018), pero en el ámbito internacional estos elementos, aunque resultan importantes deben ser asumidos y desarrollados en las relaciones internacionales. Por esto, debe de analizarse cómo se construye la correlación de fuerzas en los diferentes países y por ende, en la necesidad de reconocer la emergencia de ese poder instituyente pero también poder volverlo una fuerza transformadora.

En Colombia, en 2021 se ha asistido a un estallido social, pero todavía es un reto importante la manera de pasar de un estallido social a un proceso organizado, en donde desde las bases se pueda recuperar la autonomía sobre las formas de producción, consumo y convivencia.

En esa medida, hoy la construcción de una Salud Internacional Sur-Sur, estaría también atravesada por la posibilidad de fortalecer esos procesos de base, que ayuden a tener maneras alternativas en los territorios de construcción de la vida social, económica y política que realmente conduzca a sociedades más democráticas.

Frente a esto, el reto también está en cuál es la ciencia y la tecnología que se requiere para fortalecer esos procesos alternativos de transición social. Una ciencia y una tecnología que pueda poner ese saber académico y científico, al servicio de los procesos democráticos sociales y dialogar con los saberes populares, para confluír en ese proceso instituyente de transformación de nuestras sociedades desde los territorios, una confluencia también de lo local y lo global cómo lo ha planteado Boaventura de Sousa Santos.

Por ende, es necesario contar con regímenes políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, que realmente recuperen esa relación con el ambiente y con la naturaleza

y que se basen en el buen vivir. Además, que tengan una fundamentación para la construcción de sistemas de salud y de protección social, que realmente puedan responder a las necesidades de la población como elemento central, rompiendo con la búsqueda de lucro y de crecimiento infinito mediante formas de consumo y productividad insostenibles, que han acompañado al capitalismo.

A manera de conclusión y recomendación, puede decirse que hoy en día el reto de construir una salud internacional Sur-Sur, una perspectiva distinta que nos dé una capacidad para responder a los retos que plantea la pandemia, pasa por limitar el control ejercido por las corporaciones y por el denominado filantropocapitalismo que está haciendo su influencia en función de sus intereses, colocando en un segundo plano las necesidades e intereses de las poblaciones y las comunidades.

En segundo lugar, la agenda también debe pasar por revertir el proceso de derechización de los gobiernos nacionales y poder construir una correlación de fuerzas desde lo nacional, hacia un ámbito internacional que realmente conduzca procesos democráticos. En tercer lugar, está la importancia de fortalecer lazos de solidaridad y en este caso la invitación es a acercarnos, a conocer, a explorar y a participar en la construcción del movimiento por la salud de los pueblos, como una respuesta del orden internacional y que también tiene expresiones en nuestro contexto latinoamericano.

Finalmente, impulsar una ciencia en confluencia con el saber comunitario que realmente logre hacer un cambio desde lo ontológico, epistemológico y lo praxeológico. Una acción para lograr una transformación positiva que permita que la post pandemia ofrezca posibilidades que como especie, como vida y como planeta, posibilite la sostenibilidad.

03

Reflexiones de la pandemia como un evento de salud global

Sebastián Tobar

La primera reflexión es el entendimiento de la pandemia como un evento típico de salud global, porque cuando se va a los manuales o a las definiciones desde la salud global se dice sobre las pandemias que se trata de eventos de salud pública, que van más allá de las fronteras nacionales y que plantean desafíos conjuntos a toda la humanidad, generando incluso la emergencia de nuevos actores. Como se ha comentado en este capítulo del seminario, en este contexto global han surgido algunos actores que rebasan las capacidades gubernamentales, como los actores de la industria farmacéutica con el desarrollo de la vacuna y demás dispositivos para enfrentar la pandemia.

Esta pandemia, la Covid-19 ha planteado una intersectorialidad afín al discurso de salud en todas las políticas, que como se ha señalado, es producto de un modelo de producción y de un estilo de consumo profundamente

agresivo con el medio ambiente y excluyente con la sociedad, en el sentido que, buena parte de la humanidad está a la sombra de los beneficios de la economía capitalista. Como ha sido planteado ampliamente, nadie va a estar a salvo en la medida que todos estén a salvo (Heinrich-Böll-Stiftung, 2021). Esto lo que plantea es la solidaridad global.

La pandemia ha llegado a un escenario global con una situación bastante caótica, por ejemplo, las rivalidades entre China y Estados Unidos por una hegemonía comercial. Esta lucha entre estas dos potencias sedimenta algunos organismos multilaterales de la gobernanza global de la salud, como la Organización Mundial de la Salud -OMS-, entidad que en el sistema multilateral o en la gobernanza global de la salud, ha tenido muchas veces la inspiración de poder actuar como máxima autoridad sanitaria global.

No obstante, sobre la OMS se cuestiona su autoridad, modelo de actuar e incluso su propia existencia, esto último, lo ha manifestado el expresidente Donald Trump, quién inclusive planteó la opción de que Estados Unidos saliera de la OMS, y otros países en una actitud neocolonialista planteaban seguirlo, como en el caso de Brasil que estuvo cercano a cuestionar y salir de la OMS siguiendo este camino.

En el plano regional latinoamericano, vemos que cuando llega la pandemia de la Covid-19 a la región de las Américas, el primer caso en Suramérica fue reportado el 26 de febrero de 2020 en Sao Paulo. En ese momento, la región se encontraba bajo un contexto en donde la Organización Panamericana de la Salud -OPS- estaba prácticamente al borde de la quiebra, y en un cuestionamiento del multilateralismo por parte de Estados Unidos, quién había dejado de realizar sus contribuciones a la Organización Panamericana de la Salud y tenía una deuda que superaba los 150 millones de dólares con esta entidad.

Considerando lo anterior, puede apreciarse que los organismos de gobernanza de la salud que han promovido la idea de mancomunar esfuerzos para intervenir en situaciones de desafíos de la salud y que van más allá de las fronteras, han tenido un margen de actuación muy limitado, inclusive han ido haciendo camino al andar.

Con relación a la ascensión del filantropocapitalismo, puede verse que el mecanismo que se plantea a nivel global para dar cuenta del acceso a la vacuna es COVAX. Un mecanismo en el cual la OMS ha tenido poco margen de maniobra siendo un socio más, al lado de la fundación Bill y Melinda Gates, de la Alianza para las Vacunas -Gavi- y de otras instituciones.

Esto le ha implicado a la OMS tener poca gobernabilidad en la toma de decisiones, en el sentido de que, quienes tomaron las decisiones sobre cómo se asignaban las vacunas y a qué países, han sido mecánicos que no han sido dirigidos por los países sino por los intereses de los actores del filantropocapitalismo, generando repercusiones para la OMS. Puede señalarse el caso de Paraguay, donde el representante del país fue retirado de la OPS/OMS, con el argumento que las vacunas del fondo COVAX no habían llegado a Paraguay. Cuando realmente lo que la OPS tenía era muy poco ámbito de gobernabilidad sobre estas decisiones.

Se hace referencia este tema, porque en el siglo XVIII y XIX frente a las amenazas de potencial pandémico y a la

existencia de epidemias como la fiebre amarilla, la peste, entre otras, se originó un mayor funcionamiento multilateral y se creó la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de proteger a los países del control de amenazas epidémicas, pero también asociado a los intereses de algunos países capitalistas que querían proteger sus mercancías. No obstante, en el momento en que se creó el Código Panamericano Sanitario (OPS, 1924), había una idea de panamericanismo que planteaba la idea de la solidaridad a nivel de la región de las Américas, para abordar desafíos comunes como las epidemias de ese momento.

Actualmente y contrario a esto, vemos que la principal tecnología que emplearon los países para hacer frente a la pandemia de la Covid-19, fue el cierre de fronteras aéreas y comerciales. Además, lejos de observarse actitudes de solidaridad entre los países, si bien hubo algunas, se visualizaron actos de piratería donde los países más desarrollados compraban los elementos de protección personal y respiradores en detrimento de los países menos desarrollados. Situación similar ha sucedido con la vacunación, hay países que acumulan vacunas para dar la tercera dosis a sus poblaciones, mientras que en muchas partes del mundo y buena parte de la humanidad todavía no ha recibido la primera dosis.

Esto nos plantea la idea que aunque vivimos en un mundo interconectado, en la casa común como dice el Papa Francisco, hace falta desarrollar una solidaridad global, que no alcanza solamente con la inmunización de la población en un territorio determinado, sino avanzamos en una inmunización de la población de todo el mundo.

La segunda reflexión que se plantea es que al inicio del actual siglo en América Latina, hubo algunas iniciativas de integración de carácter contrahegemónico como fue La Unión de Naciones Suramericanas -UNASUR-. Este fue un proceso de integración regional entre 12 países de Sudamérica, que fue creado en un momento donde teníamos un episodio con potencial pandémico como fue la influenza H1N1. Frente a este, a diferencia del actual Covid-19, los países de la región de Sudamérica actuaron de una forma mancomunada, cooperativa y solidaria. Pero en estos momentos visualizamos un quiebre de solidaridad entre los países.

Cabe recordar que lo que determinó el cese de UNASUR, fueron las diferencias existentes en Sudamérica lideradas por el presidente de Colombia Iván Duque y el presidente

Sebastián Piñera de Chile, quienes cuestionaban la presencia de Venezuela. Lamentablemente, esta iniciativa de integración en salud que tenía un gran potencial para intervenir en pandemias y en otros eventos de salud pública, fue eliminada.

¿Y qué visualizamos ahora? parece un tango porque se visualiza un proceso de letargia, de pérdida de vigor de los procesos de integración regional en Sudamérica. Por ejemplo, sobre el Mercado Común del Sur -MERCOSUR-, se observa que a la luz de las diferencias económicas entre los Estados, los países se están peleando, siendo poco lo que han logrado trabajar conjuntamente en el marco de la pandemia de la Covid-19.

Aunque vale la pena resaltar que, hubo un proyecto en el cual se asignaron \$USD 16.000.000 con la idea de mejorar las capacidades productivas de reactivos de diagnóstico y pruebas de diagnóstico para los Estados, durante la pandemia de la Covid-19.

Por otro lado, existe una iniciativa creada a partir del cese de UNASUR, como el Foro PROSUR, que lideró en su primer momento Chile y en 2021 lo está liderando Colombia. Un espacio que ha creado en el área de salud, diferentes mesas de trabajo y ha tratado de impulsar algunas actividades en clave de la pandemia de la Covid-19.

Sin embargo, una de las cosas que se visualizan en estas iniciativas que empiezan a ponerse en funcionamiento en la región, es que hay una duplicación de proyectos que le restan eficacia el uno al otro. Entonces, lo que se sugiere es que en estos momentos pandémicos, existan fuerzas comunes porque la pandemia se caracteriza justamente por ser un desafío común.

Al respecto, cabe traer a discusión el encuentro de la Comisión Económica para América Latina -CEPAL- (2021), celebrado y liderado por México en donde se definió impulsar un plan de desarrollo de la ciencia y la tecnología para la producción de vacunas. Planteando objetivos como caracterizar los volúmenes de consumo de medicamentos y de vacunas, mapear las capacidades productivas y las innovaciones en vacunas y medicamentos.

Esto justamente lo que plantea, es la creación de posibles consorcios, evidenciando las necesidades de insumos estratégicos en salud en una región como las Américas, que tiene una alta dependencia de los insumos estratégicos

en salud importados, lo que hace que de cierta manera la soberanía sanitaria se vea afectada.

Frente a esto, una de las cosas que se plantea desde el Centro de Relaciones Internacionales en Salud -CRIS- de la Fundación Oswaldo Cruz en Brasil -FIOCRUZ-, es que existe una falta de liderazgo comparado con lo vivido a inicios de este siglo XXI con un protagonismo de países como Brasil y Argentina. En parte explicado por los conflictos políticos existentes en algunos países, debido a las tensiones económicas y sociales que están viviendo, lo que hace que los países se estén replegando entre sí mismos y se aprecia un liderazgo de los países en estas agendas.

La hipótesis del CRIS-FIOCRUZ, es que en el campo de la salud pública la pandemia de la Covid-19 podría servir para el desarrollo de una iniciativa similar a la que existió en un momento en Centroamérica, en donde el director de la OPS Carlyle Guerra de Macedo, quien propuso la estrategia Salud: un puente para la paz en Centroamérica y Panamá (1989), donde la idea básica era que, en un momento de terremotos y contingencias en Centroamérica, la salud podría permitir elaborar una agenda mancomunada en acciones solidarias que vayan más allá de las diferencias ideológicas entre los presidentes de la región, permitiendo la cooperación y un accionar colectivo.

Hace falta desarrollar una solidaridad global, que no alcanza solamente con la inmunización de la población en un territorio determinado, sino avanzamos en una inmunización de la población de todo el mundo.

En este sentido, se dirige la propuesta que desde el CRIS se está realizando, y la pregunta puede ser ¿cómo actuar en relación con ésta? Cabe resaltar y reconocer que estos análisis son realizados desde la academia, teniendo conciencia que la academia tiene una limitación en el accionar, no obstante, se cree que la pandemia abrió las posibilidades del trabajo en red y una de las cosas que ha generado es que muchas instituciones como las escuelas de salud pública, hayan comenzado a interactuar frente a un desafío en común.

Esto remite a la idea de trabajo en red, entendiendo la red como un conjunto de personas que interactúan, intercambian información e identifican posibles caminos en función de desafíos comunes. Siendo uno de los compromisos que las instituciones académicas deben de tener para la militancia, dado que las escuelas de salud pública tienen un papel clave y estructurante para los sistemas de salud de la región.

Otro aspecto observado en el CRIS-FIOCRUZ, es que la pandemia de la Covid-19 llegó a la región en un marco donde los sistemas de salud estaban altamente fragilizados y sub financiados. En ese momento, la salud tomó un papel protagónico en las agendas de las políticas públicas de los países, siendo esto, la oportunidad para un nuevo acuerdo sanitario dado que la pandemia puso en evidencia que los modelos de cuidados basados en el mercado no son suficientes para enfrentarla, además, se requiere de un Estado fuerte para darle respuesta a una pandemia.

También, se puso en evidencia que hace falta una mirada multidisciplinar y multisectorial, y adoptar modelos de vigilancia en salud que incorporen la salud ambiental y la salud animal. Porque si no se cambia el modelo de producción actual, podrían presentarse procesos de emergencia de virus que afecten a los seres humanos, por eso, este aspecto en la salud pública y en los sistemas de salud debe de ser fortalecido.

Por lo anterior, se plantea que el protagonismo que ha tenido la salud en las agendas públicas durante la pandemia de la Covid-19, es una oportunidad para repensar la manera de producir salud en las poblaciones y en sus territorios, y para reflexionar la estrategia de atención primaria en salud basada en los determinantes de la salud, dado que si no lo hacemos tendremos que enfrentar nuevos episodios con potencial pandémico.

Conclusiones del seminario

Para entender cómo ha sido la respuesta del Estado y sus instituciones, en cuanto al trabajo coordinado para atender la emergencia derivada de la Covid-19, se debe tener un conocimiento que permita el análisis de las raíces de los problemas que se están teniendo. Por esto, lo que puede evidenciarse es que las décadas de políticas neoliberales han tenido una consecuencia muy profunda en los procesos de reversión de la democracia.

Estamos asistiendo a un período de incremento del autoritarismo que se expresa a diferentes niveles, pero particularmente relacionado con la concentración del poder económico y político de las corporaciones, con incidencia de sus intereses privados sobre las políticas públicas en el ámbito internacional y nacional. Esto tiene un impacto negativo sobre todo en contextos donde no hay equilibrio de poderes y no se tienen contrapesos para contrarrestarlos. Por esto, en los países donde el poder de las corporaciones y del sector privado es desmedido, la respuesta integral a la pandemia de la Covid-19 fue limitada e insuficiente.

Estamos experimentando un cambio en la gobernanza y en la arquitectura global de la salud. Se evidencia que la OMS no tiene el poder para hacer que los gobiernos reaccionen de determinada manera, esto se demuestra en sus resoluciones, las cuales solo instan y/o sugieren a los gobiernos. Eso puede explicarse porque ningún país quiere ceder parte de su soberanía a un organismo global.

La gobernanza de la OMS está principalmente direccionada por los intereses privados, dado que sus recursos económicos extrapresupuestarios provienen de corporaciones como Bill y Melinda Gates. Producto de esta arquitectura de la gobernanza actual de la salud, la OMS no tuvo la gobernanza del fondo COVAX, por esto los integrantes del fondo no dan una rendición de cuentas a los Estados.

Las corporaciones privadas han sacado provecho de pandemias anteriores como la del VIH y la Hepatitis B, generando instituciones al margen de la OMS como por ejemplo ONUSIDA, y en el caso del Ébola se consideró la creación de una institución de emergencias sanitarias.

Los fondos rotatorios de la Organización Panamericana de la Salud como el fondo estratégico y el fondo rotatorio de vacunas, son una muestra de soberanía sanitaria para los países de la región de las Américas.

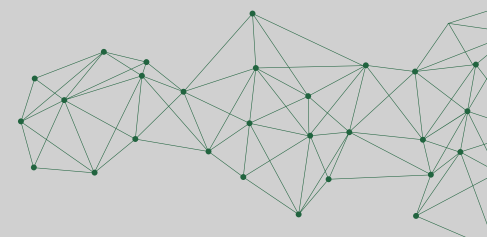
Los desafíos de salud trascienden las fronteras, por eso, es clave intercambiar lecciones aprendidas sobre la respuesta a la pandemia basadas en la estrategia de atención primaria en salud, que permitan la formulación de políticas públicas apropiadas y adaptadas en los diferentes países.

Considerando esta experiencia de la pandemia de la Covid-19, la formación curricular de salud pública debe incorporar como un eje fundamental los determinantes de la salud: ambientales, sociales e internacionales, además, debe analizarse la salud pública con relación al cambio climático y a la seguridad alimentaria. Por ende, se debe tener presente que existen tantas salud públicas como contextos sociales y políticos determinados, en el sentido que una formación

en este campo tiene que estar siempre en función de los contextos determinados de cada país, teniendo presente que la mirada comparativa es sólo una herramienta, porque en este campo no pueden ofrecerse recetas universales.

Finalmente, hablar de solidaridad global y soberanía sanitaria es complicado, dado que somos parte de una globalidad y los Estados de América Latina son un miembro más de un sistema complejo con una cuota de poder mínima. Sin embargo, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-, plantearon el desafío global de no dejar a nadie atrás, y de articular la dimensión social, sanitaria y de desarrollo. Frente a esta agenda, las universidades tienen un potencial para aportar al monitoreo y a la vez a su cumplimiento.

Referencias bibliográficas



Basile, G. (2018). Salud Internacional Sur Sur: Hacia un giro descolonial y epistemológico. (Ediciones GT Salud Internacional CLACSO). CLACSO.

<https://www.clacso.org/la-salud-internacional-sur-sur-hacia-un-giro-decolonial-y-epistemologico/>

Basile, G. (2022). Hacia una Salud desde el Sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria / Towards a Health from the South: A decolonial and sanitary sovereignty epistemology. *Medicina Social / Social Medicine*, 15(2), Art. 2. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/1441>

Birn, A.-E., & Richter, J. (2016). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: Las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social / Social Medicine*, 11(3), Art. 3. <https://medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/971>

Cabrero, G. R. (1991). Estado, privatización y bienestar: Un debate de la Europa actual. Icaria Editorial.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47252>

Davis, M. (2020). Llega el monstruo: COVID-19, gripe aviar y las plagas del capitalismo. Capitán Swing Libros.

EITB. (2020, junio 21). Esta pandemia, producto de la globalización, necesita soluciones globales. EITB. <https://www.eitb.eus/es/radio/radio-euskadi/programas/la-galeria/detalle/7318926/la-pandemia-es-reflejo-venas-abiertas-mundo/>

Fernández, I. R. (2018). Estado social de derecho y daño

sacrificial. P.A. Persona e Amministrazione, 2, Art. 2. <https://doi.org/10.14276/2610-9050.1844>

Fumagalli, A. (2010). Bioeconomía y capitalismo cognitivo: Hacia un nuevo paradigma de acumulación. Traficantes de Sueños.

Heinrich-Böll-Stiftung. (2021). Nadie está a salvo hasta que todos y todas estén a salvo | Heinrich Böll Stiftung | Bogotá office—Colombia. Heinrich-Böll-Stiftung. <https://co.boell.org/es/nadie-esta-salvo-hasta-que-todos-y-todas-estén-salvo>

IPCC. (2021). Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Working Group I Contribution to the IPCC Sixth Assessment Report. Cambridge University Press, Cambridge. <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-working-group-i/>

OPS. (1924). Código Panamericano Sanitario. OPS/OMS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=99:2008-pan-american-sanitary-code&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud. (1989). Salud: Un puente para la paz en Centroamérica y Panamá. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/36799>

People's Health Movement. (2022). WHO Watch. People's Health Movement. <https://phmovement.org/who-watch/>

People's Health Movement, ALAMES, Health Poverty Action, Medico International, Third World Network, Medact, Sama, & Viva Salud (Eds.). (2022). Global Health Watch 6: In the Shadow of the Pandemic. Bloomsbury Academic. <https://phmovement.org/global-health-watch-6/>

Singer, M. (2009). Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health. John Wiley & Sons.

Conclusiones

*Kamila Giraldo Quintero
Camilo Noreña Herrera*

Luego de las conversaciones desarrolladas en el marco del *XII Congreso Internacional de Salud Pública: sindemias y retos de la salud pública*, con expertos provenientes de países latinoamericanos y un profesor invitado de la Universidad Pompeu Fabra de España, los *Seminarios de Salud Global*, destacaron la importancia de abordar los desafíos de salud a través de una perspectiva global que alimente las realidades locales.

En los diferentes encuentros se destacó la necesidad de acortar y eliminar las fronteras formales, para responder colectiva e integralmente a los desafíos de salud que se presentan actualmente, debido a que las organizaciones internacionales y nacionales tienen conocimientos y recursos que podrían ayudar a disminuir los riesgos de la humanidad, cuando aparece una amenaza de orden global como la pandemia ocasionada por la Covid-19.

Además, se analizó el rol de la cooperación internacional en los momentos de coyuntura para la prevención, detección y respuesta a las sindemias. Concepto que debe continuar desarrollándose y enfoque que debe tenerse presente en el análisis de los fenómenos de salud de las poblaciones y del planeta.

El seminario fue realizado durante la pandemia de manera virtual, de mayo a septiembre de 2021, los expertos se reunieron a discutir temas emergentes como el cambio climático, las inequidades sociales,

la seguridad alimentaria, la migración, las tensiones armadas y la solidaridad sanitaria. Incluso, se presentaron ejemplos de emergencias mundiales que exigieron una acción global, como la guerra de Tigray en Etiopía y la lucha contra la pandemia de la Covid-19.

Adicionalmente, se ha concluido que la reciente pandemia de la Covid-19, nos demuestra y recuerda que la salud de la población depende de aspectos geopolíticos mediante determinantes económicos y comerciales, que trascienden los órdenes nacionales e incluso regionales. Siendo el mejor caso de estudio, la desigualdad en la adquisición y distribución de vacunas alrededor del mundo, en cuanto a tiempos de acceso, cláusulas comerciales y precios.

Estas situaciones analizadas durante el seminario, destacaron la importancia de la colaboración entre las ONG, gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones académicas y actores comunitarios, en la prevención, detección, respuesta y sostenibilidad de las estrategias de salud global.

Para la salud global como campo de conocimiento y forma de actuación, son fundamentales las relaciones internacionales, la gobernanza y la transdisciplinariedad, así como la generación de conocimiento para la acción, la cooperación en la investigación y el desarrollo de tecnologías para generar respuestas eficaces y sostenibles, que promuevan la salud y el bienestar de las personas en el mundo.

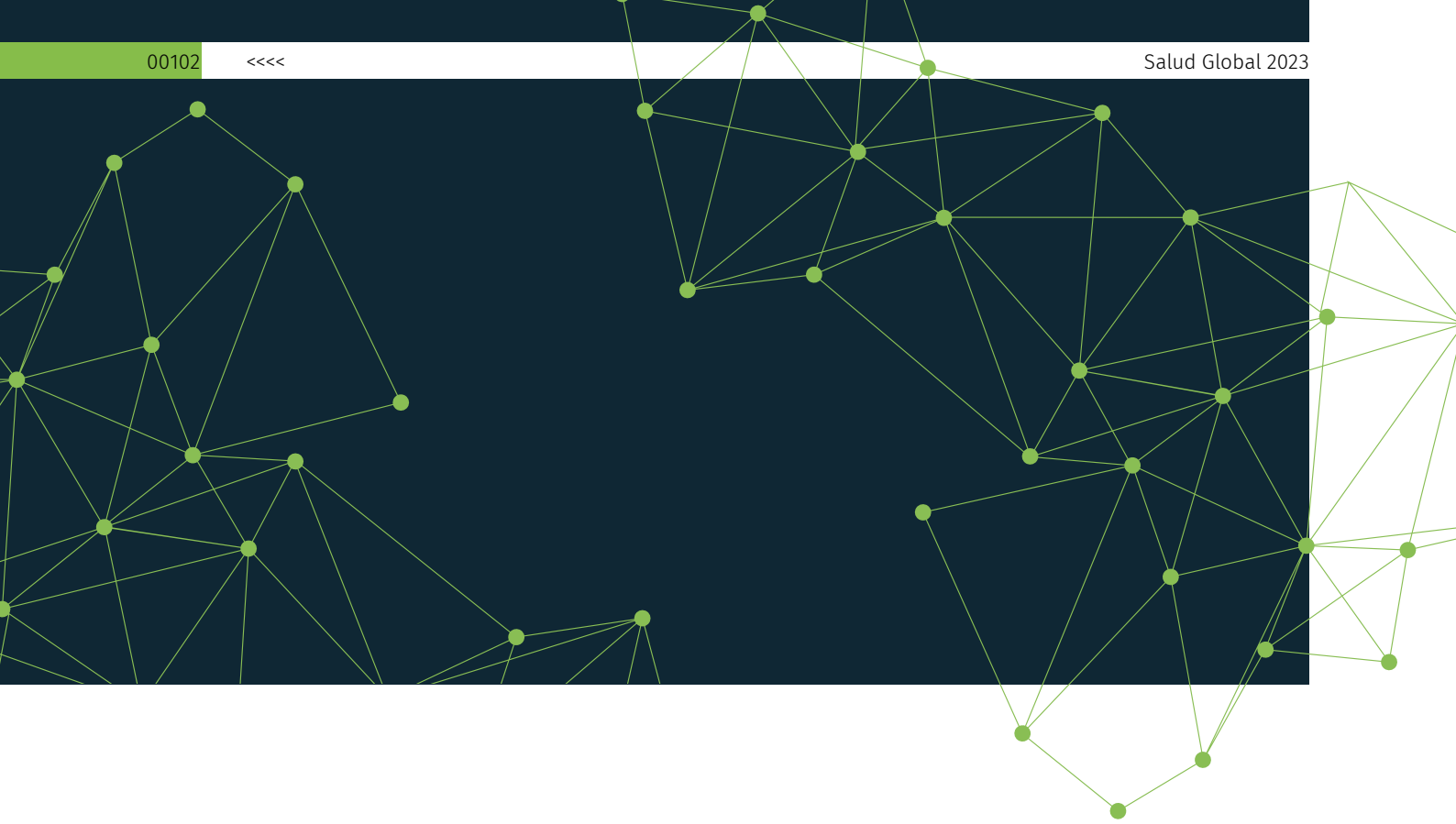
La salud global como perspectiva, es un desafío compartido que requiere la participación y el compromiso de todos los actores: los que hacen las políticas públicas, los profesionales

de la salud, la academia y la sociedad civil. Además, se deben incorporar conceptos como los determinantes sociales de la salud, la equidad en salud y los sistemas resilientes para la adaptación a los desafíos globales que la especie humana enfrenta en la actualidad para habitar el planeta (Krumeich & Meershoek, 2014).

Es por eso, que promover el desarrollo, la investigación y la innovación en salud global, es fundamental para fomentar la generación de conocimiento, la implementación de respuestas efectivas, la participación de nuevas instituciones y actores, así como la creación de nuevas y disruptivas formas de abordar las enfermedades, y la formulación de nuevas políticas que faciliten la apropiación de la salud, como elemento fundamental para un modelo de desarrollo y sostenibilidad que prioriza la salud de los pueblos por encima de su economía.

En este seminario, también se abordaron las dificultades que tienen los sistemas de salud en el mundo, para asegurar el acceso equitativo a los servicios y los grandes retos que ocasionó la crisis sanitaria acelerada por la Covid-19. Además, los retos en las enfermedades preexistentes, y los problemas sociales y ambientales no atendidos en las regiones de América Latina y el Caribe, los cuales produjeron una sindemia que incrementó la pérdida de vidas y mostró la necesidad de trabajar en conjunto para mitigar las inequidades de salud pública (ECLAC-PAHO, 2021).

Por eso, la insistencia en la implementación de mecanismos de cooperación para apoyar el desarrollo en América Latina,



y enfrentar los desafíos que se adhieren a situaciones complejas como el cambio climático, los desastres naturales y la migración transfronteriza.

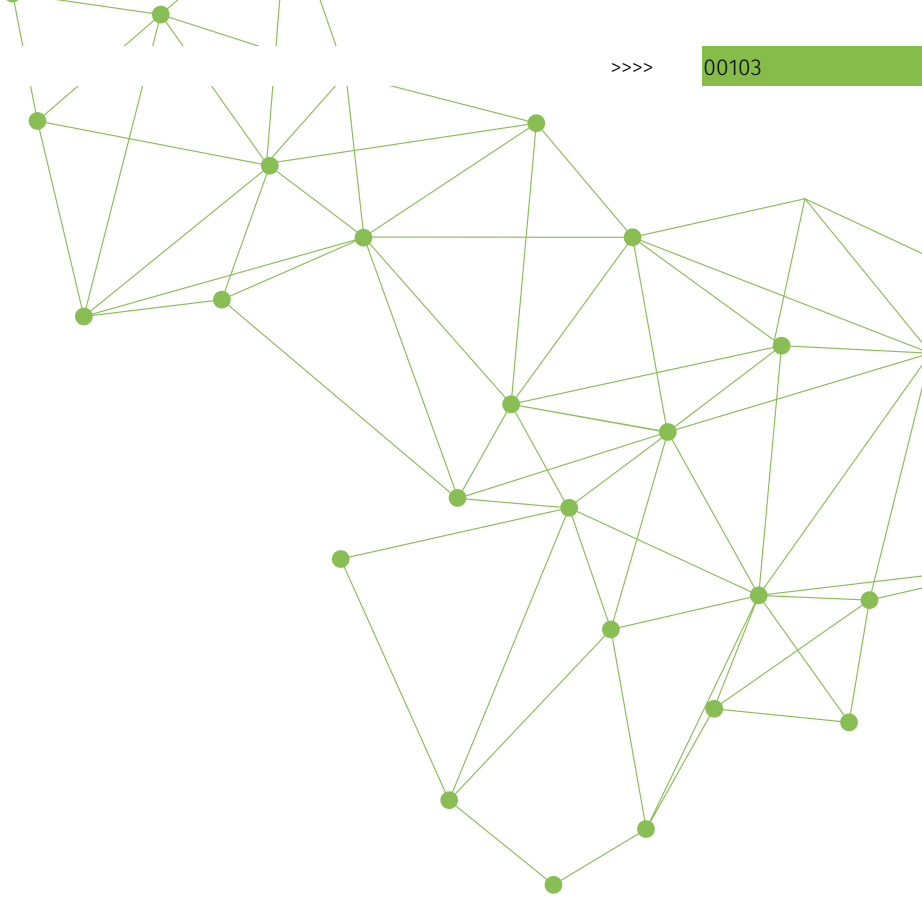
Superar estos retos requiere de un enfoque integral, centrado en la equidad, la colaboración entre países, la investigación y el desarrollo de políticas que aborden las determinantes sociales de la salud, y promuevan la atención sanitaria accesible y de calidad para el bienestar de todos.

Desde la Facultad Nacional de Salud Pública, se viene realizando una apuesta por transformar la salud global en un Laboratorio de Innovación Transformativa, teniendo presente que la generación de la investigación y el desarrollo en este campo de conocimiento, requiere ser abordado desde miradas nuevas y disruptivas de acuerdo con los desafíos de salud existentes a nivel mundial. Esta forma de innovación, implica pensar más allá de los enfoques tradicionales y desarrollar soluciones creativas y sostenibles que puedan transformar los sistemas de salud, y mejorar los resultados de salud de las poblaciones.

La innovación transformativa, busca abrir nuevos espacios de creación para superar las barreras y limitaciones existentes de los sistemas actuales en los que opera la sociedad, por

ello se enfoca en la creación de nuevas formas de abordar los problemas. En salud, esto implica no sólo la implementación de tecnologías y enfoques novedosos, sino también la incorporación de nuevos modelos de colaboración, participación comunitaria y políticas innovadoras. Para la salud global, incorporar este enfoque implica la adopción de una visión integral que tenga presente la prevención y el tratamiento de enfermedades, alineado con la promoción de la salud, la equidad, la gobernanza, la sostenibilidad y el fortalecimiento de los sistemas de salud, para impulsar cambios a largo plazo que generen impactos positivos en la salud de las poblaciones y que aborden las inequidades de manera integral.

La colaboración entre diversos actores como gobiernos, organizaciones internacionales, instituciones académicas, empresas privadas y comunidades locales, es esencial para impulsar la innovación transformativa en salud global. Por eso, desde la Facultad Nacional de Salud Pública, se busca integrar a diferentes instituciones y actores para transformar el sistema de salud y convertirse en un piloto local para la solución global, considerando el potencial de la innovación transformativa para mejorar la salud de las poblaciones a nivel mundial, y contribuir a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible.



Referencias bibliográficas

Krumeich, A. & Meershoek, A. (2014). Health in global context; beyond the social determinants of health? *Glob Health Action*. doi: 10.3402/gha.v6i0.23506

PAHO. (2021). La COVID-19 y las inequidades en la Región de las Américas: enseñanzas e implicaciones para los servicios esenciales de salud. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.130>

Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) & the Pan American Health Organization (PAHO). (2021). The prolongation of the health crisis and its impact on health, the economy and social development.

Salud Global: Actualización del Modelo analítico de Salud Internacional y compilación de los seminarios sobre sindemia y retos de la salud global que reúne una serie de análisis sobre distintas dimensiones analíticas de la salud global como la diplomacia, la gobernanza, las relaciones internacionales y la soberanía sanitaria. Además, analiza fenómenos globales como la migración, las tensiones y los conflictos armados.

Análisis como los que aquí se presentan también promueven la creación de enfoques y estrategias de investigación y acción más integrales e integradores, encaminados a una comprensión y transformación amplias y profundas de los difíciles problemas que afectan a la salud poblacional, ambiental y planetaria.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez