



Salud Global: ¿Cuál es el desafío?

Jens Holst¹

¹ Universidad de Ciencias Aplicadas de Fulda, Fulda, Alemania

Autor correspondiente: Jens Holst

Departamento de Ciencias de la Salud, Fulda University of Applied Sciences

Leipziger Strasse 123, D-36037 Fulda, Alemania

Tel.: +49 661 9640 6403

Fax: +49 661 9640-6490

Mail: jens.holst@gw.hs-fulda.de



Resumen

La salud mundial es un término paraguas complejo que ha cobrado importancia en las dos últimas décadas, sobre todo durante y después de la pandemia de COVID-19. No obstante, el término "salud mundial" sigue careciendo de una definición universalmente aceptada y se aplica a una gama bastante amplia de temas y asuntos. No obstante, el término "salud global" aún carece de una definición universalmente consensuada y se aplica a un abanico bastante amplio de materias y temas. En última instancia, la salud mundial puede considerarse como la evolución de la salud pública ante los diversos y omnipresentes retos mundiales y el creciente número de actores internacionales. El término va más allá del significado territorial de "global", que vincula lo local y lo mundial, y se refiere a un concepto explícitamente político que tiene en cuenta las desigualdades sociales, las asimetrías de poder, la distribución desigual de los recursos y las estructuras de gobernanza. La salud global considera la salud como un bien universal basado en los derechos. La salud global debe superar las estructuras heredadas y el reduccionismo biomédico dominante para contribuir, mediante políticas de salud en todo el mundo, a satisfacer las necesidades esenciales para mejorar y salvaguardar la salud de la población mundial.

Key words:

Salud mundial, determinación social, gobernanza, reduccionismo biomédico, salud en todas las políticas, desigualdad

Conflicto de intereses:

Ninguno declarado

Financial disclosure:

None declared

Ethics statement:

Not applicable

Data availability:

All relevant data are within the paper and its supporting Information files

Authors contributions:

All authors contributed equally

Acknowledgements:



Introducción

La salud global ocupa actualmente un lugar destacado en la agenda política internacional y desempeña un papel importante en las cumbres de foros internacionales como el Grupo de los 7 (G7) y el Grupo de los 20 (G20). Desde el punto de vista de las ciencias de la salud y la política sanitaria, la creciente importancia política de la salud mundial y su consideración en la escena internacional hace tiempo que deberían haberse producido. Sin embargo, el concepto actual de la salud mundial adolece de una serie de limitaciones conceptuales, ya que el alcance y el contenido del debate no suelen estar a la altura de la complejidad de los retos. El discurso dominante sobre la salud mundial no consigue reflejar adecuadamente la pretensión de universalismo implícita en el término "mundial". También tiende a descuidar la necesidad de una global comprensión transdisciplinar e interdisciplinar de la política sanitaria. De hecho, existe una gran brecha entre el estado actual de los conocimientos y la práctica de la política sanitaria mundial (Bozorgmehr 2010).

En la mayoría de los países del mundo, la política sanitaria se ocupa principalmente de los desafíos inherentes a los sistemas nacionales de salud, centrándose en las reformas de la financiación sanitaria, la cobertura universal en salud, el acceso a la atención sanitaria en las zonas rurales y otros retos locales o regionales. Sin embargo, la concienciación pública sobre lo global que se ha vuelto la salud en la actualidad surge regularmente cuando surge una amenaza en forma de enfermedad infecciosa potencialmente peligrosa (Hein & Kickbusch 2009). Cuando las infecciones mortales saltan a los titulares, los habitantes del Norte Global tienden a centrarse en los problemas sanitarios transfronterizos, internacionales y, cada vez más, mundiales. Pero la sucesión de escenarios potencialmente mortales provocados por "virus asesinos" y otras epidemias que durante mucho tiempo se creyeron vencidas o al menos controladas en los países de renta alta se ha hecho más densa en los últimos años. Lo que comenzó con la propagación de la pandemia del sida se ha desarrollado en una secuencia cronológica cada vez más estrecha con la aparición de enfermedades infecciosas peligrosas como el SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) en el sudeste asiático en 2002, la gripe porcina en el invierno del hemisferio norte de 2009-2010, el MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) en 2012 y la gripe aviar a partir de 2013. Se ha prestado especial atención al brote de Ébola de 2014 en África Occidental, que se cobró más de 11.000 vidas, seguido por el virus del Zika en Brasil, brotes más recientes de Ébola en el este de la República Democrática del Congo y, por supuesto, la pandemia de COVID-19 que comenzó a principios de 2020.

En Europa y Norteamérica en particular, pero también en América Latina y otras regiones emergentes del mundo, una serie de acontecimientos que se perciben como "crisis sanitarias" siguen causando alarma y ocupando titulares. Pero el interés público por los retos sanitarios de otros países y continentes tiende a ser efímero y pasajero. La situación es muy diferente en los países de renta baja y media del Sur Global, y en particular en el África subsahariana. Allí persisten



ciertos peligros para la salud, las enfermedades infecciosas siguen siendo una amenaza sanitaria constante y relevante, y el riesgo de enfermedades endémicas o incluso de epidemias forma parte de la vida cotidiana en las poblaciones de renta baja de todo el mundo.

Las enfermedades infecciosas no son el único reto al que se ven enfrentados los habitantes y los sistemas sanitarios de los países en desarrollo. La transición epidemiológica está ampliando el espectro de las patologías infecciosas hacia las enfermedades no transmisibles. Esta doble carga de morbilidad, causada por patógenos bacterianos, víricos o de otro tipo, por un lado, y por problemas de salud comúnmente denominados enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, por otro, ha sido una carga para los países en desarrollo y en transición durante más de 20 años (WHO 1999: 13ff). En las últimas décadas, la situación se ha ido agravando por la coexistencia de la desnutrición o malnutrición, por un lado, y el sobrepeso relacionado con la dieta, por otro (Min et al. 2008).

Motivos y origen de la salud global

A pesar de su escasa influencia en los debates nacionales sobre política sanitaria, la salud mundial se ha convertido en los últimos 20 años en uno de los ámbitos más importantes de la política exterior, de desarrollo y de seguridad (Kickbusch et al. 2007). La seguridad aparece con frecuencia como marco contextual en los documentos de política sanitaria y exterior, y la securitización de la salud se considera entretanto una característica clave de la gobernanza de la salud pública (Labonté & Gagnon 2010: 3). La rápida sucesión de brotes endémicos y epidémicos percibidos como crisis sanitarias ha contribuido en última instancia a configurar la securitización de la salud mundial promovida por múltiples actores a escala nacional e internacional que interactúan para hacer frente a las amenazas sanitarias transfronterizas (Bengtsson & Rhinard 2018: 347). De hecho, los brotes epidémicos agudos suelen considerarse un síntoma de la globalización, mientras que la salud mundial tiende a ignorar y ocultar las enfermedades a largo plazo, como la tuberculosis, y las causas estructurales de la mala salud y de las desigualdades en salud (Yong et al. 2005). La creciente relevancia internacional y política de la salud mundial exige estrategias de gobernanza más integrales para las instituciones y los procesos, con un mandato sanitario explícito (gobernanza de la salud mundial), para las instituciones y los procesos de gobernanza mundial que tienen un impacto directo e indirecto en la salud (gobernanza mundial para la salud), y para las instituciones y los mecanismos nacionales y regionales que se establecen para contribuir a gobernar la salud mundial (gobernanza para la salud mundial) (Kickbusch & Cassar Szabo 2014).

Independientemente de estos aspectos accesorios, el concepto mismo de "salud global" abarca un amplio abanico de temas, como la política, la investigación, la educación y la práctica clínica, y su objetivo es mejorar no sólo la asistencia sanitaria y el acceso a servicios necesarios, sino también la salud de las personas en todo el mundo. La salud global abarca desde la atención clínica individual hasta la prevención a nivel de la población o de grupos específicos de personas en el sentido de salud pública. A pesar de la diversidad y heterogeneidad de las definiciones y actores implicados, el concepto también implica el examen de contextos transnacionales, así



como la determinación social, política y económica de la salud, y la búsqueda de soluciones a los problemas sanitarios existentes. El concepto de salud mundial abarca desde la salud como instrumento de seguridad interior y política exterior hasta los enfoques caritativos y filantrópicos, las asociaciones público-privadas, los derechos humanos universales y la solidaridad (Stuckler & McKee 2008).

Salud mundial: intereses propios y seguridad

Desde el principio, la salud mundial ha estado inextricablemente vinculada tanto a la protección de las poblaciones nacionales como a los intereses y aspiraciones comerciales. El Institute of Medicine (1997: 25), por ejemplo, hizo hincapié en la protección de los ciudadanos estadounidenses; señaló sin rodeos que cuatro de los diez principales fabricantes farmacéuticos del mundo controlaban el 40% del mercado mundial (ibid.: 35), y que la introducción de nuevos medicamentos y vacunas en los países en desarrollo ofrecía buenas oportunidades de mercado a las industrias farmacéuticas y de vacunas de los países de renta alta (ibid.: 36). En su primera Estrategia Sanitaria Mundial (BMG 2013) el gobierno alemán, por su parte, hizo especial hincapié en la protección de la población de la República Federal de Alemania y de los intereses económicos de la economía alemana orientada a la exportación (Holst & Razum 2018). El Ministerio alemán de Educación e Investigación (BMBF) ha concentrado hasta ahora su financiación de la investigación en las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza, y sólo está ampliando gradualmente la gama de temas apoyados en el contexto de las ciencias de la salud mundial (BMBF 2015).

La historia comparativamente corta del término "salud global", primero en la comunidad científica y más tarde también en el debate político, se pone de manifiesto en un análisis de publicaciones relevantes. El uso del término "salud global" en la literatura inglesa comenzó en la década de 1990, aumentó bruscamente a partir del año 2000 y, a principios del milenio, superó el uso hasta entonces dominante del término "salud internacional". La tendencia en las publicaciones francesas y españolas fue similar, aunque los términos alternativos "mondial" y "mundial" ya se habían utilizado antes en relación con la salud (Garay et al. 2013).

Sin embargo, el concepto de salud mundial no surgió de la nada, sino que evolucionó a partir de varios predecesores, empezando por la "medicina colonial" en el siglo XIX y principios del XX, que evolucionó hasta convertirse en "medicina tropical" y luego en "salud internacional". Desde entonces, los países de renta alta han impulsado el desarrollo de un régimen internacional para el control de las enfermedades infecciosas, sobre todo por sus propios intereses de seguridad. La Conferencia Sanitaria Internacional de 1851 suele considerarse el punto de partida de la cooperación sanitaria internacional (WHO n. y.; Gulati and Voss 2019: 2). La atención primordial prestada a la armonización de los requisitos de cuarentena en las potencias coloniales europeas también lo convierte en un paso crucial hacia la preocupación por la seguridad sanitaria internacional. A día de hoy, la salud mundial suele considerarse en el contexto de la política exterior y está estrechamente vinculada a la seguridad internacional y sanitaria.



En las últimas décadas se han producido algunos cambios de paradigma en relación con los aspectos y características internacionales de la salud (Koplan et al. 2009). En un principio, la atención se centró en las medidas para mantener la salud de los gobernantes coloniales europeos y protegerlos de los peligros sanitarios de las enfermedades tropicales. En estrecha relación con los campos de la "higiene" y la "salud pública", se desarrolló el campo predominantemente clínico de la "medicina tropical" (Müller et al. 2018). A principios del siglo XX, términos como "medicina tropical" e "higiene tropical" pasaron a primer plano. En este contexto, se crearon institutos tropicales en el continente europeo, principalmente en grandes ciudades portuarias como Amberes, Hamburgo y Londres, para atender a los marinos que desembarcaban en la costa y realizar tareas epidemiológicas e higiénicas en el interior, algunas de las cuales pasaron más tarde a ser responsabilidad de los servicios de salud pública.

La opinión predominante en aquella época, que sigue siendo válida hoy en día, al menos para los enfoques poderosos de la salud mundial, fue descrita acertadamente hace 80 años por el patólogo y bacteriólogo británico Harold Scott (1939: vii) en su análisis del desarrollo histórico de la medicina tropical: "Podemos rastrear entonces cómo se fueron introduciendo mejoras, por lo general primero con vistas a salvaguardar la salud de los funcionarios y los comerciantes europeos, y más tarde también para el tratamiento de los nativos, con lo que se cumplirían simultáneamente dos propósitos: el beneficio de la salud y el bienestar del nativo, y la mayor protección del hombre blanco frente a las infecciones nativas."¹

La evolución de la salud global

En la segunda mitad del siglo XX, y especialmente durante la Guerra Fría, se fue aceptando cada vez más el concepto de salud internacional, el ulterior desarrollo relativamente sencilla de la medicina tropical tradicional (Bradley 1996: 2). La sanidad internacional se ocupa principalmente de los problemas y retos sanitarios de los países de renta baja. Se centra en la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas, la mejora del saneamiento y el abastecimiento de agua y la promoción de la salud infantil y materna (Brown et al. 2006). Muchas universidades y otras instituciones científicas siguen utilizando este término hasta hoy, pero con una interpretación más amplia que incluye también temas más allá de las enfermedades tropicales, como las enfermedades no transmisibles, las lesiones y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

Además de los retos sanitarios de los países en desarrollo, la salud internacional también hace referencia al compromiso de los países industrializados de renta alta y las organizaciones internacionales a las que apoyan predominantemente (Birn 2009: 63). La aparición de la ayuda al desarrollo, precursora más paternalista de la posterior ayuda exterior al desarrollo y de la actual cooperación internacional, también incluía la ayuda a los países de renta baja para superar sus problemas sanitarios.

Más o menos al mismo tiempo, el concepto de salud pública, que se había desarrollado en los países anglosajones después de la Segunda Guerra Mundial, adquirió cada vez más importancia.

¹ Translation by the author.



La salud pública evolucionó a partir de la higiene social o la epidemiología social y difiere en aspectos importantes del convencional tratamiento médico individual de las enfermedades y los factores de riesgo. A diferencia de las llamadas ciencias de la enfermedad, centradas en problemas individuales, la salud pública y las ciencias de la salud se centran explícitamente en la población. La salud pública se ocupa principalmente de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, y de las desigualdades sanitarias derivadas de la desigualdad de oportunidades sociales, políticas y económicas.

En las dos últimas décadas ha surgido el concepto ampliado y más complejo de "salud global" (Jamison et al. 2006). En el mundo altamente globalizado del siglo XXI, la salud de las poblaciones se ve afectada por muchos factores que trascienden las fronteras nacionales, desde las pandemias a las patentes de medicamentos y el cambio climático, por nombrar los más importantes. Con el desplazamiento de la carga sanitaria mundial de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles (ENT), también ha pasado a primer plano el impacto de los estilos de vida y otros factores ambientales en la salud de las personas. La salud mundial no se limita a los problemas sanitarios transfronterizos en sentido estricto. En este contexto, "mundial" se refiere más bien a cualquier reto sanitario o determinante transnacional, desde la erradicación mundial de enfermedades (por ejemplo, la poliomielitis) hasta la resistencia a los antimicrobianos, la seguridad alimentaria, la urbanización y la migración, y el cambio climático (Koplan et al. 2009). **Error! Bookmark not defined.**

Salud mundial o planetaria

Aún más amplio y exhaustivo es el concepto de salud planetaria, que sólo recientemente ha llamado la atención de la comunidad científica, pero del que se viene hablando desde la década de 1970, y que considera explícitamente las repercusiones sanitarias de las actividades humanas sobre la vida en la biosfera (Prescott & Logan 2019). La "salud planetaria" corresponde a una actitud y filosofía de vida que se centra en las personas, no en las enfermedades, y aborda la reducción de las desigualdades sanitarias debidas al ingreso, la educación, el género y el entorno vital con el objetivo de que todas las personas del planeta tengan derecho a la salud y el bienestar (Horton et al. 2014; Hanefeld 2014). Se centra en el impacto del cambio medioambiental en la salud humana. La salud planetaria se centra en la salud humana en el Antropoceno y en las amenazas que suponen para la especie humana las pandemias o el cambio climático, los espacios naturales en los que se desarrollan estas especies y la salud y diversidad de la biosfera (Schütte et al. 2018).

Más recientemente, "Una salud" ha empezado a complementar los demás enfoques relacionados con la salud sin ser un nuevo concepto o conjunto de principios. Se centra en las interacciones entre humanos, animales y ecosistemas e implica a muchas disciplinas y ciencias. Una Salud aborda las amenazas y consecuencias derivadas de la interfaz entre ecosistemas, poblaciones animales y poblaciones humanas (Evans & Leighton 2014). Especialmente desde la pandemia de COVID-19, "Una salud" parece centrarse principalmente en las zoonosis y en la prevención de la propagación de enfermedades de animales a humanos. Este enfoque corre el riesgo de ignorar la determinación social, política y comercial de las amenazas sanitarias para la salud humana,



animal y de los ecosistemas, y de subordinarse a la tendencia general hacia la biomedicalización y la securitización de la salud (van de Pas 2023).

La salud global como parte de la globalización

Hacia finales del siglo pasado, la tendencia dinámica hacia una creciente interdependencia internacional en ámbitos importantes de la vida como la política, la economía, la cultura y el medio ambiente, denominada genéricamente globalización, cobró un claro impulso. Los principales impulsores de la globalización han sido el progreso tecnológico a través de la innovación de productos y procesos, especialmente en las comunicaciones y el transporte mediante la difusión de Internet y el aumento significativo de los viajes aéreos mundiales, así como medios flexibles y más eficientes de transporte de bienes y servicios. La internacionalización y liberalización de la producción y el comercio, la creciente digitalización, los nuevos medios de comunicación, las presiones migratorias en aumento debido al crecimiento demográfico, los conflictos prolongados y los retos medioambientales han fomentado y acelerado aún más la globalización.

La compleja situación resultante, caracterizada por asimetrías de poder, distribución desigual de oportunidades y recursos y estructuras de gobernanza inadecuadas, ha dado lugar a una creciente demanda de seguridad sanitaria como elemento clave de la gobernanza mundial. La estrategia de securitización de la salud mundial se basa predominantemente en un concepto que pasa por alto la carga de morbilidad predominante, determinada por las enfermedades no transmisibles más que por las infecciosas. Esta percepción conduce a la preferencia actualmente dominante por las soluciones biomédicas y al descuido de las causas profundas de las crisis sanitarias mundiales. Aunque la seguridad sanitaria es sin duda necesaria e importante, la tendencia al reduccionismo biomédico y tecnocrático se queda alarmantemente corta porque ignora en gran medida la determinación no médica de la salud. Además de garantizar el acceso universal a una atención sanitaria de calidad y a la prevención, salud en todas las políticas es necesaria en última instancia para garantizar la seguridad sanitaria y reducir uno de sus principales retos: las desigualdades sanitarias dentro de los países y entre ellos y sus causas subyacentes. La seguridad sanitaria mundial debe ante todo garantizar el derecho universal a la salud y, por tanto, hacer hincapié en la determinación social, económica, política, comercial y medioambiental de la salud (Holst & van de Pas 2023).

La creciente carga sanitaria global

Los cambios, a menudo profundos, en la vida cotidiana asociados a la globalización han tenido consecuencias tangibles para la salud en prácticamente todos los países del mundo. Por ejemplo, la aceleración de la vida cotidiana aumenta la presión sobre muchas personas para que rindan, genera estrés y expone a muchos trabajadores a importantes riesgos directos e indirectos. Los cambios en los hábitos de trabajo y de vida y sus repercusiones en la salud física, mental y social están contribuyendo a la armonización mundial de la carga de morbilidad, que en muchos países en desarrollo y emergentes corresponde a la doble carga de enfermedades infecciosas y no transmisibles (GBD 2017 Causes of Death Collaborators 2018; GBD 2017 Mortality Collaborators 2018).



Es cierto que la creciente importancia mundial de los problemas y retos sanitarios se hace más evidente cuando las enfermedades infecciosas, dramáticas y altamente contagiosas tienden a extenderse por todo el planeta y hasta amenazan al Norte Global. Sin embargo, la percepción pública y la ansiedad que suelen generar estos brotes amenazadores no deben ocultar el hecho de que las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, que suelen ir asociadas a un uso permanente o de por vida de los servicios sanitarios y a los costos que suponen para las personas y los sistemas, son mucho más importantes desde el punto de vista epidemiológico (Ramroth et al. 2014).

En este contexto, es importante subrayar que los niveles sin precedentes de prosperidad mundial no están impidiendo que las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios aumenten en lugar de disminuir. La distribución extremadamente desigual de los problemas de salud y de la carga mundial de morbilidad, por un lado, y de los recursos financieros y de otro tipo, por otro, plantea retos particulares para la salud mundial (Taylor 2018: 2). Como desarrollo y continuación lógica y coherente de la salud pública a escala internacional, la salud global aborda los problemas, determinantes y soluciones sanitarios nacionales, regionales e internacionales en los diversos sectores directa o indirectamente relacionados con la salud, y en sus interfaces. Ello requiere una cooperación interdisciplinar entre política, ciencia y sociedad, así como una comprensión analítica de las complejas interrelaciones y una actuación transdisciplinar. El concepto de salud global adopta un enfoque integral, holístico, multi o transdisciplinar y basado en los derechos humanos. Como síntesis de la salud pública, que carece de una orientación internacional, y la salud internacional, que tiene un enfoque transnacional, pero se centra más en la asistencia sanitaria y los sistemas de salud, la medicina tropical y la cooperación al desarrollo, el concepto de salud mundial incluye explícitamente los problemas de salud más allá de la influencia de los Estados individuales y persigue un enfoque explícitamente político. La salud global presta especial atención a las cuestiones y los retos de la gobernanza, es decir, el liderazgo y la elaboración de normas políticamente responsables por parte de los gobiernos u otros responsables de la toma de decisiones para garantizar la actuación eficaz de los distintos agentes del sistema sanitario y otros sectores pertinentes en aras del interés público

Salud para todos

La salud mundial también incluye el objetivo de "salud para todos", para todas las personas del mundo, acordado por los 134 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud hace cuarenta años en Alma-Ata (Kazajstán) (WHO 1978). Sin embargo, este objetivo ha seguido siendo utópico hasta nuestros días, entre otras cosas porque los autodenominados pragmáticos fueron capaces de limitar el concepto de atención primaria de salud, adoptado entonces como estrategia y centrado en la justicia social y la participación democrática, en parte a intervenciones médicas rentables. La "Atención Primaria Selectiva" parecía prometer la solución a las enfermedades relacionadas con la pobreza sin tener que abordar la pobreza como condición estructural de la enfermedad (Wulf 2003).



Esta mentalidad también impulsa las acciones de algunos de los actores más influyentes de la sanidad mundial. Bill Gates, ex magnate de Microsoft y ahora el mayor financiador del mundo de proyectos sanitarios en países pobres a través de la Fundación Bill y Melinda Gates, que dirige con su esposa, tiene su propia visión de lo que se necesita para lograr la salud mundial. Como destacado orador invitado a la Asamblea Mundial de la Salud de 2005, máximo órgano decisorio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dijo a los ministros y jefes de gobierno asistentes: "Pero el mundo no necesitó erradicar la pobreza para erradicar la viruela - y nosotros no necesitamos erradicar la pobreza antes de erradicar la malaria. Necesitamos producir y suministrar una vacuna, y la vacuna salvará vidas, mejorará la salud y reducirá la pobreza" (Gates 2005).

Esta afirmación ilustra la inquebrantable creencia en el ilimitado poder curativo de la biomedicina. Al mismo tiempo, es también una obviedad para una de las personas más ricas del mundo. Redistribución es la palabra mágica que los círculos interesados gustan de denigrar con el término "debate sobre la envidia". Las estrategias de reducción de la pobreza no tienen por qué dirigirse a "los pobres", como se decía a traición en la cooperación al desarrollo a principios de siglo (Alatas et al. 2012), sino para los más ricos entre los ricos, es decir, el 1% de la población mundial que posee más de la mitad de la renta disponible y de la riqueza del mundo (Haroon et al. 2016), situación que se ha incluso agravado más en los últimos años a costa de la salud de muchos (Lawson & Taneja 2024). Esto, por supuesto, no puede interesar a Bill Gates. Pero es precisamente la desigualdad socioeconómica la que está aumentando la pobreza mundial (Alvaredo et al. 2018) y tiene un impacto negativo en la salud pública de las sociedades (Pickett & Wilkinson 2015).

Sobrepasando la iniquidad global

La justicia global es, y debe ser, un elemento central de la salud global. La salud como derecho humano y bien público queda cada vez más relegada a un segundo plano, mientras que los intereses económicos y la comerciabilidad ganan en importancia. En la actualidad, los movimientos sociales desempeñan en muchos lugares un papel más importante en la lucha por los derechos sanitarios que el Estado, aunque éste sea el responsable último de hacer cumplir el derecho a la salud (UN 2008). Reducir o incluso eliminar las desigualdades mundiales debe ser, por tanto, el objetivo central de la política sanitaria mundial. Esto está estrechamente relacionado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) acordados por la comunidad internacional en 2015 (UNDP 2024), así como medidas para aplicar la Agenda 2030 (UN 2015). Elaborada por los gobiernos con la participación de la sociedad civil de todo el mundo, la agenda pretende lograr un progreso económico mundial en armonía con la justicia social y dentro de los límites ecológicos de la Tierra. Cabe destacar que la Agenda 2030, y por tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pretenden aplicarse por igual a todos los países del mundo, al menos al margen de problemas fundamentales como el hambre, la pobreza y la mortalidad materno-infantil (Vandemoortele 2016). A diferencia de los anteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ya no sólo se pide a los países en desarrollo y en transición que tomen medidas, sino también a los países industrializados del Norte.

Menos biomedicina y más salud pública



Las definiciones comunes reducen la salud mundial a una mera reedición actualizada de conceptos anteriores. A día de hoy, los agentes médicos, biotecnológicos y políticos en particular ven la salud mundial principalmente como una extensión de la salud internacional. Esta concepción está claramente moldeada por el legado del colonialismo y los conocimientos especializados dominados por Occidente sobre el mundo "tropical" y sus retos (Biruk 2019). En concreto, la parte oficial de la política sanitaria mundial se centra en los problemas sanitarios transfronterizos y en la cooperación para evitar peligros, y a menudo carece de comprensión política.

Por importante que sea una buena atención médica, influye menos en la salud de las personas que sus condiciones de vida, trabajo, medio ambiente y otras. Sin una atención adecuada a los determinantes sociales de la salud - ingresos y riqueza, educación, medio ambiente y otros factores sociales - no se puede mejorar la salud de la población mundial de forma sostenible. Esta visión falta en muchas publicaciones médicas y de ciencias de la salud, donde las medidas tecnológicas prevalecen sobre las estrategias para eliminar y abordar las causas subyacentes (Bempong et al. 2019), o está incompleta en otros; y aún no ha encontrado su lugar en el debate más amplio sobre la salud mundial. La Plataforma Alemana para la Salud Mundial, una asociación de sindicatos, organizaciones no gubernamentales y académicos, subraya repetidamente la importancia de la determinación social de la salud y la necesidad de introducir más los determinantes no médicos en el debate nacional e internacional sobre la salud (DPGG 2018; Holst 2019). En el mundo globalizado de hoy, los principales factores que influyen en el bienestar y la salud de las personas son cada vez menos controlables e influenciados únicamente a nivel nacional. Sin embargo, también es cierto que la salud mundial está estrechamente vinculada a los problemas sanitarios nacionales y locales (Taylor 2018).

Desarrollar y aplicar una política sanitaria mundial adecuada y eficaz requiere mucho más que enfoques biomédicos, clínicos o genéticos. Los programas verticales o el desarrollo de nuevos fármacos y vacunas pueden ser útiles, pero no cambian las condiciones subyacentes y los problemas de salud imperantes en el mundo. La política sanitaria mundial tiene que provocar un cambio fundamental en la forma de entender la salud y tener en cuenta la complejidad de la salud en toda su amplitud y diversidad; sólo puede ser eficaz si se reconoce como una cuestión transversal en todos los ámbitos políticos y si se establecen políticas de salud en todos los ámbitos. Centrarse en cuestiones de seguridad y considerar la política sanitaria mundial como un medio de preservar privilegios e intereses creados en un mundo desigual no resolverá los retos a los que se enfrenta el mundo. La salud mundial necesita más promoción de la salud que gestión de la enfermedad, buenas condiciones de trabajo e ingresos para todos, igualdad de oportunidades, reducción de las desigualdades socioeconómicas y sanitarias, soberanía alimentaria, políticas medioambientales responsables, seguridad social, paz, democracia y participación (DPGG 2014).

Hegemonía en la sanidad mundial

Las raíces históricas del concepto dominante de salud mundial se remontan al periodo del colonialismo europeo y están estrechamente vinculadas a los esfuerzos de las potencias coloniales por asegurar su supremacía y sus intereses en países y regiones anteriormente dependientes. Este enfoque hegemónico y la reivindicación de la "salud mundial" desde el principio siguen



siendo más o menos evidentes hoy en día (Guinto 2019). El desigual equilibrio de poder en tiempos del colonialismo impuesto política y militarmente era más visible e ideológicamente enmascarado por la superioridad racial, pero la salud mundial sigue reproduciendo las relaciones desiguales y las desigualdades globales hasta nuestros días (Holst 2020). El debate científico sobre la salud mundial está dominado por las universidades norteamericanas y europeas, que desempeñan un papel fundamental en este ámbito. El debate político también está muy influido por las reuniones de jefes de Estado y de Gobierno en el G7 y el G20, que no son organizaciones internacionales y no tienen un mandato políticamente legítimo más allá de las relaciones de poder existentes. Lo mismo ocurre con las fundaciones filantrópicas, que retienen impuestos de los presupuestos públicos en el Norte y, debido a su enorme poder financiero, desempeñan un papel decisivo a la hora de establecer la agenda sanitaria mundial en unos presupuestos públicos crónicamente subfinanciados, y tienden a impulsar la privatización de los servicios básicos de salud y educación (People's Health Movement 2017: 263ff).

La política sanitaria mundial también se ve cada vez más impulsada por las prioridades de política exterior y las preocupaciones en materia de seguridad. En 2014, más de 60 gobiernos, organizaciones internacionales y partes interesadas no gubernamentales lanzaron la Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial (GHSA) como enfoque para gestionar los brotes de enfermedades infecciosas y reducir su propagación a otros países (Katz et al. 2014: 234f). La seguridad sanitaria mundial se utiliza a menudo para justificar políticas y prácticas de inmigración restrictivas que limitan la circulación de personas a través de las fronteras internacionales, enmarcando la migración humana como un riesgo. En lugar de reforzar la capacidad de los sistemas sanitarios locales, las políticas públicas en nombre de la seguridad sanitaria mundial tienden a centrarse en la protección de las fronteras nacionales del Norte frente a las supuestas amenazas sanitarias de los países del Sur (McInnes & Lee 2016: 9f). Sin embargo, hay que señalar que el enfoque basado en el miedo sobre la prevención de las enfermedades infecciosas y la protección frente a ellas es un planteamiento claramente hegemónico que dista mucho de reflejar adecuadamente la carga mundial de morbilidad, determinada en gran medida por las enfermedades no transmisibles (NCD Countdown 2030 collaborators 2018). Además, centrarse en la seguridad sanitaria a menudo impide o, al menos, pospone el necesario debate sobre la determinación social, económica y política de la salud.

Descolonizar la sanidad mundial

Cada vez se critica más la idea de que la "salud mundial" es en sí misma un proyecto desigual que continúa la tradición del colonialismo (Guinto 2019). Esto se refleja en el análisis de las numerosas asociaciones mundiales en materia de investigación y asistencia sanitaria que se han desarrollado en los últimos años, sobre todo entre instituciones del Norte y del Sur. Esta cooperación beneficia sobre todo a los socios ricos de los países de renta alta, ya que no suele haber una adecuada incrustación política y social de los resultados y éxitos en los sistemas de los países en desarrollo y emergentes (Kenworth et al. 2018). A menudo, la financiación procedente de socios más ricos pasa por alto los sistemas nacionales de salud, o incluso los proyectos requieren financiación adicional que luego no está disponible para la atención a pacientes rurales o de todo el



país (Pfeiffer et al. 2008). En última instancia, muchas de estas asociaciones reproducen las desigualdades globales en el acceso y uso de los recursos (Fourie 2018).

Esto no ha cambiado por la globalización en curso ni por el cambio de paradigma en el desarrollo y la cooperación internacional que persiguen la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y el Programa de Acción de Accra (OECD 2005/2008). La cooperación entre las instituciones de los países de renta alta y las de los países pobres y de renta media es, por lo general y casi inevitablemente, jerárquica (McCoy et al. 2008). Los investigadores de los países de renta baja sólo están desarrollando gradualmente sus propias necesidades y adaptando sus perfiles para un intercambio significativo con el Norte Global (Ouma & Dimaras 2013). La relación entre las instituciones de Norteamérica, Europa y Australia, por un lado, y las instituciones de investigación y asistencia de los antiguos países coloniales de renta baja, por otro, se refleja a menudo en una colaboración que se considera ahistórica, apolítica y acrítica (Harvard Chan Student Committee for the Decolonization of Public Health 2019).

El vínculo entre hegemonía y desigualdad en la salud mundial también se refleja en el hecho de que la mayor parte de la financiación de los proyectos de salud mundial procede de antiguas potencias coloniales o de fundaciones filantrópicas. Dada la distribución mundial, esto no es sorprendente y puede estar bien justificado. El problema, sin embargo, es que las estrategias sanitarias mundiales, apoyadas y dominadas por la parte rica del mundo, reproducen los mismos procesos que han conducido a su riqueza y, por tanto, a la distribución mundial extremadamente desigual de los recursos.

Hay que subrayar que tampoco es probable que las acciones simbólicas ayuden a superar el pensamiento y las estructuras coloniales heredadas en la salud mundial. Esto se aplica, entre otras cosas, al Premio Virchow de Salud Mundial que se ha otorgado a partir de 2022 en la Cumbre Mundial de la Salud en la capital alemana de Berlín. En lugar de ser un complemento de salud global al Premio Nobel, legitima aún más el dominio biomédico y la injusticia epistémica en la salud global, al tiempo que consolida el poder de la aristocracia financiera y sus organizaciones filantrópicas (Holst et al. 2022). La salud mundial se caracteriza por conflictos fundamentales entre el sistema capitalista neoliberal globalizado y sus intereses financieros y políticos inherentes y el acceso universal a la salud como derecho humano y requisito de la justicia social (Parker 2023: 5). Los esfuerzos por descolonizar la salud mundial deben reconocer y abordar estas tensiones en toda su amplitud y complejidad, e incluso situarlas en el centro del debate poscolonial y de la lucha por descolonizar la salud mundial. Un enfoque puro o principalmente indentitario de la descolonización de la salud mundial no es adecuado para afrontar los retos de la descolonización. El enfoque identitario dominante para descolonizar la salud global ni siquiera abarca adecuadamente el significado geográfico de "global" porque América Latina como continente de una primera ola de colonialismo es prácticamente ignorada, principalmente debido a la naturaleza política de la epidemiología social, la medicina social y la salud colectiva no encajaban en la tendencia dominante de la salud global. En el mundo actual, descolonizar la sanidad mundial exige, en última instancia, nombrar y culpar a la colonialidad como punto de partida histórico y



fundamento de la ideología y la práctica neoliberales actualmente dominantes en todas las esferas de la vida humana y social (Nofal 2023).

Conclusión

La política de salud global se ha convertido en una importante y compleja cuestión y tarea transversal. Es alentador que en los últimos años el contexto global de la salud haya pasado cada vez más a un primer plano. Sin embargo, esto requiere un enfoque de derechos humanos que considere la salud no como un "modelo de negocio" rentable, sino como una aspiración de todo ser humano. La salud mundial también debe abordar las raíces y principales causas del empobrecimiento del Sur global, a saber, el colonialismo, un orden económico orientado a la maximización del beneficio a corto plazo y, en particular, la explotación ecológica de los recursos naturales. Una política sanitaria mundial responsable debe abordar realmente los problemas existentes y no limitarse a restablecer las condiciones que condujeron a la crisis sanitaria mundial y planetaria.

Referencias

- Alatas V et al. (2012). Targeting the Poor: Evidence from a Field Experiment in Indonesia. *American Economic Review* 102 (4): 1206-1240. DOI: 10.1257/aer.102.4.1206.
- Alvaredo F et al. (2018). *World Inequality Report 2018*. Paris: World Inequality Database. Available at: <https://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-full-report-english.pdf>.
- Bempong NE et al. (2019). Precision Global Health – The case of Ebola: a scoping review. *J Glob Health*. 9 (1): 010404. DOI: 10.7189/jogh.09.010404.
- Bengtsson L, Rhinard Mark (2018). Securitisation across borders: the case of 'health security' cooperation in the European Union. *West European Politics* 42 (2): 346-368. DOI: 10.1080/01402382.2018.1510198.
- Birn AE (2009). The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? *Glob Publ Health* 4 (1): 50-68. DOI: 10.1080/17441690802017797.
- Biruk C (2019). Review Essay: The politics of Global Health. *Journal of the Association for Political and Legal Anthropology*, 8 January. Available at: <https://polarjournal.org/2019/01/08/review-essay-the-politics-of-global-health>.
- BMBF (2015). *La salud mundial en el centro de la investigación. Concepto de financiación: Enfermedades olvidadas y relacionadas con la pobreza*. [Global health at the centre of research. Funding concept: Neglected and poverty-related diseases]. Berlín: Bundesministerium für Bildung und Forschung [Federal Ministry of Education and Research]. Available at: https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/Globale_Gesundheit.pdf.



BMG (2013). Shaping Global Health Taking Joint Action Embracing Responsibility. The Federal Government's Strategy Paper. Berlín: Federal Ministry of health. Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Screen_Globale_Gesundheitspolitik_engl.pdf.

Bozorgmehr K (2010). Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. *Global Health* 6:19. DOI: 10.1186/1744-8603-6-19.

Bradley D (1996). Editorial: Change and continuity in Tropical Medicine, Science and International Health. *Trop Med Int Health* 1 (1): 1-2. DOI: 10.1046/j.1365-3156.1996.d01-16.x.

Brown TM et al. (2004). The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health* 2006; 96 (1): 62-72. DOI: 10.2105/AJPH.2004.050831Cueto, Marcos. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care. *Am J Public Health* 94 (11): 1864-1874. DOI: 10.2105/AJPH.94.11.1864.

DPGG (2014). Globale Gesundheitspolitik – für alle Menschen an jedem Ort. Grundlagen für eine künftige ressortübergreifende Strategie für globale Gesundheit [Política sanitaria mundial: para todos y en todas partes. Bases para una futura estrategia interdepartamental de salud mundial.]. Berlín: Deutsche Plattform für Globale Gesundheit [Plataforma Alemana para la Salud Mundial] . https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2015/10/DPGG-Globale_Gesundheitspolitik-1.pdf.

DPGG (2018). Empfehlungen der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit für die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung [Recomendaciones de la Plataforma Alemana de Salud Mundial para la Estrategia de Salud Mundial del Gobierno Federal]. Berlín: Deutsche Plattform für Globale Gesundheit [Plataforma Alemana para la Salud Mundial]. Available at: https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2018/09/dpgg_empfehlungen.pdf.

Dry S (2008). Epidemics for all? Governing Health in a Global Age. Brighton: STEPS Centre, University of Sussex. Available at: https://www.episouth.org/doc/r_documents/Epidemics.pdf.

Evans B, Leighton F (2014). A history of One Health. *Rev sci tech Off int Epiz* 33 (2): 413-420

Fourie C (2018). The trouble with inequalities in global health partnerships. *Medicine Anthropology Theory* 5 (2): 142–155. DOI: 10.17157/mat.5.2.525.

Frieden T, et al. (2014). Ebola 2014 — New Challenges, New Global Response and Responsibility. *N Engl J Med* 371 (13): 1177-1180. DOI: 10.1056/NEJMp1409903.

Garay J et al. Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term. *Face à face* 2013; 12. Available at: <http://faceaface.revues.org/745>.

Gates B (2005). Prepared remarks to the 2005 world health assembly. Geneva: World Health Organization, 16 de maio. Available at: <https://www.gatesfoundation.org/media-center/speeches/2005/05/bill-gates-2005-world-health-assembly>.

GBD 2017 Causes of Death Collaborators (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global



Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392 (10159): 1736-1788. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.

GBD 2017 Mortality Collaborators (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392 (10159): 1684-1735. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31891-9. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931891-9>.

Guinto R (2019). #DecolonizeGlobalHealth: Rewriting the narrative of global health. International Health Policies Network (IHP Network), 11 de febrero. Amberes: Instituto de Medicina Tropical, 2019. Available at: <http://www.internationalhealthpolicies.org/decolonizeglobalhealth-rewriting-the-narrative-of-global-health>.

Gulati D, Voss M (2019). Health and Security. Why the Containment of Infectious Diseases Alone Is Not Enough. SWP Comment 2019/C 32. Berlín: Stiftung für Wissenschaft und Politik [Fundación Ciencia y Política]. DOI: 10.18449/2019C32. Available at: https://www.swp-Berlin.org/fileadmin/contents/products/comments/2019C32_gul_voe.pdf.

Hanefeld J (2014). Globalisierung und das Recht auf Gesundheit [Globalización y derecho a la salud]. In: Razum O, Zeeb H, Müller O, Jahn A (eds.). *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit [Salud y justicia]*. Berna: Hans Huber: 67-72.

Hardoon D, Ayele S, Fuentes-Nieva R (2016). An economy for the 1%. Oxfam Briefing Paper 210. London: OXFAM,. Available at: <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/592643/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-summ-en.pdf;jsessionid=20DBBC9CC45F89F88ABAC6F7D508D0E2>.

Harvard Chan Student Committee for the Decolonization of Public Health (2019). *Decolonizing Global Health: A student Conference at the Harvard T. H. Chan School of Public Health*. Available at: <https://www.hsph.harvard.edu/decolonization-of-public-health-so>.

Holst J (2019). Addressing upstream determinants of health in Germany's new global health strategy: recommendations from the German Platform for Global Health. *BMJ Glob Health* 4 (2): e001404. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001404.

Holst J (2020). Global Health – Emergence, technocratic narrowing and hegemonic trends of a new concept. *Globalization and Health* 16:42. DOI: 10.1186/s12992-020-00573-4.

Holst J, Razum O (2018). Globale Gesundheitspolitik ist mehr als Gefahrenabwehr: Discussion [La política sanitaria mundial es más que una defensa contra el peligro: Debate]. *Das Gesundheitswesen* 80 (10): 923-926. DOI: 10.1055/s-0043-119088.

Holst J, van de Pas R (2023). The biomedical securitisation of global health. *Globalization and Health* 19: 15. DOI: 10.1186/s12992-023-00915-y.

Holst J, Tinnemann P, van de Pas R (2022). Virchow Prize: Cementing commodification, coloniality and biomedical reductionism in global health. *BMJ Global Health* 8 (5): e011240. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-011240.



Horton R et al. (2014). From public to planetary health: a manifesto. *The Lancet* 383 (9920): 847. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60409-8.

Institute of Medicine (1997). *America's vital interest in global health Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Washington DC: The National Academies Press. Available at: <http://nap.edu/5717>.

Jamison DT et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 382 (9908): 1898-1955. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4.

Katz R et al. (2014). Global health security agenda and the international health regulations: moving forward. *Biosecur Bioterror*. 12 (5): 231-238. DOI: 10.1089/bsp.2014.0038.

Kenworth N et al. (2018). Critical perspectives on US global health partnerships in Africa and beyond. *Medicine Anthropology Theory* 5 (2): i-ix. DOI: 10.17157/mat.5.1.613.

Kickbusch I, Cassar Szabo MM (2014). A new governance space for health. *Global Health Action* 7 (1): 23507. DOI:10.3402/gha.v7.23507.

Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ* 85(3):230-232. DOI: 10.2471/BLT.06.039222.

Koplan JP et al. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet* 373 (9679): 1993-1995. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

Labonte R, Gagnon M (2010). Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Globalization Health*. 6:14. doi: 10.1186/1744-8603-6-14.

Lawson M, Taneja A (2024). *Inequality Inc*. London: Oxfam International. DOI: 10.21201/2024.000007. Available at: <https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/2024-01/Da- vos%202024%20Report-%20English.pdf>.

McCoy D et al. (2008). Academic partnerships between rich and poor countries. *The Lancet* 371 (9618): 1055-1056. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60466-3.

McInnes C, Lee K (2006). Health, security and foreign policy. *Review of International Studies* 32: 5-23. DOI: 10.1017/S0260210506006905.

Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y (2018). Double burden of diseases worldwide: coexistence of undernutrition and overnutrition-related non-communicable chronic diseases. *Obes Rev* 19 (1): 49-61. DOI: 10.1111/obr.12605.

Moraña M, Dussel E, Jáuregui C (2008). *Coloniality at Large. Latin America and the Postcolonial Debate*. Durham: Duke University Press.

Müller O, Jahn A, Gabrysch S (2018). Planetary Health - Un concepto sanitario global. *Deutsches Ärzteblatt* 115 (40): A1751-A1752, B-1473-1474 / C- 1459-1460. Available at: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=201358>.



NCD Countdown 2030 collaborators (2018). NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet* 392 (10152): 1072-1088, DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32253-0.

Nofal S (2023). The historical roots of neoliberalism: origin and meaning (As raízes históricas do neoliberalismo: origem e significado). *Revista de Economia Política* 43 (3). DOI: 10.1590/0101-31572023-3444.

OECD (2005/2008). The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Available at: <http://www.oecd.org/dac/efectiveness/34428351.pdf>.

Ouma B, Dimaras H (2013). Views from the global south: exploring how student volunteers from the global north can achieve sustainable impact in global health. *Globalization and Health* 9: 32. DOI: 10.1186/1744-8603-9-32.

Parker R (2023). On the genealogy of the global health justice movement. *Glob Publ Health* 18 (1): 2288686. DOI: 10.1080/17441692.2023.2288686 (<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17441692.2023.2288686>).

People's Health Movement (2017). *Global Health Watch 5. An Alternative World Health Report*. London: ZED Books.

Perez-Brumer A, Hill D, Parker R (2024). Latin America at the margins? Implications of the geographic and epistemic narrowing of 'global' health. *Glob Publ Health* 19 (1): 2295443. DOI: 10.1080/17441692.2023.2295443 (<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17441692.2023.2295443>).

Pfeiffer J et al. (2008). Strengthening Health Systems in Poor Countries: A Code of Conduct for Nongovernmental Organizations. *American Journal of Public Health* 98 (12): 2134-2140. DOI: 10.2105/AJPH.2007.125989.

Pickett K, Wilkinson R (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine* 128: 316-326. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031.

Pratt ML (2008). In the Neocolony: Destiny, Destination, and the Traffic in Meaning. In: Moraña et al. 2008: 459-478.

PrPrescott S, Logan A (2019). Planetary Health: From the Wellspring of Holistic Medicine to Personal and Public Health Imperative. *Explore* 15 (2): 98-106. DOI: 10.1016/j.explore.2018.09.002.

Ramroth H et al. (2014). Nichtübertragbare Erkrankungen, Verletzungen und Unfälle [Non-communicable diseases, injuries and accidents]. In: Razum O, Zeeb H, Müller O, Jahn A (eds.). *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit [Health and Justice]*. Bern: Hans Huber: 169-180.

Scott H (1939). *History of tropical medicine*. Vol. I. London: Edward Arnold & Co.

Schütte S et al. (2018). Connecting planetary health, climate change, and migration. *The Lancet Planetary Health* 2 (2): E58-E59. DOI: 10.1016/S2542-5196(18)30004-4.



Stuckler D, McKee M (2008). Five metaphors about global health policy. *The Lancet* 372 (9597): 95-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61013-2.

Taylor S (2018). 'Global health': meaning what? *BMJ Glob Health* 3: e000843. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000843.

UN (2008). The Right to Health. Fact Sheet No. 31. New York: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Fact-sheet31.pdf>.

UN (n.y.). Transforming our World. The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.

UNDP (2024). Sustainable Development Goals. New York: United Nations Development Programme. Available at: <https://sdgs.un.org/goals>.

Vandemoortele J (2016). SDGs: the tyranny of an acronym? *Impakter*, 13 September. Available at: <https://impakter.com/sdgs-tyranny-acronym>.

van de Pas R (2023). One Health: What's the problem? *Development* 60 (3): 191–198. DOI: 10.1057/s41301-023-00398-9.

WHO (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Washington DC: Organización Panamericana de Salud. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf>.

WHO (1999). Making a Difference. The World Health Report 1999. Genf: World Health Organisation. Available at: https://www.who.int/whr/1999/en/whr99_ch2_en.pdf.

WHO (n. y.). Global Health Histories. Origin and development of health cooperation. Geneva: World Health Organization. Available at: https://www.who.int/global_health_histories/background/en.

Yong K, et al. (2005). Limited good and limited vision: multidrug-resistant tuberculosis and global health policy. *Soc Sci Med* 61 (4): 847-59. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.046.

© 2023, Holst J; This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.