



Boletín U.I.S.E.S.S.

Año 18 Enero - Abril 2017 Número 1

Editorial

La globalización y su impacto en la atención a la salud. ¿El sustrato, la modernidad y una política neoliberal?

Contenido

- ¿La globalización: ventaja o desventaja para la salud?
- La globalización y su impacto en el sector salud.
- Globalización y los hábitos poco saludables de las enfermedades crónico-degenerativas.
- La globalización en la formación de recursos.
- Globalización en la salud, un reto para enfermería.
- Globalización y su impacto en enfermería.
- La globalización y la inseguridad alimentaria, la causa de enfermedades crónicas.
- La globalización y los alimentos transgénicos.
- Mejor charlemos sobre una "glocalización" en salud.
- Globalización y salud pública.
- Globalización y salud: la diabetes come en la mesa con todos.
- Algunas reflexiones en torno al tema de: globalización y salud.
- Triple tangente de globalización y salud.
- Notas.
- Información para autores.
- Noticias
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Palabras clave: Globalización, salud, modernidad.

Para reflexionar la globalización y la atención a la salud es necesario partir de México como un país moderno, en su crecimiento y desarrollo económico y político. Algunos de los criterios indispensables son: En primer lugar, la modernidad está asociada con el capitalismo, la industrialización y la democracia. Las sociedades modernas están organizadas mediante cuatro instituciones principales: La escuela, la empresa industrial y los mercados.

Podemos pensar en estas sociedades desde una lógica de colonización (Boaventura, 2011), ya que los países latinoamericanos juegan un papel fundamental en la economía global, al proveer tanto mejores condiciones para el establecimiento de empresas transnacionales como mano de obra barata para los países capitalistas. Se ha establecido un nuevo colonialismo mediante la transferencia de recursos a través del pago de la deuda externa y la desigualdad en los términos de intercambio internacional. En México, al igual que otros países de AL, la pobreza, la exclusión social y la heterogeneidad cultural son precisamente producto de la modernización global y de la región globalizada. Por lo tanto la sociedad mexicana no es moderna de la misma manera que los países occidentales y tampoco su proceso de incorporación a la modernidad es simplemente una copia del proceso de estos últimos. Para Amuchastegui “la América que tenemos, hecha de este entrecruzamiento -muchas veces destructivo y doloroso de tradiciones, culturas, dominaciones-, y también de explotaciones, dependencias y servidumbres”. La AL bajo la forma de producción capitalista inserta en los mercados internacionales; cuya cultura de masas se halla articulada por las instituciones de conocimiento y los medios de comunicación; donde el campo de las luchas hegemónicas refleja la contradictoria composición de esas sociedades nacionales y las peculiares modalidades regionales pero en un mercado de consumo global (Millones, 2013).

En este panorama la identidad siempre incompleta, fraccionada, inalcanzable e insuficiente que configura ese anhelo nos hace subalternos, marginales e infelices, al tiempo que nos incita a realizar el progreso y la felicidad por medio de la autodeterminación y el efecto es decir, los géneros, las edades, el estilo de vida. El uso adecuado de lo moderno produce un consenso acerca del uso y sobre todo en los regímenes que producen la sensación de la modernidad (discursos preventivos: Regulación de la capacidad reproductiva mediante el uso de anticonceptivos, del SIDA, mediante el uso del condón, del aborto mediante abolir los embarazos no deseados, de la atención prenatal, etc.). El uso adecuado y oportuno, se presenta fraccionado y polifono, y en sus diversos discursos matiza y regula la experiencia de la modernidad.

Pedraza y Girola plantean la modernidad como un fenómeno cultural, por tanto en la formación de la subjetividad, donde la construcción de los imaginarios “en el intento que realizan los hombres y mujeres modernos por convertirse a la vez en individuos sujetos y objetos de la modernización, asumir el control del mundo moderno, perfeccionar dicha subjetividad y al individuo capaz de vivir dicha experiencia de su cuerpo “los imaginarios sociales modernos” (ISM). Para Castoriadis (1983) tanto prácticas como representaciones que se refieren a las identidades de los miembros de una comunidad sociopolítica; esto es, a los modos de

pertenencia, normas comunes y aspiraciones, asignación de significado a acontecimientos que se consideran cruciales y narrativas diversas. Es el que puede dar cuenta a las instituciones de una sociedad, de la constitución de motivos de necesidades de sus miembros y la existencia de sus tradiciones y mitos. Así el ISM es una construcción simbólica que hace posible las relaciones entre personas, objetos e imágenes.

Por otra parte, en tiempos de globalización económica y cultural, muchos autores hablan de modernidades múltiples o modernidades alternativas. Sin embargo, los procesos de modernización en cada país se realizan teniendo como referentes a un conjunto de ideales y fines sociales, usos y costumbres, forma de organización, instituciones, formas de sociabilidad y socialización, metas y procesos de cambio específicos. Para lo cual es necesario diferenciar las transformaciones a través de las cuales las distintas sociedades han cambiado y han modernizado percepciones y representaciones que surgen y a la vez alimentan dichos procesos de cambio.

Los postmodernistas proclaman el colapso de la modernidad, como un estado de cosas que está llegando a su fin. El discurso postmoderno se presenta a sí mismo como comprobación ex-post de una modernidad que ya ha perdido toda su mística y declara la obsolescencia de la idea de progreso, de la razón histórica, de las vanguardias, de la modernización integradora, de las ideologías y las utopías. ¹Proclaman el cambio, básicamente desde la exaltación de la diversidad, del individualismo, la multiplicidad de lenguajes, de proyectos y de relativismo axiológico, que encaja perfectamente con la idea de determinación del futuro. Por otro lado los críticos modernos, reconocen la crisis de la modernidad como parte de su propia dinámica. Se trata de la modernidad pensándose a sí misma y explicitando sus propios conflictos irresueltos o pendientes. Donde existe la sensación de haber sido atrapados en un universo de acontecimientos que no logramos entender y se escapan a nuestro control. Para ellos más allá de la modernidad lo que podemos concebir son los contornos de un orden nuevo y diferente que es postmoderno; pero que es muy distinto de lo que en este momento algunos han dado en llamar postmodernidad. ²

Así, la trascendencia del cambio sociocultural, que comenzó a gestarse en los años 70 y que marca la época de fin de siglo. El contexto de los cambios socioeconómicos y socioculturales que han producido estas fórmulas intelectuales, es el fenómeno de la modernización. La teoría de la modernización considera que el desarrollo económico y tecnológico origina un proceso de cambios que son predecibles y universales: Es decir, la modernización es un contexto coherente para explicar las pautas de las transformaciones sociales. (Inglehart, 1994:92),

En conclusión

La modernización es un proceso complejo porque la dirección del cambio social toma como referente al individuo y no como hasta entonces las instituciones. Algunos elementos que configuran esta orientación son el relajamiento del interés sobre la eficiencia económica, la autoridad burocrática y la racionalidad científica, y el nuevo valor que adquiere la autonomía individual. Dentro de él hay una serie de cambios estructurales

de distinto orden como la urbanización, la industrialización, la terciarización, la secularización, la burocratización, el crecimiento de la renta per cápita, el desarrollo del consumo, la educación formal de la población y el desarrollo de los medios de comunicación. Estos cambios se producen en la sociedad occidental. Se trata de una visión del cambio social no centrada en los valores tradicionales vinculados a la autoridad clásica (como la religión o la familia), ahora se trata de valores emergentes arropados por la seguridad económica y física, y vinculados al individuo y a su autoexpresión, para construir una relación con los otros.

Para Giddens (1995), las formas de vida construidas por la modernidad arrasaron de manera sin precedentes todas las modalidades tradicionales de orden social. Así mismo se refiere a la sociedad moderna, como la sociedad postradical, tardía o reciente. Extensivamente han servido para establecer formas de interconexión social que abarcan el globo terráqueo. Intensivamente han alterado algunas de las más íntimas y privadas características de nuestra cotidianidad. Pero con una interpretación cuya principal preocupación es el análisis institucional.

Uno de los rasgos distintivos de esta dinámica es su interconexión entre los dos extremos el de la extensibilidad y la intencionalidad: Las influencias universalizadoras por un lado, y las disposiciones personales por otras.

Al valorar ciertos aspectos claves junto con su flexibilidad institucional, la vida social moderna está caracterizada por procesos profundos de reorganización del tiempo y del espacio, ligados a la expansión de mecanismos de desenclave, que liberan las relaciones sociales de su fijación a circunstancias locales específicas, recombiniéndolas a lo largo de grandes distancias socio-temporales sirven además, para transformar el contenido y naturaleza de la vida social cotidiana.

Así, la modernidad es un orden postradical en el que, no obstante, la seguridad de tradiciones y costumbres no ha sido substituida por la certidumbre racional del conocimiento que institucionaliza el principio de la duda radical y recalca que todo conocimiento adopta la forma de hipótesis, que en principio son siempre susceptibles de revisión y pueden ser abandonadas en algún momento. Una serie de sistemas de especialización acumulada constituyen fuentes diversas de autoridad, expuestas a menudo a las críticas internas y divergentes en sus consecuencias.

Aquí surgen las nociones de confianza y riesgo. La confianza³ es un fenómeno genérico crucial en el desarrollo de la personalidad y posee una relevancia peculiar y específica en el mundo de mecanismos de desenclave y sistemas abstractos. Está directamente vinculada con un sentimiento de seguridad, que mantiene a raya las amenazas y peligros potenciales que comportan las actividades más triviales. Una cultura del riesgo, donde el futuro es traído continuamente al presente, de las circunstancias que rodean al conocimiento. Pensar en términos de riesgo es esencial para valorar hasta dónde es probable que los proyectos difieran de los resultados previstos.

Así, en la vida social moderna, la noción de estilo de vida adquiere una particular importancia. La planificación de la vida organizada de forma refleja presupone normalmente una ponderación de los riesgos filtrada por el contacto con el conocimiento de los expertos, se convierte en un rasgo

central de la estructuración de la identidad del yo. En esta conexión las cuestiones de clase y desigualdad social se entretajan estrechamente. De hecho las divisiones de clase y otras áreas fundamentales de desigualdad como las relacionadas con el género, pueden definirse en parte en función de la diferente posibilidad de acceder a las formas de realización del yo y capacitación. No debemos olvidar que la modernidad crea diferencia, exclusión y marginalización. Las instituciones modernas, al mismo tiempo que ofrecen posibilidades de emancipación, crean mecanismos de supresión más bien que de realización del yo. El estilo de vida se refiere también a las decisiones tomadas y a las líneas de acción seguidas en situaciones de limitación material, entre estas pautas se pueden incluir el rechazo más o menos deliberado de formas difusas de comportamiento y consumo.

En estos procesos podemos encontrar muchos nexos diferentes con la experiencia profesional del equipo multidisciplinar los sistemas abstractos para la construcción de padecimientos y la readaptación – adquisición de nuevos conocimientos y destrezas-, tanto en la intimidad como en la vida personal como a compromisos sociales más amplios, es una reacción general ante los efectos de despojamiento provocados por los sistemas abstractos. De esta forma las instituciones modernas como la educación y la atención a la salud se dirigen a la creación de nuevos marcos de actuación ordenados de acuerdo a la dinámica propia de la modernidad.

Bibliografía

Amuchastegui A. (2008). *La sexualidad femenina para los jóvenes mexicanos en Lerner y Szass (comp) sexualidades en México. Algunas perspectivas desde las Ciencias Sociales. El Colegio de México* pp 107.136.

Boaventura de Sousa (2011). *Formas-Otras. Saber, nombrar, narrar, hacer. IV training seminae de jóvenes investigadores en dinámicas interculturales. Barcelona, CIBOD Ediciones. 9-22.*

Lechner Norbert. *Un desencanto llamado postmoderno.*

Follari Roberto. (1992). *Dominación y legitimación democrática en América Latina. Sociológica, Mayo-agosto: 110-118.*

Girola Lidia. *Imaginario socioculturales de la modernidad. Aportaciones recientes y dimensiones del análisis para la construcción de una agenda de investigación. Sociológica Núm.64, mayo-agosto 2007, pp. 45-76.*

Habermas J. *El criticismo neoconservador de la cultura en los Estados Unidos y en Alemania Occidental: un movimiento intelectual en dos culturas políticas. En Habermas y la modernidad.*

Giddens A. ____ *Consecuencias de la modernidad. Alianza Universidad, 1990 Madrid. ____ Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Península, 1995: 9-12.*

Hopenhayn. *El debate postmoderno y la dimensión cultural del desarrollo (un esquema descriptivo). En Calderón Fernando (comp..) Imágenes desconocidas, la modernidad en la encrucijada postmoderna. CLACSO, Buenos Aires, 1988.*

Millones M. *Neoliberalismo en América Latina, una interpretación desde la ideología en Zizek. Sociológica año 28, núm 79, mayo-agosto 2013:51-53-78.*

¿La globalización: ventaja o desventaja para la salud?

Brenda Elizabeth González Ruiz

Médico cirujano y partero

Universidad de Guadalajara (CUCS)

Elí Benjamín López Arana

Médico cirujano y partero

Universidad de Guadalajara (CUCS)

Recibido: 31/Mar/2017

Aprobado: 07/Abr/2017

Notas

- 1 Los postmodernos asocian esta obsolescencia (lo que se desprecia por los campos que se aplica, lo que está cayendo en desuso, anticuado) a diversos fenómenos entre los cuales destacan los siguientes: a) (revolución de los paradigmas en las ciencias naturales y exactas, y el consiguiente impacto de las ciencias sociales;
 - b) la aceleración del cambio tecnológico y la consecuente diversificación de procesos y productos, e impone al tejido social grados más altos de complejidad, movimiento y flexibilidad;
 - c) el auge de la difusión de la informática que conlleva una proliferación de signos y lenguajes que pasa a ser interpretado por múltiples lenguajes;
 - d) la pérdida de centralidad del sujeto en la fase actual del desarrollo histórico en la que la complejidad de estructuras y fragmentación cultural tornarian inconcebible una identidad genérica a partir de la cual promover la emancipación de la humanidad, el autoconocimiento colectivo o cualquier utopía global;
 - e) la despersonalización del saber en una era en que dicho saber se convierte en un insumo estratégico, impide preservar la idea de sujeto portador del conocimiento y torna inviable cualquier ideología que pretenda integrar el conocimiento disponible en una interpretación comprensiva del mundo;
 - f) éxtasis comunicacional provocado por el acto combinado de la informática y las telecomunicaciones.
- 2 En el origen del debate, la polémica Lyotard-Habermas refleja ambas posiciones. Lyotard ocupa la del postmodernismo entusiasta (La condición postmoderna) y Habermas, la del moderno crítico (la modernidad un proyecto incompleto, en la postmodernidad, Foster (comp.) Kairos, Barcelona 1986, págs. 19-36. En esta posición se sitúa A. Giddens, Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Península, 1995: 9-12.
 - 3 Confianza. Otorgamiento de crédito a personas o sistemas abstractos; se basa en arrojarle de un salto a la fe, dejando en suspenso la propia ignorancia o falta de información.

Palabras clave: Globalización, salud, epidemias, alimentación, sedentarismo.

El término “globalización” fue acuñado por el profesor Theodore Levitt en 1983 enfocándose solo en el punto de vista económico, pero ésta ha traspasado a los ámbitos políticos, sociales y culturales. Es un fenómeno que está sucediendo en la actualidad, en el cual se están quitando las barreras de la distancia y estamos siendo un solo terreno global. Hablar de esto es muy amplio ya que implica varios aspectos, pero qué pasa con el área de la salud, ¿repercute la globalización en ésta?

Con el aumento de la internacionalización ha traído consigo un mayor movimiento de personas fuera de su territorio en el cual habitan, trayendo consigo el aumento del riesgo de la propagación de enfermedades infecto-contagiosas como fue el caso del VIH, pero no solo el humano puede ser el huésped, sino que también el aumento del capital financiero ha hecho la exportación de miles productos y con estos un gran regalo “microorganismos patológicos”, por ejemplo se han embarcado mariscos infectados con la bacteria cólera desde América Latina al continente europeo.

Pero no solo la globalización afecta para la incidencia de enfermedades, sino que también se ha podido frenar estas epidemias, gracias a las industrias farmacéuticas que actualmente son organismos internacionales. Éstas se encargan de mandar medicamentos y/o vacunas por vía aérea o marítima, con el fin de combatir estas patologías y de esta manera disminuir el número de casos y evitar muertes innecesarias.

Con la globalización se han adoptado nuevos estilos de vida: La alimentación y el sedentarismo. Es decir, gracias al aumento de comercialización de productos internacionales como frutas y/o verduras ricas en vitaminas y minerales que son económicamente caros e inaccesibles para familias de escasos recursos, también se han exportado gran número de productos chatarra, que como su nombre lo dice no aportan nada nutritivo al organismo, estos le añaden sustancias que los hacen apetecibles y por lo tanto más adictivos (glutamato monosódico), además de ser ricos en grasas y azúcar, y pobres en nutrientes esenciales, que se convierten en la opción más barata para saciar el hambre, dando una malnutrición en el ser humano que consume estos alimentos.

Hoy en día, la mayoría de trabajos están en empresas transnacionales, teniendo a sus empleados sentados en una escritorio al pendiente de una computadora por más de 8 horas al día, ya que la globalización trajo un aumento en la tecnología y salió la famosa internet, que está a solo un clic de distancia al comunicarse con personas que se encuentran a millones de kilómetros.

Estos dos factores antes mencionados son parte de los factores de riesgo para el desarrollo de “la obesidad” (actualmente descrita como epidemia mundial), ya que las personas están comiendo un gran número de calorías y no las están quemando con una actividad física, sino que todo se está depositando en el tejido adiposo. Esto va hacer que en algún momento estalle la bomba para el sector salud con un gran número de obesos con enfermedades crónico-degenerativas y por lo tanto un aumento en el gasto económico en hospitalizaciones, medicamentos y defunciones.

La globalización trajo consigo muchas ventajas en el área de la salud, ya que ha traído la difusión e internacionalización de prácticas en la medicina occidental científica, además de adelantos en la tecnología mediante la comunicación de la información por medio de boletines, artículos y revistas internacionales que permite al personal de salud mantenerse actualizado sobre las enfermedades, diagnóstico, tratamiento y prevención de éstas. Lo que nos ha beneficiado ya que no tenemos que esperar algunos años en que llegue la información más actualizada y pudiéndole brindar al paciente más estrategias que le ayuden a mejorar y adoptar mejores hábitos y medidas de salud.

Si bien es cierto que la globalización ha traído consigo grandes problemas como epidemias, adopción de nuevos estilos de vida (mala alimentación y sedentarismo), crecimiento desmedido de la población, aparición de ciertas enfermedades en zonas geográficas donde antes no existían y un acceso a información en internet que en ocasiones son de fuentes poco confiables que no han beneficiado a la sociedad, incrementado el riesgo de problemas sanitarios y de salud pública.

Pero también ha traído avances tecnológicos con la implementación de estrategias a nivel mundial para detener las epidemias, colocando filtros sanitarios, la implementación de programas que ayudan a evitar el sedentarismo y mejorar la alimentación de las personas, evitando así la aparición o progresión de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y obesidad, el descubrimiento de nuevos medicamentos y maneras de detectar oportunamente enfermedades, el acceso oportuno a la información actualizada sobre manejos de enfermedades, nuevos robots para realizar microcirugía con gran precisión, etc.

Por lo anterior podría decirse que la globalización es un arma de dos filos en donde es necesario encontrar el punto medio y sacar provecho a las nuevas tecnologías para el manejo de enfermedades o para la circulación de la información de fuentes confiables para dar un mejor servicio a los pacientes, por lo que es de vital importancia que los prestadores de servicios de la salud ayuden a los pacientes a obtener información de fuentes confiables y ayudarlos a adoptar nuevos estilos de vida enfocados en la mejoría de la salud tratando de evitar el sedentarismo. Además de siempre contar con un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeros, nutriólogos, activadores físicos que tengan lo más actualizado de conocimientos para poder ayudar a los pacientes y brindarles los servicios necesarios con la calidad en servicios de salud.

Bibliografía

1. Bondades, S.U.S.E.Y. (2005). La globalización: Sus efectos y bondades. Salud y Globalización, 65-77.
2. OMS. Informe Mundial sobre la Conferencia "Globalización y Salud " OMS (2014). Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>
3. Quijano, M. (2010). La globalización en medicina. Medicina y Ciencia, 1-4.
4. Fierro A., Solari P., Pérez A. (2015). Síndrome de Inmovilidad. Revista Tendencias Medicas 2(47) 73-76.

Sara Lizbeth Alfaro Galindo
Pasante de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero
Universidad de Guadalajara
sara-30@hotmail.com

Palabras clave: Salud, globalización.

Recibido: 03/Abr/2017

Aprobado: 10/Abr/2017

La globalización es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo, unificando sus mercados, sociedades y culturas a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global.

El fenómeno de la globalización ha permeado prácticamente todos los aspectos de la actividad humana, tales como la economía, la política, la cultura, la ecología, entre otros; de ahí que se trate de un proceso multidimensional, el cual se aceleró a partir de la segunda mitad del siglo XX gracias al impresionante avance de las fuerzas productivas, jalonadas por las nuevas tecnologías y su impacto en las comunicaciones, la información, el transporte, la industria, el sector agropecuario, los servicios, la educación, entre otros. El actual proceso de globalización es incompleto y asimétrico marcado por las principales deficiencias en términos de gobernabilidad.

La globalización hace más ricos a los ricos y más pobres a los pobres; 2,500 millones de personas, que representan casi la mitad de la humanidad, viven con menos de 2 dólares diarios y las 225 personas más ricas del mundo, poseen más dinero que la mitad de la población mundial.

Comprender lo que sucede en el sector salud pasa por comprender el impacto de la globalización sobre la calidad de vida y los servicios de salud.

La Alianza Latinoamericana y del Caribe de (ALASAG), entiende la salud global como "un bien público mundial que trasciende fronteras, que está relacionado con la justicia social y que tiene como ejes a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos [basado en] la cooperación técnica y abogacía en [aportando] la mirada latinoamericana a los temas más candentes de la agenda mundial sobre salud y desarrollo".

Los 28 países más desarrollados del planeta cuentan con 15% de la población mundial, tienen solo el 10% de la carga mundial de enfermedad, pero consumen el 90% de los gastos mundiales de salud.

La salud debe ser encarada como asunto global y como un bien y un valor, por el cual se debe trabajar de modo explícito y programado, es un consenso a nivel mundial. En este sentido, la lucha contra las desigualdades es un poderoso estímulo para ese objetivo. Como campo de conocimiento, la salud global supone el estudio interdisciplinario del proceso de salud-enfermedad en el nivel mundial y de las respuestas sociales que se generan para enfrentar dicho proceso.

El paso de enfermedades a través de las fronteras es uno de los principales riesgos de la globalización como consecuencia del tránsito de personas y mercancías entre países. Este impacto es bidireccional y provoca la reaparición de enfermedades transmisibles en países desarrollados.

Enfermedades que antes se podían circunscribir a un área determinada, en la actualidad se diseminan en menor tiempo y en mayor extensión territorial.

El tabaquismo y la obesidad son los mejores ejemplos de los riesgos emergentes ligados a la globalización que están imponiendo una doble carga a los sistemas de salud en el mundo, complicando aún más las inequidades en salud.

La globalización va más allá de las enfermedades y los riesgos para incluir también a los productos para la salud. El creciente comercio de servicios y medicamentos a través de la internet, por ejemplo, tiene enormes implicaciones para la prescripción irracional y la consecuente diseminación de resistencias microbianas.

Globalizar la solidaridad, aplicar nuevas formas de colaboración entre los países en desarrollo y difundir las experiencias exitosas contribuyen a la prevención, control y en muchos casos a la erradicación de las principales afecciones que encabezan el cuadro de morbilidad y mortalidad de países no desarrollados.

La acción debe dirigirse a la reducción de las inequidades en salud y a los determinantes globales de la salud, para lo cual se “requerirán transformaciones que encarnen el cambio a larga escala”.

Bibliografía

- Frenk, Julio, & Gómez-Dantés, Octavio. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*, 49(2), 156-164. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000200011>
- Pinheiro, G.M.L., Kletemberg, D.G., Gonçalves, L.O., Pires, D., & Ramos, F.R.S.. (2010). Globalización y proceso de trabajo en salud: el desafío de la interdisciplinariedad. *Enfermería Global*, (20) Recuperado el 01 de abril de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000300020&lng=es&tlng=es
- Marimón Torres, Nestor, & Martínez Cruz, Evelyn. (2009). Globalización, salud y solidaridad: una vision diferente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1) Recuperado el 01 de abril de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100014&lng=es&tlng=es.
- Feo Istúriz, Oscar. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 887-896. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400011>
- Ruiz-Loyola, Benjamín. (2012). Salud pública, globalización y censura científica. *TIP. Revista especializada en ciencias químico-biológicas*, 15(1), 37-48. Recuperado en 018 de abril de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-888X2012000100004&lng=es&tlng=es
- Franco-Giraldo, Álvaro. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 128-136. Recuperado el 01 de abril de 2017, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892016000200128&lng=en&tlng=es.

Mónica Lizeth Padilla Sánchez
Médico Pasante del Servicio Social
Universidad de Guadalajara
monicasanchez9302@gamil.com

Recibido: 04/Abr/2017

Aprobado: 11/Abr/2017

Palabras clave: Globalización, Salud, Tabaco, Dietas, Enfermedad crónica degenerativa.

La globalización es entendida como un proceso de incremento de las inter-conexiones y relaciones más allá del tiempo y el espacio, para la mejora de la economía mundial (2).

Estas conexiones también se establecen entre sociedades y favorece el intercambio de valores y creencias, de cualquier manera, tiene lugar un cambio en las sociedades relacionado con la globalización.

Las enfermedades crónico-degenerativas son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedad cerebrovascular, es uno de los principales problemas de la salud pública por el gran número de casos afectados, morbilidad y costo elevado de su tratamiento (1).

Los factores de riesgo que se ven involucrados en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas como las enfermedades cardiovasculares son el tabaquismo, alcoholismo, el sedentarismo y dietas con alto contenido de grasas y calorías, la mayoría de estos factores de riesgo son considerados modificables.

Sin embargo, sabemos que con la aparición de las multinacionales y trasnacionales el consumo de algunas bebidas y alimentos con bajo contenido nutricional, alto en azúcares refinados, ha aumentado y por ende se han favorecido estos estilos de vida poco saludables.

Los efectos directos de la globalización en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas están dados por el aumento de la producción globalizada, el mercado y el consumo de tabaco, alcohol y alimentos procesados facilitados por los tratados de libre comercio y las inversiones extranjeras (3).

Casi 6 millones de personas mueren cada año por el uso de tabaco en los países subdesarrollados, se ha aumentado el consumo de tabaco, el cual se proyecta que duplique las muertes entre el 2010 y 2030 (2).

Según las encuestas de ENSANUT la prevalencia general de tabaquismo del 2012 fue de 9.2%, para los hombres de 12.3% y para las mujeres adolescentes de 6%, cifras que han aumentado con respecto a las encuestas anteriores (5).

Y a pesar de que México firmara un Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, si bien se ha visto una reducción de su producción interna, las medidas para regularizar su consumo en la población no parecen tan sólidas como en países desarrollados en donde el aumento en su costo, publicidad y lugares en donde se prohíbe fumar, aseguran una mejor control del consumo de tabaco, convirtiendo a México y otros países subdesarrollados como blanco de empresas tabaqueras extranjeras para la venta de su producto.

Pero no solo la mercadotecnia global afecta adultos sino a niños, a los cuales se les ofrecen productos poco saludables procesados y se emplean anuncios dirigidos a ellos en horarios de televisión en los que los niños se encuentran en casa.

Anteriormente la dieta de los mexicanos en la época prehispánica tenía como alimento base el maíz entre otros alimentos sin procesar, sin embargo a través del tiempo y con la globalización, ha tenido lugar una transición en la dieta, la cual ahora incluye alimentos con mayor contenido de sodio utilizado en alimentos procesados para su conservación, alimentos saturados en grasas y azúcares, muchos de estos alimentos son incluso más baratos y accesibles para los consumidores. Así mismo se ha introducido en el país una cultura del consumo de comida rápida y con ésta el aumento de la obesidad y otras enfermedades.

Los tratados y nuevas políticas están asociados con el aumento del consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas que favorecen aumentos en el índice de masa corporal y el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Parece claro que el cambio en las sociedades, producto de la globalización ha impactado en los hábitos y estilos de vida de las familias y pareciera no tener retorno, sin embargo las medidas a tomar deberán tener un enfoque individual, familiar y social.

Bibliografía

1. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral José Ángel Córdova-Villalobos, M Esp; Jorge Armando Barriguet-Meléndez, M Esp; Agustín Lara-Esqueda, M Esp; Simón Barquera, PhD; Martín Rosas-Peralta, Dr en C Med; Mauricio Hernández-Ávila, DSP; María Eugenia de León-May, Lic Admon; Carlos A Aguilar-Salinas.
2. Globalisation and Health. Hanefeld, Johanna.
3. The health impact of trade and investment agreements: a quantitative systemic review and network co-citation analysis. Pepita Barlow, Martin Mckee, Sanjay Basu and David Stuckler.
4. Consumo de tabaco en México 2000-2012: los beneficios de su reducción. ENSANUT 2012.
5. Boletín epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica, sistema único de información. Número 8. Volumen 33. Tabaquismo. 2016.

Oscar A. Estrada Gómez
Pasante Médico Cirujano y Partero
Universidad de Guadalajara

Recibido: 03/Abr/2017

Aprobado: 10/Abr/2017

Palabras clave: Globalización, alumno, examen, educación.

Una realidad evidente es que la mayoría de alumnos de pregrado toman la carrera de medicina como un trampolín para después cursar la especialidad a la que aspiran¹, pues desde los primeros semestres se nos es inculcada la meta de ser admitidos en una residencia como la única vía para prosperar. Las amenazas que esto representa, según Vázquez y colaboradores² en un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de la situación del Médico Interno Residente (MIR) que puede ser extrapolado al Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), son las siguientes: 1. El alumno sólo se prepara para el ENARM. 2. Exceso de aspirantes. 3. Frustración en muchos aspirantes. 4. Acreditar el ENARM en otra especialidad que no deseaba.

Es generalmente aceptada la premisa de que para "ser alguien en la vida" (ser útil para el sistema capitalista) es necesario un nivel educativo elevado, una especialidad en este caso, ya que esto incrementa la posibilidad de conseguir un empleo bien remunerado (aunque en ocasiones esto no es así). Es por eso que el ingreso futuro es una meta que en forma implícita o explícita acompaña los motivos que expresan los jóvenes para ingresar a la universidad u optar por una carrera en especial: "Ésta sí tiene futuro", "Lo importante es tener un buen trabajo", "Quiero tener una casa y dos carros".³

En el caso del estado de Jalisco, la profesión de médico, según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se encuentra dentro de las 10 mejor remuneradas con un ingreso mensual promedio de 12,880 MXN.

Quizás esto explique en cierta medida por qué del año 2008 al 2014 incrementó la cantidad de médicos ejerciendo la profesión en esta entidad federativa, pasando de 150 a 177 galenos por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2014) y también por qué la carrera de medicina es una de las más solicitadas en el estado.

La gran demanda que existe en la población para estudiar la carrera de medicina deja sin lugar a muchos jóvenes. En la Universidad de Guadalajara, por ejemplo, de 2,228 aspirantes sólo fueron admitidos 350 en este último calendario (2017A), dejando al 85% no admitido buscando alternativas para estudiar. Esta situación favorece que distintas universidades privadas ahora oferten la carrera de medicina. Sin embargo, la mitad de las escuelas de medicina que existen en Jalisco no se encuentran registradas en la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM)¹, por lo que los estudios cursados en éstas carecen de validez oficial y los alumnos no son capaces de obtener un título y cédula profesional, repercutiendo negativamente en los intereses del estudiante.

Supeditados al modelo capitalista de la sociedad, en el que el 1% más rico de la población mundial –dueño de los medios de producción– tiene tanta riqueza como la del 99% restante acumulada (Credit Suisse Research Institute, Global Wealth Report 2016), la lucha contemporánea del grueso de la humanidad por la supervivencia tiene lugar en la búsqueda de vender su fuerza de trabajo con la mejor retribución posible. Desgraciadamente, en el sector de la salud, específicamente en los médicos, esto ha traído consecuencias negativas, sobresaturando las facultades y formando desempleados.

Bibliografía

- 1 Prieto-Miranda, S et al. ¿Sirve el examen nacional de residencias médicas de México? Med Int Mex 2013;29:518-524.
- 2 Vázquez G, Murillo-Cabezas F, Gómez J, Martín C, Chaves JL. El examen MIR, su cambio como una opción estratégica. Educ Med (Barc) 2010;13 (Supl1): S73-S77.
- 3 Montero-Mendoza, M. (2000). Elección de carrera profesional: Visiones, promesas y desafíos. Ciudad Juárez, Chih: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, pág. 17.

Palabras clave: Globalización, Salud, Tabaco, Dietas, Enfermedad crónica degenerativa.

La historia de la humanidad ha sido y es un continuo intercambio de mercancías, ideas, instituciones y personas no exento de problemas entre las personas y de éstas con la naturaleza. En la actualidad estos intercambios se producen con tal rapidez que resulta difícil asimilar los efectos que producen. La globalización es un proceso histórico de integración mundial en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico, que ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado, en una aldea global.

Fue el resultado de la consolidación del capitalismo, de los principales avances tecnológicos y de la necesidad de expansión del comercio mundial. En este sentido, las innovaciones en las áreas de las telecomunicaciones y de la informática, especialmente con el internet, jugaron un papel decisivo en la construcción de un mundo globalizado.¹

Dentro del proceso de globalización se reconocen los avances positivos en el área de salud, específicamente en los campos de comunicación y biotecnología. No obstante, su repercusión mundial en la salud de poblaciones pobres, tiende a ser bastante negativa, considerando que la pobreza se encuentra íntimamente relacionada con las condiciones y expectativas de salud. De este modo es muy ventajosa para los miembros de las clases más ricas en todo el mundo, mientras que a menudo es devastadora para los pobres y desfavorecidos.

Las consecuencias de la relación entre la globalización y salud no son nuevas, como han puesto de manifiesto los historiadores en los efectos que produjo el contacto entre el Viejo y el Nuevo Mundo. La conquista de América por los europeos arrebató la salud de tres de cada cuatro indígenas ya que los descubridores introdujeron enfermedades como la varicela y la gripe que en algunas zonas llegaron a causar un "holocausto demográfico".²

Se reconoce que un buen estado de salud depende de la calidad de las políticas de salud y de las inversiones en salud³, así como de la educación, ideas, técnicas y tecnologías. Además de que los países pobres invierten poco en salud y educación, hay carencia de recursos financieros y humanos que permitan una participación equitativa en organizaciones internacionales, donde se toman decisiones que los afectan y se determinan las reglas bajo las cuales los sistemas internacionales trabajan. La salud es un derecho humano fundamental, por lo tanto, llegar a un alto nivel de salud es una de las metas sociales mundiales más importantes, cuya ejecución requiere del trabajo de los diversos sectores sociales y económicos, además del sector salud.⁴

Desde la creación de enfermería como ciencia se ha venido transformando conforme a las necesidades de los pacientes, tratando de estar al día con lo que al proceso salud enfermedad se refiere. A pesar de ello, los contornos y tendencias de los procesos de globalización en el mundo contemporáneo imponen nuevos y grandes desafíos para la disciplina de enfermería en el siglo XXI. Estos retos son en gran parte consecuencia de las innumerables y rápidas alteraciones en el campo político, económico, social y cultural, con consecuencias drásticas en la salud humana individual y colectiva. Pero sin perder unos de sus objetivos primordiales que es desde mi punto de vista la educación para la salud y el autocuidado en el paciente.

La enfermera Vera Regina Waldow expresa su concepción del cuidado como "una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida"⁵ Cuidar es, en este sentido, una postura ética que acompaña a la atención de las personas en estado de salud y enfermedad.

Gracias a la libre venta de bienes y servicios que trajo consigo la globalización, la sociedad en general ha cambiado un poco su forma de vida, costumbres, ideas y alimentación esto a la larga no siempre es bueno porque copiamos no solo lo bueno sino también lo malo de los vecinos.

En su teoría Orem menciona que para realizar la práctica el autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar tres condiciones básicas, que pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud: La universalidad, el autocuidado de la salud es común a todas las personas; el desarrollo, el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida; la desviación de la salud, el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona.⁶ Lo anterior motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, no debe limitarse a la prescripción médica o la prestación de cuidados sanitarios, implica la puesta en marcha de procesos con carácter interpersonal, además de que ésta va cambiando según los avances o retrocesos que vaya teniendo la sociedad.

Con relación al cuidado son necesarias algunas estrategias que se centren esencialmente en las personas, guiándolas hacia la educación emancipadora y con autonomía, volviéndolas capaces de pensar y trabajar críticamente para mejorar sus vidas. De la misma forma, la valoración y el estímulo de creencias y valores culturales y sociales imprescindibles para realizar un cuidado culturalmente competente, favoreciendo la construcción de actitudes y comportamientos saludables. Así bien, la globalización es un reto para el personal de enfermería pues debe posicionarse para involucrar a sus miembros como actores en los derechos humanos y los esfuerzos mundiales de la diplomacia de la salud. Al tiempo que mantiene su posición como proveedores de servicio de atención especializada de salud a la comunidad mundial, enfermería también puede asumir nuevos roles.

Si las necesidades de salud cambian también deben cambiar las estrategias para lograr el estado de bienestar del paciente y por experiencia sé que funciona mejor una atención personalizada y por medio de un equipo multidisciplinario pues cada miembro desde su especialidad da lo mejor de sí para mejorar la salud del paciente. Pero para ello se debe empezar desde las escuelas donde, buscaremos obligatoriamente, una educación emancipadora, como una dimensión importante para la formación de profesionales con capacidad crítica para pensar, es decir pensar globalmente en las estructuras vigentes, a partir de sus raíces históricas y trabajar regionalmente en la solución de problemas para transformarlos, teniendo en consideración la responsabilidad social con el único objetivo de seguirnos preparando para los retos que traiga el futuro.

Bibliografía

1. Lister G. *Global health and development: the impact of globalisation on the health of poor people*. Cambridge (UK): The College of Health; 2010
2. Roca Saumell C. *Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad*. Anales Sis San Navarra 2006, 29 (1).
3. Organización Mundial de la Salud. *Conferencia internacional sobre cuidados primarios de salud*. Alma-Ata, URSS. OMS, 1978. Disponible en www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud subsanar las desigualdades en una generación de la Salud*. Ginebra: OMS; 2008.
5. Waldow Vera Regina. *Nuevas ideas sobre el cuidado*. Aquichán 2012, 8(1): 85-96.
6. Griñán-Martínez MC. *Libro Colaborativo Autocuidado de la Salud*. Concepto de autocuidado de la salud y la capacitación de pacientes 2010 Disponible en: URL [http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-1-concepto-de-autocuidado-de-la-salud-y-lacapacitaci%C3%B3n-depacientes#1\(2E\)2\(1\)\(2D\)Teor\(C3\)\(AD\)adel_Auto_cuidado\(2 E\)](http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-1-concepto-de-autocuidado-de-la-salud-y-lacapacitaci%C3%B3n-depacientes#1(2E)2(1)(2D)Teor(C3)(AD)adel_Auto_cuidado(2 E))

Palabras clave: globalización, enfermería.

La globalización o mundialización, es un movimiento que ha caracterizado los cambios de fines del siglo XX, precipitados por liberación, apertura económica, financiera y comercial, que siendo concomitante con la innovación científica y tecnológica en gran escala, han precipitado otros enfoques.

La noción de salud global no es un mero concepto, es también la vivencia de mundo de verificación cotidiana y una realidad creciente que demanda pensamiento y responsabilidad por la humanidad planetaria.

La globalización participa en el desarrollo de recursos humanos de salud y enfermería, con una densa trama de procesos sociales de diferentes categorías y sujetos a cambios.

Toda actividad de la enfermera está condicionada por el uso de la tecnología sobre todo en tecnología sanitaria como fármacos, aparatos, equipos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como en el cuidado de los pacientes.

Hoy en día la tecnología es un elemento determinante en el ámbito profesional, la llegada de nuevos avances tecnológicos no afecta al personal, al contrario los invita a actualizarse y a especializarse para mejorar los cuidados brindados a los pacientes con el uso correcto de la nueva tecnología.

Es necesario que la enfermería se introduzca en los cambios que ocurren constantemente en el mundo ante una sociedad globalizante.

Para lograrlo debemos estudiar, investigar y utilizar los hallazgos de la investigación en nuestro quehacer cotidiano, incluyendo por ejemplo en estos aspectos los diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis association (NANDA), normas internacionales de contabilidad (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC). Utilizando nuestra guía de valoración para poder así realizar un proceso enfermero basándonos en una valoración personalizada, un diagnóstico, una planeación de cuidados de enfermería, una ejecución y por último una evaluación para así poder valorar si el proceso enfermero nos da los resultados esperados en la planeación.

Para poder aplicar este proceso enfermero la enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer, saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Etapas del proceso enfermero

Consta de 5 etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



El personal de enfermería no puede mantenerse al margen de estos cambios ya que desgraciadamente las tareas por realizarse, los cuidados y las enfermedades no distinguen raza, edad o estatus social.

Es de suma importancia la actualización ya que constantemente todo cambia y debemos conservar un apego científico para tener una solidaridad social pero sobre todo es una exigencia humana para así poder brindar mejores cuidados a los pacientes ya que hoy en día el cuerpo humano sufre de varios cambios y con ellos las enfermedades ya que día a día mutan y se hacen inmunes a los medicamentos viejos. Gracias a la globalización y cambios que suceden todos los días en nuestros equipos médicos se logra combatir este tipo de problemas que se presentan en la sociedad.

Enfermería debe aprovechar los cambios que origina la globalización, como es el intercambio de información a través de los diversos medios de comunicación y el fácil acceso a los mismos. Con el propósito de aplicar la investigación como un instrumento útil para transformar nuestra realidad y el contexto de los cuidados de la salud, necesitamos mejorar cada día los cuidados que prestamos a las personas que atendemos en el hospital, en la comunidad o en sus casas.

Es necesario mantenerse actualizado en el conocimiento y manejo adecuado de la gran gama de aparatos electromédicos (tecnología de punta) y que las instituciones del sector salud adquieren debido a la comercialización internacional existente en nuestra sociedad, lo cual es uno de los principales retos de la enfermería frente a la globalización: La actualización sistemática y continua en el manejo de tecnología que contribuya al diagnóstico adecuado y al tratamiento óptimo y oportuno del paciente.

Bibliografía

- 1.- Manuel López Cisneros. Impacto de la globalización en funciones de enfermería. Contenido difusión, acalan 28.
- 2.- Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol., 19 Núm. 1 enero-abril 2011.
- 3.- T paravic klijn. Ciencia y Enfermería 2010. Scielo Chile.
- 4.- Diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definiciones y clasificación 1999 – 2000 aniversario HARCOURT Madrid, España.
- 5.- Proceso enfermero. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. Ediciones Cuellar. 1968.

Palabras clave: Globalización, inseguridad alimentaria, nutrición.

Una adecuada nutrición favorece a toda persona en cada etapa de la vida para lograr un óptimo desarrollo físico e intelectual y así tener bienestar. Aunque en la actualidad los problemas de sobrepeso y obesidad han adquirido gran relevancia debido a su alta incidencia y a las consecuencias que tiene sobre la salud de la población. Una de las causas de la desnutrición reconocida por la FDA (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) es la falta de acceso de los alimentos, lo que esto significa la inseguridad alimentaria.¹

La definición de seguridad alimentaria conforme la Cumbre Mundial de la Alimentación celebrada en la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) declara que “existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida sana y activa”.²

Un factor de tipo económico es que debido al aumento de precios de los alimentos en los mercados locales e internacionales, aunado a la crisis económica global que comenzó en 2008, se ha afectado la capacidad de los hogares para adquirir alimentos o se ha demeritado su calidad nutricional. Como consecuencia, la FAO ha referido que en el periodo 2010-2012, aproximadamente 870 millones de personas (12.5%) en el ámbito mundial están desnutridas.³

La situación de la seguridad alimentaria y nutricional en México presenta un panorama complejo y de contrastes. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (Ensanut) 2012, reportó que casi uno de cada tres hogares padece IA en su forma moderada o severa, además de que la desnutrición crónica en menores de cinco años afecta a 1.5 millones de niños, aun cuando ha habido reducciones importantes en el último cuarto de siglo (en 1988 la prevalencia era de 26.8% y en 2012 de 13.6%). Aunado a lo anterior, 9.8% de los preescolares presentó sobrepeso, 34.4% de los niños en edad escolar, 35.9% de los adolescentes y 71.3% de los adultos padece sobrepeso y obesidad.³

Existen diversos factores causantes de la inseguridad alimentaria en el mundo y sobre todo en México: Crecimiento de la población, la urbanización, baja inversión en agricultura, cambio climático, precios del petróleo, los cuales afectan la alimentación de la población ya que los costos de los productos son elevados y deficiente de nutrientes esto debido al ingreso de alimentos de distintas partes del mundo, además de que con el cambio climático la agricultura se ve afectada en todo sentido.

Últimamente se han desarrollado indicadores de acceso que miden la experiencia de seguridad alimentaria a nivel hogar como es la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). La ELCSA documenta la distribución geográfica de la IA (inseguridad alimentaria); también captura aspectos claves como insuficiencia alimentaria en cantidad y calidad, aceptación o rechazo cultural y comportamiento de los individuos frente a la incertidumbre. Un indicador relacionado con la inseguridad alimentaria es la pobreza alimentaria, la cual refleja la incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria.⁴

De acuerdo a estudios realizados se ha determinado que la carencia por acceso a la alimentación se asocia positivamente como los hogares extensos, en aquellos donde el jefe o la jefa cuentan con niveles bajos de escolaridad, donde la jefatura del hogar es femenina, hablantes de lengua indígena, pertenencia a los quintiles más bajos de condiciones de bienestar y cobertura de programas sociales de ayuda alimentaria.³

Los hogares con inseguridad moderada presentaron una mayor prevalencia de baja talla y emaciación en niños preescolares. La probabilidad de que un niño menor de cinco años presente emaciación es dos veces mayor cuando el hogar se encuentra en IA severa y la baja talla se asocia positivamente en hogares con IA moderada y severa. Además de que la IA se asocia a anemia. También resulta que en los hogares con IA moderada y severa habitan hasta 30% de escolares, 32% de adolescentes, 70.1% de adultos y 64.2% de los adultos mayores con sobrepeso y obesidad, se refiere que la obesidad es más frecuente en mujeres mexicanas, con un alto porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad que habitan en hogares con IA, en contraste con la proporción de hombres en dicha condición. Un hallazgo importante asociado a la presencia de obesidad en hogares con IA es también la presencia de diabetes mellitus e hipertensión en adultos en México, en donde el vivir en un hogar con IA es un factor de riesgo para la diabetes en mujeres, pues el riesgo aumenta 22% en la IA leve, 53% en la moderada y 38% en la severa, en relación con hogares con seguridad alimentaria.³

Es importante erradicar la inseguridad alimentaria en nuestro país, ya que al tener el acceso a los alimentos básicos se lleva a cabo una buena nutrición acabando o tratando las enfermedades crónicas, además como medida de prevención las familias deberían crear un huerto familiar, el cual les proporcione los alimentos necesarios y a un bajo costo.

Bibliografía

1. CONEVAL. Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México. Junio 2009.
2. Cumbre Mundial sobre la Alimentación 1996. Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial. Roma: FAO, 1996.
3. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera-Dommarco JA. La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. Salud Pública Mex 2014;56 supl 1:S79-S85.
4. De Haro-Mota R, Marcelaño-Flores S, Bojórquez-Serrano JI, Nájera-González O. La inseguridad alimentaria en el estado de Nayarit, México, y su asociación con factores socioeconómicos. Salud Pública Mex 2016;58:421-427.

Ensayo

La globalización y los alimentos transgénicos

Tania Elizabeth Fernández Rico
Pasante de la Licenciatura en Nutrición
Universidad UNIVER, Plantel Zamora
Nutritania90@gmail.com

Recibido: 03/Abr/2017
Aprobado: 12/Abr/2017

11

Palabras clave: Globalización, alimentos transgénicos, nutrición.

Los alimentos transgénicos son aquellos alimentos a los que se les han insertado genes exógenos (de otras plantas o animales) en sus códigos genéticos. El primer alimento transgénico fue aprobado por la FDA en 1982.

A través de la biotecnología, se han alterado genéticamente los tomates, las patatas (papas), la ahuyama o calabaza, el maíz y la soya (soja). Muchos más alimentos tienen ingredientes procesados con bioingeniería y se están desarrollando otros más ⁽¹⁾.

La globalización es un proceso irreversible. Las fronteras nacionales pierden progresivamente importancia, a la vez que avanza los procesos de intercomunicación e intercambio. No parece probable que se pueda volver a una situación anterior. Es sólo a partir del momento en que los factores de producción se vuelven móviles y transferibles cuando nos encontramos frente al fenómeno global ⁽²⁾.

Los alimentos transgénicos son organismos genéticamente modificados (GM) tienen un ADN modificado usando genes de otras plantas o animales. Los científicos toman el gen de un rasgo deseado de una planta o animal e insertan ese gen dentro de una célula de otra planta o animal ⁽³⁾.

En la actualidad se desconocen los efectos a corto y mediano plazo del consumo de alimentos transgénicos por los seres humanos, ya que los estudios realizados hasta el día de hoy no hay podido comprobar efectos negativos en la población. Sin embargo ha habido ciertos incidentes que han sido controlados por la FDA que nos obligan a ser prudentes en su producción y consumo, así como la necesidad de contar con normas regulatorias.

En México la SAGARPA, a través del SENASICA, se encarga de la regulación de los alimentos, desgraciadamente la regulación de los alimentos transgénicos carece de la formalidad necesaria ⁽⁴⁾.



Los posibles beneficios de los alimentos transgénicos incluyen:

- Alimentos más nutritivos.
- Alimentos más apetitosos.
- Plantas resistentes a la sequía y a las enfermedades, que requieren menos recursos ambientales (como agua y fertilizante).
- Menos uso de pesticidas.
- Aumento en el suministro de alimentos a un costo reducido y con una mayor vida útil.

- Crecimiento más rápido en plantas y animales.
- Alimentos con características más deseables, como papas (patatas) que produzcan menos sustancias cancerígenas al freírlas.
- Alimentos medicinales que se podrían utilizar como vacunas u otros medicamentos.

Efectos secundarios

Algunas personas han planteado inquietudes con respecto a que los genes de un alimento que se insertan en otro, pueden causar:

- Reacción alérgica.
- Resistencia a los antibióticos.
- Pérdida o modificación del valor nutricional de los alimentos.
- Presencia de compuestos tóxicos.
- Aparición de enfermedades nuevas y no tratables.
- Daño a las especies silvestres de plantas ⁽¹⁾.

¿Cómo puedo evitar comer transgénicos?

Preferir los alimentos frescos preparados en casa y evitar los alimentos industrializados, que pueden contener ingredientes transgénicos.

Buscar y preferir los alimentos orgánicos. La certificación y denominación de orgánicos reconocida internacionalmente prohíbe la utilización de transgénicos -o derivados de estos- en los productos de la agricultura y la ganadería.

La producción de autoconsumo de pequeñas huertas, ejidos y tierras comunales indígenas y campesinas puede ser orgánica, sin que su productor conozca la palabra o haya certificado su producción ⁽⁵⁾.

Los alimentos transgénicos ya están en nuestra mesa son parte de la globalización es imposible saber si se está consumiendo un alimento transgénico. No sólo porque en la etiqueta de un producto no se indique si contiene organismos genéticamente modificados, sino porque las propias empresas se niegan a informar al consumidor si un producto es o no transgénico.

Por otro lado tras el problema alimentario mundial, en la escasez y mala distribución alimentaria, donde los alimentos transgénicos se postulan como la gran solución, en la actualidad no han beneficiado lo suficiente sino al contrario han perjudicado a los pequeños agricultores y productores y consumidores.

Bibliografía

- 1) Food and Drug Administration. 10903 New Hampshire Avenue Silver Spring, MD 20993. 1-888-INFO-FDA.
- 2) Fritscher Mundt, Magda; (2002). Globalización y alimentos: tendencias y contratendencias. Política y Cultura, otoño, 62-82.
- 3) Alimentos transgénicos. Versión en inglés revisada por: Emily Wax, RD, The Brooklyn Hospital Center, Brooklyn, NY. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team. Actualizado: 8/14/2016.
- 4) Chávez Ortiz H.A. (2011). Transgénicos. Sociedad de Energía y Medio Ambiente. Facultad de ingeniería. UNAM.
- 5) Greenpeace. Guía roja y verde de alimentos transgénicos. 5ª edición – Actualización 24 de junio de 2015.

“Estamos pasando por una transformación que modificará el sentido de la política y de la economía en el siglo venidero. No existirán productos ni tecnologías nacionales, ni siquiera industrias nacionales. Ya no habrá economías nacionales, al menos tal como las concebimos hoy en día. Lo único que persistirá dentro de las fronteras nacionales será la población que se encuentre en el País”

-Robert B. Reich (1993)

Palabras clave: Globalización, modernización, salud.

El tema del boletín para este primer número del año es sobre globalización y salud, por ello es importante definir a lo que me referiré con globalización, ésta significa los procesos en los cuales los Estados Nacionales soberanos se entremezclan con actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios (Beck, U., 1997). Es decir, las relaciones locales y nacionales que tenemos en nuestro país pasan a internacionalizarse, esto, en compañía del sistema neoliberal que ha dado como resultado para México una dependencia, principalmente económica, a otros países.

Ejemplo de ello, es la creciente importancia que le damos a organismos financieros como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial de Reconstrucción y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros más, para controlar, regular e intervenir en los desfases de las economías nacionales (Capello, H. M., 2001).

Estos organismos influyen en las decisiones que se toman en nuestro sistema de salud que también depende de lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuerda.

Por esta razón, el ciudadano queda, ante las exigencias del proceso de globalización, como una prioridad minusvaluada. Mientras que las exigencias del sistema financiero internacional se establecen como el orden capital que los representantes de los Estados deben cumplir si no quieren ser marginados del proceso de modernización, de la ciencia, de la tecnología y del consumo (Capello, H. M., 2001).

Nuestro sistema de salud va de la mano con este interés y necesidad de la modernización, la ciencia y la tecnología, pero ¿por qué ese tipo de avance: aquél que se nos marca de manera internacional y desde la globalización?

Desde nuestras universidades de ciencias de la salud se nos ha enseñado que la universidad contemporánea deja de ser un eje fiscalizador del saber al servicio del Estado, para convertirse en una máquina productora de conocimientos mercantilizados al servicio del capital global. El conocimiento que antes era gratuito, abierto y producido para el beneficio de la sociedad, ahora es apropiado, confidencial y producido para el beneficio de las corporaciones y los negocios (Castro-Gómez, S., Guardiola, O., 2002). Lamentablemente, en mayoría, se nos educa para crear un medicamento eficaz y de fácil consumo y fuerte productividad para las empresas farmacéuticas que para diseñar estrategias que apoyen la promoción y prevención en salud, se ha vuelto más importante dar una pastilla al paciente para recuperarlo y regresarlo pronto a trabajar y se prefiere hablar de enfermedades, en lugar de salud.

Las agendas de la universidad latinoamericana empiezan a verse permeadas por los intereses de agencias globalizantes como la “North American Free Trade Agreement” (NAFTA) y el “Área de Libre Comercio de las Américas” (ALCA). Uno de los peligros de que la educación universitaria empiece a ser vista como una mercancía perteneciente al sector de servicios es que las diversas maneras de conocer –y con ellas, la posibilidad de un futuro de vidas distintas para la humanidad– dejen de tener en la universidad un espacio de articulación crítica (Castro-Gómez, S., Guardiola, O., 2002).

Por supuesto, la globalización, en términos de conocer y compartir los diversos conocimientos, usos y costumbres que se realizan en el mundo, es un avance importante y de apoyo para todos y todas, el problema es cuando se concibe como una oportunidad para seguir oprimiendo en diferentes modalidades a distintos países.

Lo importante es centrarnos en cómo trabajar cada situación. Por eso, me centraré en dar una conclusión desde el interés de vincular lo global con lo local: “glocalidad”, como una relación que nos beneficiaría mucho más como un puente de comunicación de culturas para conocer distintas cosas y valorar qué utilizar para el beneficio de nuestros contextos y, en específico, en nuestros contextos de salud.

Desde la sociomedicina, la creación de estos puentes es esencial y bajo esta perspectiva toma relevancia el concepto de la “glocalización” usado por Robertson y el de lo “glocal”, que el autor retoma de Dirlik, para aludir a la articulación y simetría entre lo local y lo global, como elementos conceptuales que enriquezcan las formas de aproximación y abordaje de procesos de globalización de lo local y de localización de lo global, inherentes a una multiplicidad de dinámicas culturales, económicas, políticas y estrategias de acción alternativa, en la búsqueda del reconocimiento, reivindicación y fortalecimiento ciudadano, tanto en comunidades, sectores y localidades específicas, como espacios globales (Gutiérrez Rosete, J.G., 2002).

Bibliografía

-Cappello, H.M. (2001) Los procesos de globalización, la cultura política e identidad y carácter nacionales en México. Tomado de: <http://www.globalcult.org.ve/pub/AMI/04-Cappellopdf>

-Castro-Gómez, S. (2002) Globalización, Universidad y Conocimientos subalternos: desafíos para la supervivencia cultural. NÓMADAS, Universidad Central de Colombia.

-Beck, U. (1997) ¿Qué la Globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Paidós.

-Gutiérrez Rosete, J.G. (2002) Globalidad y localidad. Construyendo ciudadanía. En Vázquez, L.C. y Castellamos, A.M. (Coords.) Cultura y Desarrollo Regional. Universidad de Guadalajara.

4.-“Glocalización” hace referencia a una vinculación entre lo global y lo local, saber utilizar lo pertinente para nuestros contextos desde lo que se nos ofrece en nuestras comunidades, pueblos, ciudades, estados, país y el mundo.

Palabras clave: Salud pública, salud global, daños globales, interrelación.

En el contexto del siglo XXI, la palabra “globalización” implica reflexionar y tomar una serie de aspectos importantes que convergen en ella como complejo proceso de comunicación diaria en todos los rincones del mundo. Es un concepto que favorece y plantea un futuro brillante para un sistema económico capitalista, pero que en los temas de salud pública y economía las decisiones deben ser analizadas con especial detenimiento evaluando los posibles impactos.

En el presente ensayo, pretendo desarrollar los aspectos más importantes relacionados con el fenómeno de la globalización y la salud de las poblaciones, esquematizo la estructura y relación con los aspectos de la globalización de los SSP, basado en información de carácter internacional. Por último, manifiesto la falta de un SSP en nuestro país y como éste podría operar realizando 10 Servicios Esenciales de Salud Pública (SESP).

Aspectos más importantes relacionados con el fenómeno de la globalización y la salud de las poblaciones

Sin duda uno de los aspectos centrales de la globalización es la “comunicación”, entendida para el presente ensayo como; una constante transmisión de datos, productos y servicios que pueden dañar o no la salud humana como resultado de su intercambio.

Expuesto esto, la comunicación ha existido permanentemente en la historia de la humanidad, desde antiguas rutas de seda en Asia (por mencionar algunos acontecimientos) hasta los modernos tratados comerciales entre las naciones en la actualidad, de los que como primer propósito está el beneficio económico privado y no sus repercusiones en el ambiente, la seguridad colectiva e interdependencia de las naciones.

El estudio de los problemas de seguridad colectiva en las relaciones internacionales se ha extendido por algunos analistas más allá de la fuerza militar interestatal, para incluir amenazas emergentes, incluyendo la degradación del medio ambiente, la inestabilidad económica, la violencia étnica y la salud¹. Este aspecto conlleva su importancia en las naciones y su salud por la propagación de enfermedades infecciosas, adicción a las drogas (intercambio), bioterrorismo, violencia civil y en consecuencia proliferación de armas que son principales amenazas para la salud pública mundial y la estabilidad política, donde la ausencia del marco regulatorio en la operatividad es nula o está corrompida.

La Dimensión Cognitiva de la globalización, se refiere a los cambios y la creación, el intercambio y la aplicación de conocimientos, ideas, normas, creencias, valores, identidades culturales y otros procesos mentales como consecuencia de la globalización¹, que analizados a profundidad a mi parecer dirigen el rumbo de un sistema de salud, educativo y económico; el ejemplo más claro es la influencia en los estilos de vida (por ejemplo, la dieta, la actividad física, el tabaquismo y el consumismo) y el comportamiento de la búsqueda de salud de manera capitalizada, que se ha introducido como alternativa y oportunidad (para los que pueden pagarlo) a los esfuerzos insuficientes que realiza el estado en el proceso-salud-enfermedad-atención.

El último aspecto importante es la interdependencia, un término que implica que los actores están interrelacionados o conectados de tal manera que, si

algo le sucede al menos un actor, a continuación, se verán afectados los otros actores, si todos los actores se ven afectados por igual, definirá si la interdependencia es simétrica o asimétrica¹. Si bien, desde mi punto de vista, la globalización es sinónimo de un gran grado de interdependencia, aún quedan aspectos al aire por los conflictos entre las naciones como: la dirección, duración, gravedad y el equilibrio de las partes involucradas y los acuerdos establecidos.

Sistema de Salud Pública, estructura y relación con los aspectos de la globalización

Definiendo a un sistema como “un conjunto de elementos inter y extra relacionados entre sí para lograr un mismo fin”. En el caso de un SSP es definido como los sectores públicos, privados y las entidades voluntarias que contribuyen al desarrollo de los servicios esenciales de salud pública dentro de una jurisdicción (). Además, este concepto asegura que las contribuciones de todas las entidades de salud y el bienestar de la comunidad o Estado, se reconocen en la evaluación de la prestación de servicios de salud pública².

En la figura 1 podemos observar los diferentes componentes del SSP estadounidense, enlazado por múltiples departamentos y sectores que tejen una red de comunicación, operación y regulación. El SSP incluye de manera específica agencias de salud pública a nivel estatal y local, proveedores de servicios de salud, agencias de seguridad pública, organizaciones humanitarias y caritativas, organizaciones de educación y desarrollo juvenil, organizaciones relacionadas con las artes, económicas y medioambientales³.

La relación entre los aspectos importantes de la globalización y un SSP, converge en que este será el encargado a través de 3 funciones de: monitorear el estado de salud para identificar y resolver problemas de salud comunitarios, desarrollar políticas y planes que apoyen los esfuerzos de salud individual y comunitaria, aplicar leyes y reglamentos que protejan la salud y garanticen la seguridad, todo esto con postura crítica y analítica frente al complejo proceso de globalización e interdependencia.



Figura 1. Estructura del Sistema de Salud Pública estadounidense

La falta de un Sistema de Salud Pública, FESP Y SESP

Terminando de revisar la estructura del SSP estadounidense y regresando a nuestro contexto, resulta importante resaltar que en nuestro país no existe tal SSP u intento por lo menos documentalmente. Resulta de suma importancia, que este sistema comience a ensamblar sus principales componentes (documental y de flujo de información) que por el momento representarían un gasto mínimo en el camino hacia su formación y operatividad, donde sabemos que tardaremos algunos años pero el resultado valdrá la pena.

Tomando como ejemplo las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC siglas en inglés) y su departamento de salud y servicios humanos desarrollo 10 SESP, que podríamos incluir de manera seria en nuestro sistema de salud, donde reconocemos que parcialmente se realizan algunos, pero no con la seriedad metodológica y reflexión de su importancia para la salud pública del país.

Los 10 SESP propuestos y sus principales ejemplos se describen a continuación

La globalización es un complejo proceso que fija interdependencia entre sus actores participantes. Los aspectos importantes que se relacionan en él son cuantiosos; los principales son la seguridad colectiva, la interdependencia y la dimensión cognitiva.

La globalización es un proceso en el que convergen diversos sectores como el económico, social, político y de salud. Donde se debe realizar un análisis profundo para magnificar su impacto, medidas de contención y capacitación entorno a sus beneficios.

Un SSP es un importante actor en los procesos de globalización, su participación es crucial en la toma de decisiones en las que se contemple abonar cualquier elemento este fenómeno de interdependencia.

En México se necesita transitar hacia la creación de un SSP, que realice los 10 SESP de manera coordinada con todos los sectores involucrados, donde exista un flujo de información, generación de políticas y evaluación de las mismas.

Bibliografía

1. Bettcher, D., Lee, K., Bettcher, D. & Lee, K. Globalisation and public health. (2002). doi:10.1136/jech.56.1.8.
2. CDC - Public Health System and the 10 Essential Public Health Services - NPHPSP. Available at: <https://www.cdc.gov/nphpsp/essentialservices.html>. (Accessed: 3rd April 2017).
3. Handler, A., Issel, M. & Turnock, B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. 91, 1235–1239 (2001).

Alberto De Jesús Arias Lozano
Pasante De La Licenciatura De Cultura Física y Deportes
Universidad de Guadalajara

Palabras Clave: Diabetes, globalización, actividad física, tratamiento

La sociedad actual de todo el mundo día a día vive un sinnúmero de situaciones que tienen afectaciones directas en los sistemas económicos, sociales, de salud, etc. Muchos de ellos a raíz de una cultura de corrección, no de prevención. Estas complicaciones no dejan fuera a ningún sector de la población, mucho menos a los estratos sociales con un bajo ingreso económico, a consecuencia de esto y otros factores que se integran en la ecuación son los más vulnerables en las enfermedades crónicas como por ejemplo lo es el cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, la diabetes (ENT).

Entre ellas tomaremos a la Diabetes como objeto de estudio. “La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre, o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce). La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario.” Declaro World Health Organization en su informe mundial sobre diabetes en el 2016.

En este mismo informe la WHO por sus siglas en inglés estimo que la población mundial que padecía el mismo tipo de patología no superaba los 108 millones en 1980, para esa época ya era considerado un reto en la atención hospitalaria, pero en estadísticas del año 2014 la población calculada que presentaba las mismas condiciones de la enfermedad alcanzaban 422 millones de personas.

En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos “En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años.” Fue lo establecido detrás del estudio ya mencionado.

Siempre en los primeros lugares

En México los casos de diabetes mellitus han arrasado las estadísticas, multiplicándose los casos de una manera epidemiológica. “En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo 2.” Declaro la revista Diabetes en México. En la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la mayor institución de seguridad social en el país y que protege casi a la mitad de la población mexicana, la diabetes es la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludable perdidos. En el 2000, la diabetes contribuyó con 13.30% de los años de vida saludables perdidos en el IMSS. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año y el comportamiento muestra un patrón ascendente en los próximos años. La diabetes mellitus en México se ha asociado fuertemente con la carga genética, así como con la hipertensión arterial, la obesidad, la dieta rica en azúcares simples y la falta de ejercicio.

México jugando a las escondidas con el ejercicio

Estudios realizados en la población mexicana arrojan que las personas con ingresos bajos al igual que menor escolaridad realizan actividad física moderada con regularidad en menor porcentaje que el sustrato de la población más solvente económicamente como al igual que con un grado mayor de escolaridad, pero estos no están exentos de sufrir la enfermedad ya que participan rasgos genéticos como el factor dieta dentro de la aparición de la enfermedad.

México

Población total: 127 600 000
Grupo de ingresos: Medios altos

Mortalidad

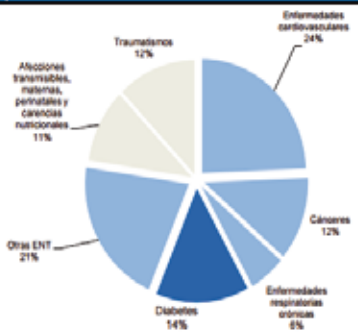
Número de muertes por diabetes

	hombres	mujeres
30-69 años	23 100	22 000
70 años o más	17 600	24 300

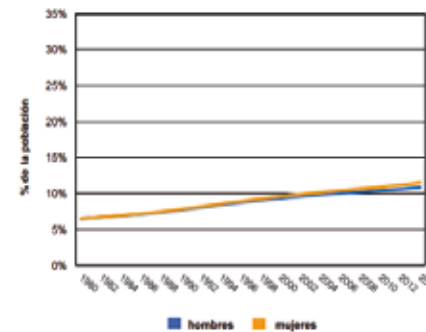
Número de muertes atribuibles a la hiperglucemia

	hombres	mujeres
30-69 años	28 100	25 400
70 años o más	24 400	32 800

Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades)



Tendencias en la diabetes estandarizadas por edades



Los resultados fueron lanzados por la WHO al finalizar los “Perfiles de los países para la diabetes, 2016” reforzando lo establecido pero suponiendo que las personas involucradas dentro del estudio en México podrían pagar un tratamiento efectivo para el control de la diabetes aunque en muchos de los casos los individuos fallecieron a raíz de padecer la enfermedad.

Prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos

	hombres	mujeres	total
Diabetes	9.7%	11.0%	10.4%
Sobrepeso	61.6%	65.0%	63.4%
Obesidad	22.1%	32.7%	27.6%
Inactividad física	18.9%	31.2%	25.4%

Dentro de los factores de riesgo que la WHO expone en la prevalencia de diabetes podemos apreciar “inactividad física” con un gran número, en su mayoría mujeres. Esto atribuye a un 25.4 por ciento de la población total que padece de la enfermedad, esto trasladado a cifras se leería en “50,000 personas aproximadamente” que pudieron haber alargado sus vidas si durante los cuidados incluyeran actividad física periódicamente y orientada en el tratamiento de la enfermedad.

Disponibilidad de medicamentos, técnicas básicas y procedimientos en el sector de salud pública

Medicamentos disponibles en los establecimientos de atención primaria

Insulina	●
Metformina	●
Sulfonilurea	●

Procedimientos

Fotocoagulación retiniana	○
Dialisis	○
Trasplante renal	○

Técnicas básicas disponibles en los establecimientos de atención primaria

Medición de la glucemia	●
Prueba oral de tolerancia a la glucosa	○
Prueba de la HbA1c	●
Oftalmoscopia con dilatación	○
Percepción de la vibración del pie con diapasón	●
Prueba Doppler para determinar el estado vascular del pie	○
Tiras para medir la glucosa y las cetonas en la orina	●

Aún dentro del diagnóstico y tratamiento brinda en el sector salud en atención primaria no existe ninguna prueba que determine la cantidad y calidad de actividad física que realizan los nuevos pacientes o los ya cautivos, cómo medida de evaluación inicial para derivar a todos aquellos que necesiten actividad física dentro de su tratamiento. La creación de nuevas políticas públicas que fomenten la participación de diabéticos en actividades masivas de recreación /activación física donde mantengan un control de sus niveles de glucosa. Existen casos de deportistas que realizan todas sus actividades sin limitaciones excesivas destacando dentro del medio, triatletas, maratonistas, futbolistas etc. Para la práctica de la actividad física en la actualidad existen un sinnúmero de técnicas, orientaciones, plataformas, aplicaciones, sistemas, clubes, unidades, centros especializados. La actividad orientada a las personas con este padecimiento es un medio de control bastante efectivo que no limita la libertad de las personas que gustan de la actividad física vigorosa.

Actividad física como parte del tratamiento

Dentro de la atención primaria en los centros hospitalarios debe tomarse en cuenta una posible política de prevención encaminada al cuidado de la enfermedad apoyada de técnicas novedosas y tecnología para su manejo más funcional con todas aquellas personas que no tienen diagnosticada la enfermedad pero tienen más de uno de los factores de riesgo para padecerla. Se propone actividad física funcional en grupo, ligando a la persona con más compañeros, esto favorecerá al apego y gusto por su nuevo estilo de vida más activo. Con esto bajarían los altos costos de atención que ascienden a los casi 300 millones de dólares al año sumado a los efectos adversos que los medicamentos pudieran generar a los pacientes en el control de su tratamiento mediante estos. La diabetes es una enfermedad que está presente en nuestro país casi por herencia cultural de dietas y estilos de vida poco saludables, una promoción del tratamiento de la mano de actividad física poco penetrante en los sistemas de salud, creación y modificación de políticas y protocolos que se encargan de orientar la enfermedad hacia una atención multidisciplinaria no solo vista desde el ángulo médico.

Bibliografía

Diabetes en México. Estudio CARMELA Jorge Escobedo-de la Peña,* Luisa Virginia Buitrón-Granados,* Jesús Cenobio Ramírez-Martínez,* Raymundo Chavira-Mejía,* Herman Schargrotsky,** Beatriz Marcet Champagne*** Volumen 79, No. 5, Septiembre-Octubre 2011
Informe mundial sobre la diabetes, 2016, Resumen de Orientación, Número de páginas 4.
Standards of Medical Care in Diabetes – 2016, American Diabetes Association, Diabetes Care.
Organización Mundial de la Salud – Perfiles de los países para la di

Palabras clave: Necesidades, enfermedad, salud, globalización

Necesidades y satisfactores

Las necesidades humanas son finitas y calificables y en esencia son las mismas para todas las sociedades, aunque la forma de satisfacerlas difiere de acuerdo a las diferentes culturas. Por ejemplo, la necesidad de saciar el hambre se puede hacer tomando el alimento con la mano o con cubiertos de plata. De aquí que un satisfactor sea un medio material o no material que puede compensar una o varias necesidades y varía de acuerdo al tiempo y espacios sociales.

El caso de la enfermedad y la salud, como necesidades humanas, debido su carácter estructural, los saberes y las prácticas que las pretenden afrontar y por lo tanto resolver, responden a las modalidades de la producción y consumo que satisfacen las necesidades humanas bajo un sistema de distribución específico: Sobre todo si definimos a la salud de una forma congruente a lo antes señalado, es decir: Como un proceso vital, de carácter histórico, social y cultural concretado como la oportunidad irrestricta de acceso a los bienes materiales y no materiales que promueven, mantienen y desarrollan el bienestar y las aptitudes de crecimiento y desarrollo bio-psicosocial de grupos e individuos con sustentabilidad generacional, sentido democrático y calidad humana. ⁽¹⁾

Contexto de la globalización

Durante y posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, muchos países periféricos, incluyendo México, desarrollaron una política de sustitución de importaciones: Sin embargo, los países centrales, al consolidar su economía interna y expandirla, a través de su diplomacia económica y sus organismos de control económico, definieron al Estado de Bienestar como una entidad proteccionista y subsidiaria de empresas no competitivas, situación que pasó a privilegiar la inversión transnacional y la transferencia de patentes y tecnología, para lo cual había que capacitar a la población nativa y modernizar la planta productiva y ser competitivos o sea globalizar la economía.

Para asegurar esa globalización, paralelamente se desarrollaron por los organismos internacionales, políticas de préstamos a los países periféricos que los obligaron a: Realizar cortes al gasto público, privatizar empresas públicas, incrementar la inversión externa, reducir los subsidios a la educación y salud, así como a fomentar el prepago por servicios educativos y de salud.

La situación anterior planteó una serie de contradicciones de las instituciones públicas, sobre todo las que forman parte del sector social del Estado mismo, poniendo en la práctica, para el sector salud, varias modalidades como: el régimen asistencialista, el previsionista y el universalista (sin lograr desmercantilizar el bienestar social, porque la salud siguió considerándose “un derecho” y no una necesidad) y a pesar de la descentralización del sector, no se logró mejorar las desigualdades regionales, pero sí redujo la participación estatal en la salud, racionalizándola mediante “acciones técnicas específicas”.

Globalización

Entendida como proceso de integración y creciente interdependencia de los países del mundo promovida por el desarrollo de las comunicaciones y cuyos efectos son mayor división y especialización internacional del trabajo, bajo el supuesto de un mayor beneficio nacional, vista así, la globalización no puede resultar perversa, “per se”, ya que implica un ideal planetario. El problema, es el no respeto a las diferencias y el querer imponer un modelo hegemónico, donde la riqueza pertenece no al país, sino a los dueños del capital, lo que impide el desarrollo de una sociedad más justa a escala humana ⁽²⁾, que se refiera a las personas y no a las cosas, escala que tiene cinco componentes relacionados: Salud, educación, crecimiento económico, ambiente saludable y toda una gama de libertades, donde se puedan ejercer “capacidades” como estar libre del hambre, estar libre de la enfermedad; en otras palabras, de la libertad de llevar diferentes tipos de vida humanamente plena y no tener que enfrentar una sola posibilidad. ⁽³⁾

Situación actual

La globalización monopolista, ha mostrado la poco equitativa distribución del ingreso, el creciente recorte del poder adquisitivo de las mayorías, la diversificación del consumo importado de las minorías y la consecuente contracción del mercado interno; lo que en el sector salud se refleja como una crisis creciente, reflejada en los costos por estar unívocamente ligados a la atención con un enfoque de costo financiero y no de inversión social, crisis que seguirá aumentando en la medida que persista:

- a) La práctica médica cada vez más tecno-fetichista;
- b) La administración en salud más supeditada a un enfoque privado de administración;
- c) La política extensionista de servicios, que incluye para excluir;
- d) La manutención de un modelo de atención hegemónicamente biomédico, que ignora o minimiza (en la docencia, servicio e investigación) un enfoque plural, de carácter preventivo y socio-cultural.

Las consecuencias de esta situación se traducen en: Una incapacidad de solucionar los problemas de fondo, dejando descontextualizado e indefinidos los propósitos de la salud pública mexicana, pues se confunden los medios con los fines, al buscar la eficiencia curativa individual, más que la eficacia en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad a nivel poblacional. ⁽⁴⁾

Algunos resultados de la globalización en México

En lo económico, se evidencia una desaceleración del PBI (3,364 dólares para México vs 22,331 de USA). En la salud un estancamiento de los indicadores de salud como: La esperanza de vida y un incremento en la morbilidad de padecimientos crónicos-degenerativos, accidentes y violencias, así como condiciones de riesgo crecientes como la obesidad, el sedentarismo y la fragilidad.

Por otra parte, se menciona a la salud como un “derecho público gratuito”, pero el bienestar social se liga cada vez más al sector privado, vgr: seguros, educación, de los alimentos, industria farmacéutica, etc.

Un ejemplo de ello es el paradójico y grave fenómeno de desnutrición-obesidad que está ocurriendo en las localidades (urbanas y rurales) vulnerables, que no se libran de ser aquejadas por la globalización económica (Coca-colonización) ⁽⁵⁾, como ocurre en la población de Yalcoba, Yucatán, afectada por la satisfacción de mano de obra barata, para los servicios turísticos en la cercana y floreciente ciudad de Cancún.

Situación de salud, en la población de Yalcoba, Yucatán

Niños		Adultos		
Talla para la edad	%	IMC	% en hombres	% en mujeres
Normal	34	<20	8	3
Baja	46	20-25	52	33
Muy baja	20	26-29	40	64
		>30	10	20
Total	100	Total	100	100

Perspectivas

De acuerdo a Del Bosque y cols., para América Latina estos podrían ser los escenarios futuros para nuestra región.

Concepto Escenarios	Gobernabilidad Nacional	Ambiente internacional	Condiciones económicas del país	Logros
Favorable	Adecuada	Favorable	Difíciles	Para colectividad
Regular	Deficiente	Favorable	Difíciles	Para unos pocos
Desfavorable	Deficiente	Desfavorable	Catastróficas	Pobreza y violencia
Re-emergente	Innovadora	Desfavorable	Nuevas en lo interno	Participativos

Fuente: ⁽⁶⁾

Condiciones para el cambio

La atención a la salud, requiere de entrada un gran esfuerzo político-económico y cultural para superar y coordinar los desequilibrios, municipales, estatales y federales en el país. Donde la prioridad sea la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, con visión de inversión social y no rentabilidad administrativa, es decir, para favorecer el florecimiento humano mediante la horizontalización de acciones sociales para el consumo interno y salutogéno, de orden económico, cultural y político a nivel de grupos, barrios, etc.

Lo anterior para Thomas y cols ⁽⁷⁾, plantea un esfuerzo importante donde se aborden las deficiencias del binomio gobernabilidad-corrupción, se reduzcan las distorsiones que favorecen al capital, se corrijan las fallas del mercado que perjudican al capital humano y natural del país, así como se favorezcan reglamentaciones sobre políticas saludables y sustentables.

Así, todo esfuerzo de promoción a realizar en el sector salud, a decir del ex director de la OMS Mahler ⁽⁸⁾, es reconocer que la salud de la gente es el

recurso más positivo y productivo que se puede tener, queja que se reiteró en Ottawa como una reacción ante el fracaso de “Salud para todos en el año 2000”.

Esta reacción lamentablemente se ha orientado con un enfoque funcional, limitado y parcial en las políticas públicas para: La creación de entornos saludables en: Ciudad, escuela, hospital, edificios, etc. (autolimitados y desvinculados); favorecer la acción comunitaria (sin empoderamiento político); el desarrollo de estilos de vida saludables (en contextos patogénicos) y en la reorientar los servicios de salud (como amortiguadores sociales). ⁽⁹⁾

Paralelamente se aluden en el discurso:

1. Principios éticos en torno a la salud, (entendida como un derecho y no como una necesidad vital), como: La igualdad al acceso de oportunidades, en un clima de libre elección y de beneficencia no maleficencia; olvidando el principio de justicia social.
2. Principios jurídicos del “derecho a la salud”, en términos de: Universalidad, equidad, exigibilidad, más se soslaya el principio de obligatoriedad.

Situación que nos obliga a considerar realizar una praxis ética integral y heterodoxa.

En suma

En suma el Estado ante la globalización consumista, debe enfrentar la problemática de salud-enfermedad y atención tomando en cuenta:

- 1.-El carácter histórico y social del proceso salud enfermedad-atención.
- 2.- La necesidad de reformular el poder político en salud.
- 3.-El análisis costo beneficio con bases de desarrollo humano sustentable.
- 4.- La distribución de recursos adecuada con sentido de justicia social.
- 5.-Una atención a la salud con carácter socialmente comprensivo y diacronicidad transgeneracional.
- 6.- Una investigación bio-psico-social en salud de problemas de aquí y ahora.
- 7.- Estrategias y tácticas de organización y gestión coparticipativa.
- 8.- La participación comunitaria activa en la evaluación de la salud poblacional.
- 9.- La inclusión de la salud como tema de las organizaciones políticas.
- 10.-Una docencia en salud, reflexiva, participativa y crítica.

Para de esta manera llegar a integrar, no un sistema de salud, sino un verdadero SERVICIO DE SALUD en los niveles municipal, estatal y nacional, que integre lo global sin descuidar lo local.

Consideraciones finales

Sir William Beveridge ⁽¹⁰⁾, diputado laborista, convenció a la oposición conservadora de implantar en 1942 la seguridad social, bajo las siguientes bases:

- 1.- Subsidios a los hijos pagados tanto cuando el padre o la madre responsable trabaja como cuando está desocupado.
- 2.- Amplios servicios sanitarios y de rehabilitación para prevenir y curar enfermedades y restaurar la capacidad de trabajo, a disposición de todos los miembros de la comunidad.

3.- Mantenimiento de la ocupación, esto es supresión del desempleo.

Requiriéndose tres condiciones esenciales para que exista una verdadera seguridad social:

- 1.- Implantación de la justicia, en lugar de la fuerza, como árbitro entre los individuos y las naciones.
- 2.- Oportunidades para realizarse como ser humano y realizar trabajo productivo, para todo individuo.
- 3.- Ingresos suficientes para estar al cubierto de la indigencia, aun cuando no se pueda trabajar.

Bibliografía

- 1.- García de Alba García JE y Salcedo Rocha AL. *Historia natural y social de la enfermedad*. En: Martínez y Martínez. *Salud del niño y el adolescente*. 8ava Ed. El Manual Moderno. México. 2017.
- 2.- Max-Neef M. *Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro*. Fundación Dag Hamarskjold. Santiago de Chile. 1986.
- 3.- Sen A. *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós Ibérica. 1997.
- 4.- García de Alba JE. *El Estado y la Salud*. En: Alonso J. Aziz A y Tamayo J. *El Nuevo Estado Mexicano*. Tomo IV. Editorial Nueva Imagen. México. 1992: 207-229.
- 5.- Thomas L. Leatherman T L, , Goodman A. *Coca-colonization of diets in the Yucatan*. *Social Science & Medicine* 61 (2005) 833-846.
- 6.- Del Bosque S, Gonzalez JE, Del Bosque MT. *Manos a la Salud*. CIESS/OPS. Mexico .1998. 15-16.
- 7.- Thomas V y cols. *La Calidad del Crecimiento*. BM y OPS. Washington 2002.
- 8.- Mahler H. 1986. "Salud para todos en el año 2000". Discurso ante la asamblea general de la OMS. Ginebra. Suiza. 1986.
- 9.- Restrepo H.E, *Conceptos y Definiciones*. En: Restrepo H.E y Málaga H. *Promoción de la Salud. Como construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001, pp:24-33.
- 10.- Sir William Beveridge. *Social Insurance and Allied Services* ('Informe al Parlamento acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivan'), 1942. (Informe Beveridge).

Celia Andrea Ramírez Aréchiga
Maestría en Ciencias Sociomédicas
Universidad de Guadalajara
ailecmed@gmail.com

Recibido: 31/Mar/2017

Aprobado: 10/Abr/2017

Palabras Clave: Globalización, población, enfermedad.

Para iniciar el desarrollo de este interesante y polémico tema, se parte de la reflexión de Woodard et al. quienes plantean cómo estudiar la relación existente entre globalización y salud es un asunto complejo, particularmente en el campo académico, pues aun cuando "la literatura sobre la importancia de la globalización para la salud es cada vez más abundante, no se ha alcanzado un consenso ni sobre las vías y los mecanismos por los que la globalización afecta a la salud de las poblaciones, ni sobre las respuestas de política apropiadas". (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 38).

Esta ausencia de consenso tiene que ver con la falta de homogeneidad y gran desigualdad en la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas del mundo, e irónicamente esta desigualdad fue precisamente la motivación para la creación de un sistema globalizado con el cual se buscaba acabar con la situación de pobreza. La globalización per se, como ya se mencionó es un fenómeno complejo en el cual intervienen múltiples factores y se presenta en diversas dimensiones tales como la económica, la cultural, la ecológica, la política y de las tecnologías de la sociedad de la información. Ello, implica cambios profundos dentro de las instituciones de los Estados y por ello, para algunos autores el fenómeno de la globalización involucra vivir en una continua sociedad del riesgo y la desestructuración de los sistemas tradicionales creados por la modernidad en los países occidentales (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 34). Esta desestructuración genera una pérdida de tradiciones y sistemas locales para ser invadidos e integrados a un sistema unificador hegemónico cuya corriente es neoliberal.

Este proceso de imposición, disfrazado de transición exitosa hacia un sistema de primer mundo genera una gran polémica por la amplia gama de dimensiones involucradas, para tomar una postura ante el tema de globalización, ya que como veremos más adelante pueden observarse avances tecnológicos para la población con recursos pero a su vez ha incrementado la diferencia entre estratos socioeconómicos empobreciendo aún más a quienes ya se encontraban en situación de pobreza y marginalización.

En estas páginas de reflexión abordaremos tres tangentes que se generan entre globalización y salud las cuales son: *La pérdida de identidad cultural e incremento de enfermedades crónico degenerativas, la propagación de enfermedades transmisibles y la afección económica al sector salud*, con el fin de comprender las olas de efecto que ha generado este sistema en la salud de la población y encontrar una respuesta adecuada para detener el decaimiento de la calidad de vida local.

Pérdida de identidad cultural e incremento de enfermedades crónico-degenerativas

Si analizamos la historia del ser humano identificamos dos etapas claves, la nómada y el establecimiento sedentario, en este último se comenzaron a conformar culturas, construcciones permanentes que tenían un sentido de identidad, acciones sociales, significaciones y creencias que caracterizaban a esa comunidad en específico. Estas características eran: tanto aquellas dadas por el entorno geográfico de donde se asentaban los grupos humanos,

como de la traducción de esta información en creencias específicas y aprendizajes únicos basados en la experiencia personal. Cada agrupación se identificaba claramente antes de si quiera tener un intercambio de ideas, se identificaba en su vestimenta, en su forma de manejar sus recursos y se podía observar la diversidad tan grande que había entre unos y otros de forma muy evidente.

En cambio en el siglo XX surgen corrientes de pensamiento que postulan la globalización, como un intento de respuesta social y económica al problema mundial de la pobreza. Irónicamente como resultado de la aceptación de este sistema en países en vías de desarrollo, centrales y latinoamericanos, como se mencionó en la introducción, se generó un espacio más amplio de diferencia entre un estrato socioeconómico y otro, principalmente entre los altos, los cuales logran mantenerse y los medios-bajos, decayendo hacia estratos más bajos. Esto lleva a Francisco Rojas a acuñar a la globalización neoliberal, creación de empresas capitalistas multinacionales la responsabilidad por la pobreza a nivel mundial. Ésta impone la flexibilidad laboral, da mayor poder a los empresarios; desestabiliza los sindicatos, utiliza frecuentemente la corrupción y desmonta el estado de bienestar. Además, "limita la soberanía de las naciones, fomenta el pensamiento único que imponen desde los medios de comunicación masivos, y aspira a la **homogeneidad cultural**, todo en un escenario de dirección unipolar, con un gran caudillo, los **Estados Unidos**" (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 45).

Es precisamente esta homogeneidad cultural que se quiere lograr a través de los medios de comunicación masivos la que es en esta sección preocupante. Es aquí cuando a través del libre y fácil acceso a medios de comunicación que se construye una identidad homogenizada mercantil donde se encuentra una tensión de identidad. Una identidad que en la globalización neoliberal es indisoluble del contexto hegemónico buscado pero disociado del contexto social local, con el fin de situarle en el contexto del mercado, perteneciendo ahora a la aldea global (Casillas Herrera, 2005).

Esto resulta en que lo público neoliberal trasciende el Estado-nación, los referentes identitarios -tales como la representación, el sentido de pertenencia, el imaginario y las visiones de mundo-, que se circunscribían en el ámbito nacional e internacional hoy se sitúan en escenas globales, en las disputas ciudadanas y en las prácticas de consumo, a través de la excesiva fascinación, embelesamiento, alienación de las comunicaciones, que olvida las asimetrías y las desigualdades sociales y la producción de otras nuevas, entre ciber-ricos y pobres, entre informados y entretenidos (Casillas Herrera, 2005). El sistema neoliberal ha encontrado en los medios de comunicación el arma más poderosa que es la programación dirigida al consumismo de aquella identidad global puesto que ha sido creada como una representación del estrato socioeconómico y calidad de vida aspirado por la población como esa meta, llevando por lo tanto a un consumismo de productos sin identidad contextualizada sino globalizada. El sujeto se construye en el imaginario del otro y, por ende, en la medida de lo posible, se le sitúa fuera del contexto axiológico y lo convierte en un consumidor manipulable e indefinible. El principal vendedor de esta identidad, como lo llama García, "el gran caudillo de la globalización", es nuestro vecino del norte, Estados Unidos.

Es curioso cuando se habla del contagio de enfermedades siempre se piensa en aquellas infecciosas o transmisibles, sin embargo, si consideramos que las enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas son resultado de las prácticas sociales, de la cultura y el entorno que le rodea, es de esperarse que al haber una transición en cualquiera de los puntos la incidencia de estas enfermedades tenga cambios, aún más cuando estos cambios responden a la aculturalización hacia un estilo de vida no contextualizado, sino adoptado, que ya es identificado como un generador de altas tasas de morbi-mortalidad. Eeva Olilla, refleja este contagio precisamente como una línea importante dentro de la globalización y menciona que "mientras la globalización aumenta el riesgo de que las enfermedades infecciosas viajen desde el Sur hacia el Norte, ésta también ha incrementado el peligro de que factores de riesgo mayores para enfermedades no transmisibles se desplacen del Norte hacia el Sur" (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 34). En el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2011, menciona que cada año mueren alrededor de 36 millones de personas por esta causa, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer. También menciona cómo las enfermedades no transmisibles representaban el 63% de las defunciones mundiales en el año 2008. Además en el mismo informe la Comisión demuestra en su informe que la desigualdad se da entre los países, pero en todos los países los problemas de salud tienden a converger con un peso creciente de las enfermedades no transmisibles (Laurell, 2013),

Figura 1. Distribución porcentual de causas de muerte por grandes grupos de enfermedad, nacional

	1980	1990	2000	2009
Total general	(434 465)	(422 803)	(437 667)	(564 673)
i. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	32.1	26.0	15.4	11.6
ii. Enfermedades no transmisibles	45.4	57.8	70.7	74.4
iii. Causas externas	15.8	13.9	11.9	11.9
iv. Causas mal definidas	6.7	2.3	2.0	2.1

Tabla tomada del Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta-Salud en Sonora 2013 (Reyes Castro, 2013)

La globalización mediática, así como las facilidades de transporte para visitar a nuestro vecino del norte, ha propiciado que la cultura estadounidense de la comida chatarra, el sedentarismo y el consumismo continúe creciendo de forma descontrolada en nuestro país, cada día se observan nuevas cadenas de alimentos que no eran conocidos dentro de la identidad gastronómica cultural de la población mexicana así como la pérdida de los alimentos tradicionales. El tamaño de las porciones, así como la frescura de los alimentos también han ido evolucionando en respuesta a esta identidad de aldea global que ha invadido el mercado y ha sido adoptada por la población mexicana como una respuesta a la pobreza, como un acceso a una calidad de vida de primer mundo la cual solo genera una mayor desigualdad, así como una transición epidemiológica hacia la obesidad, la diabetes, dislipidemias, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Lo que complica aún más la situación es que esta homogenización cultural ha invadido también los núcleos de investigación, motivo por el cual los estudios en su mayoría son realizados en población blanca caucásica en estrato socioeconómico medio-alto, siendo gran parte de ellos provenientes de Estados Unidos o Europa

Occidental. Los resultados que se obtienen se toman entonces como estándares para el diagnóstico y manejo de las personas que padecen alguna de estas enfermedades, generando una descontextualización del abordaje.

Propagación de enfermedades transmisibles

Queda clara la influencia cultural que ha tenido la globalización para el incremento en la tasa de incidencia de las enfermedades no transmisibles sin embargo, los cambios en la conducta migratoria e incluso alimenticia del ser humano también ha permitido la aparición y reaparición de enfermedades transmisibles.

En el proceso de globalización neoliberal a base de grandes empresas capitalistas transnacionales se han generado grandes avances tecnológicos de transporte y medios de comunicación facilitando muchos procesos del ser humano, que años atrás se pensaban solo como sueños. Esto, como todo fenómeno, puede ser visto desde distintas perspectivas, por un lado se tienen grandes ventajas por el acceso rápido e inmediato entre naciones, tanto el traslado como la comunicación se ha vuelto casi instantánea. En cuestión de salud, como se ha mencionado en párrafos anteriores, antes cada agrupación humana tenía una identidad única entre la cual también se considera su desarrollo biológico adaptado al entorno, su flora, fauna, calidad de aire, calidad de agua, etc., donde ha ido evolucionado. Las características de su piel, de su proceso digestivo, de su alimentación y de manera importante de su sistema inmune se han conformado de acuerdo a las condicionantes ambientales y sociales de su cultura. Por lo anterior, es de esperarse que con estos cambios que se han generado en el entorno local al implantarse una cultura global, también haya cambios en las estadísticas de enfermedades infecciosas.

Un claro y simple ejemplo de ello podría ser cuando “un mosquito pueda subirse a un avión en África Central y pocas horas después pueda salir y transmitir la malaria a un vecino en Londres o París” (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 40). Lo cual deja a las epidemias en segundo plano pues la mayor preocupación ahora no es la expansión local sino la internacional generándose así una pandemia, como la han sido los casos de SARS en España y el más reciente de Influenza H1N1 o cólera en Estados Unidos. De igual forma ocurre con la transmisión del SIDA, el papiloma humano, la encefalopatía espongiforme, entre otros (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 40).

Los ejemplos mencionados anteriormente son problemas que surgen por la facilitación de migración de vectores, sin embargo otra de las principales fuentes de problemas en el área de la salud que se tienen dada la globalización es en el aspecto de consumo alimenticio. Actualmente se puede consumir cualquier tipo de alimento de cualquier parte del mundo desde la comodidad del hogar. Esto no solo genera un cambio en la flora gástrica endémica de cada país, de cada localidad, sino que implica un riesgo también por la calidad que se pierde al transportarse, los cuidados químicos necesarios para su conservación así como la contaminación transnacional que se da por una situación que antes solo afectaban a la zona inmediata a tal proceso contaminante, por ejemplo E. Coli - O157, la cual es transportada por el ganado (principalmente vacuno) y puede entrar en la cadena

alimentaria destinada al consumo humano, por vía de la carne contaminada y un inadecuado procesamiento de los alimentos (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 40).

Muchas enfermedades que parecían estar en declive como lo eran el cólera, el sarampión y la gripe aviar, están volviendo. Este resurgimiento se debe sin duda a los cambios medioambientales, al crecimiento urbano incontrolado, al incremento de la pobreza, la globalización y la expansión de los viajes internacionales (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 41). Es así que varios autores coinciden en que una de las explicaciones más notorias de la globalización radica en los procesos de comunicación y su organización, además del descubrimiento de los mercados mundiales, han llevado a achicar los espacios y a reducir el tiempo en las comunicaciones y las transacciones, “haciendo, posible sistemas globales de interacción instantánea, que internacionalizan la información, universalizan los patrones de consumo, ponen en circulación conocimientos y modos culturales y hacen posible [...] iniciar una planetarización de los fenómenos de hegemonía” (Franco G, 2001, pág. 7).

El común denominador tanto generador como resultado de la globalización y que se ha mencionado en varias ocasiones a través del documento es la pobreza y la desigualdad. Por lo tanto, no se puede dejar fuera un análisis sobre la afección económica que se sufre en el país por la implementación de un sistema no adecuado a las necesidades locales, ya sean educativas, estructurales y culturales, sino enfocado a la integración de formas globales.

Afección económica al sector salud

Es bien sabida que hay una relación directa entre las condiciones de vida, trabajo, enfermedad y la muerte está más que demostrada desde finales del siglo XIX. (Laurell, 2013) Al evaluar este punto y relacionarlo con lo que sucede en el mundo actual gracias a la globalización, se puede determinar lo siguiente.

“La consecuencia de la globalización es la destrucción de lo colectivo, la apropiación de las esferas pública y social por el mercado y el interés privado. Actúa como una mecánica de selección permanente, en un contexto de competencia generalizada. [...] En el mejor de los casos, los poderes públicos son subcontratistas de las grandes multinacionales. El mercado gobierna, el gobierno administra”.

La globalización por lo tanto ha afectado a aquellos sectores o estratos socioeconómicos que no corresponden a aquellos poderosos quienes sí son representados de forma hegemónica como beneficiarios de esta transición. Es por ello que la globalización neoliberal puede entenderse como una nueva etapa en la historia de la dominación humana, correspondiente a un nuevo proceso de colonización a través del cual una nueva clase dominante -cuya característica es ser transnacional- controla a la clase trabajadora de todas las naciones (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 47). Entonces las desigualdades ya no se registran solamente entre las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, sino que al interior de cada país desarrollado se está generando un cinturón de miseria cada vez mayor, aumentando a los que podrían denominarse como los excluidos y perdedores de la globalización (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 43).

La relación entre la globalización, el sector económico y el sector salud tiene muchas vertientes, dentro de las cuales se cuelean también los procesos de ética, valores, ciudadanía y derechos humanos. Esto porque la salud es un derecho constitucional en casi todos los países latinoamericanos y México no es la excepción. Esto implica que nadie, absolutamente nadie, debería de quedarse sin atención médica de calidad, se busca lograr una salud para todos y todas, anhelo que es universal, hay una tendencia en el mundo a lograr una Salud Global, Salud Universal, aunque no se entienda bien el concepto o solo se busque cubrir la superficie para aparentar ser cumplida. Este derecho normativo frecuentemente no se realiza debido a: La extensión de la pobreza; la segmentación y fragmentación de los sistemas nacionales de salud; la falta y desigual distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud; así como el recorte del gasto social, la depresión salarial y el crecimiento del empleo precario a raíz de los ajustes estructurales; entre otros factores" (Laurell, 2013). Ha llegado a tal grado que la equidad en el acceso a la atención de salud adquiere protagonismo como un componente esencial para legitimar la globalización y conducir de esta manera que garantice una distribución más justa de los beneficios y un mundo más equilibrado y sano (Chan, Globalización y Salud).

Es así que al analizar estas interrelaciones, encontramos que el problema de la globalización, distinto a lo que menciona Franco, se considera que puede que haya una aparente buena intención frente a ella, pero concordando con el auto hay muchas otras que se esconden detrás, así como el recetario para su implementación: *"La salud global es un objetivo social deseable, ya sea por su valor intrínseco, ya sea como símbolo de la prevalencia de los valores humanos"*, por ejemplo, la lucha contra la inequidad es un fuerte estímulo hacia ese objetivo. La salud, per se, se convierte en "problema general y su globalización es un bien, por el cual se debe trabajar de modo explícito y programado"; anotando de paso que la situación de salud y los problemas relativos a la enfermedad y a la muerte se encuentran globalizados y, peor aún, deteriorada la condición sanitaria debido al influjo del monetarismo y del libre mercado globalizado (Franco G, 2001, pág. 8). Lo que se ha mencionado a lo largo de este escrito.

Un problema actual en el sector de salud que se vive en la ciudad de Guadalajara, es la crisis financiera de los Hospitales Civiles por la falta de pago al Seguro Popular. El Seguro Popular recibe recursos por parte de Gobierno Estatal y de individuos de acuerdo a su clasificación socioeconómica, cuando hay recortes en el gasto sanitario por parte de gobierno, se ven afectados tanto beneficiarios directos de los servicios de salud, como los proveedores de los servicios, materiales e insumos. El Hospital Civil ha tenido una deuda elevada con sus proveedores dado que no ha dejado de atender a pacientes a pesar de que no se habían recibido los fondos para cubrir los gastos. Algo interesante a considerar es que dentro del sistema de globalización y en sí cualquier sistema que tenga como pantalla la mejora social, siempre se lee como una gran idea, sin embargo la aplicación y administración de la misma sale de las manos de quienes la ejecutan. ¿Qué hará falta para que un proyecto o idea social pueda implementarse de forma real y sostenible? ¿Será acaso una cuestión de creencias, educación y cultura o un tema meramente administrativo de impunidad y corrupción? Este anhelo por la Salud Universal, debe de lograrse con una disminución de la inversión de bolsillo por parte de los y las ciudadanas, con una mejor

administración de los recursos y con una comprensión sobre el beneficio que se tienen como sociedad el pensar de forma colectiva sobre el uso de los impuestos con una regulación de transparencia.

Hay un elemento importante dentro del financiamiento de los servicios de salud en el país, se trata de los llamados capitales golondrinas, dando paso a viéndose afectado por ello el sector salud debido al aumento de las divisas para adquirir el equipo y material médico necesario para la funcionalidad eficaz del sistema sanitario de un país. Según Barona, las consecuencias de esta ideología neoliberal en los servicios públicos y particularmente en la sanidad, han sido devastadoras, presentándose "recortes en el gasto, eliminación de programas estructurales y su sustitución por otros focalizados hacia grupos concretos o tan solo en períodos de tiempo determinados, limitación del acceso a las prestaciones y privatización de los servicios" (Barona, 2000, p. 32). Como lo menciona García, dicho proceso multimodal afecta los sistemas sanitarios. (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 35)

El análisis de estas tangentes que se entrecruzan constantemente permite sopesar el valor real de la globalización, una comparación entre los beneficios que pudiese generar o esperar y la realidad cuando se aplica al entorno local. La globalidad para Beck, significa "pluralidad sin unidad". Por globalismo se entiende: "la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político". La globalización se entiende como "los procesos en virtud de los cuales, los Estados nacionales soberanos se entremezclan y rubrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios" 1 (Franco G, 2001, pág. 3). A pesar de que nuestra identidad cultural mexicana ha sido de las más afectadas antes este sistema neoliberal, el principal problema que aqueja nuestro país en la interrelacional entre globalización y salud, es sin lugar a duda la desigualdad de acceso y calidad de servicios.

Las políticas de corte neoliberal impulsadas por el proceso de globalización económica, tienen como referente programático las llamadas tres "D", esto es, *disminución del déficit público*, o sea, los gastos sociales que eran el núcleo del Estado de Bienestar; la desregulación laboral, que implica la flexibilización de contratos y salarios desprotegiendo a los trabajadores; y la deslocalización de capitales, que emigran hacia las zonas en las que existen mejores condiciones tales como desregulación en la protección ambiental y una menor carga fiscal. Es momento de accionar a la sociedad, se debe demandar más y mejores condiciones, organizando participación política por parte de la ciudadanía y las Organizaciones No Gubernamentales (García Samaniego & Alcántara Moreno, 2008, pág. 38).

Debe anteponérsele, sin embargo, la globalización política, inscrita en el afán por una democracia universal y por un ente supranacional de gobierno, es decir, la globalización de un poder social como envés del globalismo económico, que permita la síntesis política y cultural con el mercado, la ciencia y la tecnología al alcance de todos (justicia social), capaz de orientar hacia el interés general.

El alcanzar la meta de salud para atender los problemas tanto de la pérdida de variabilidad cultural hacia una hegemonía universal por los medios de comunicación masiva regidos por empresas capitalistas con fines de lucro propiciando la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas

degenerativas; los problemas de las transiciones epidemiológicas dada la facilidad de transporte y acceso a entornos antes ajenos a la realidad local reactivando enfermedades transmisibles que habían sido controladas anteriormente, así como la aparición de nuevas como resultado de interacciones socioantropológicas y por último la gran afección monetaria que implica la globalización a los servicios de salud locales, implica un trabajo colaborativo, reforzando lo dicho en el párrafo anterior entre instituciones gubernamentales, académicas, privadas, individuales y de la sociedad civil.

La búsqueda de la justicia social debe de ser el elemento globalizador que rija en las naciones, inculcando participación y pensamiento crítico ante la realidad, generando nuevas formas de desarrollo para un proceso de mejora universal para todas y todos, no sólo de unos y unas cuantas.

Bibliografía

Casillas Herrera, P. (2005). Reficiación y liberación de la identidad en el horizonte de la posmodernidad. En A. Ibañez, *Un paisaje latinoamericano. Historia, cultura y democracia* (págs. 117-136). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Chan, M. (s.f.). Globalización y Salud. *Intervención ante la Asamblea General de las naciones Unidas*. <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>.

Chan, M. (s.f.). Globalización y Salud. *Intervención ante la Asamblea General de las naciones Unidas*.

Franco G, A. (2001). La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 43-55.

García Samaniego, F., & Alcántara Moreno, G. (julio-diciembre de 2008). Globalización y efectos locales en el proceso salud-enfermedad. *Provincia*(20), 34-64.

Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.

Reyes Castro, P. (2013). *Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta-Salud en Sonora*. Sonora: El Colegio de Sonora.

Lactobacillus casei Shirota

► Bacteria láctica y probiótica capaz de llegar viva a los intestinos. Exclusiva de la marca Yakult

Equilibra la microbiota intestinal

El consumo de bacterias probióticas estimula benéficamente la salud de quien lo consume mejorando el equilibrio de la microbiota, es decir, aumentando las bacterias buenas y creando un medio ambiente no adecuado para las bacterias nocivas.



Notas

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Información para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual "Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication", del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.

Noticias

Convocatoria para cursar el **Doctorado en Ciencias Socio Médicas 2018-2019**.

Primera etapa de selección:

- Entrega de documentos. Desde el 24 de abril de 2017 al 30 de agosto de 2017.
- Evaluación de expedientes: del 4 al 8 de septiembre de 2017.
- Resultados evaluación de la 1ª etapa: 29 de septiembre de 2017.

Segunda etapa de selección:

- Entrevistas y presentación de proyectos: del 2 al 20 de octubre.
- Resultados de la evaluación de la segunda etapa: 23 de octubre de 2017.

Tercera etapa de selección:

- Examen CENEVAL aprobado (revisar fechas y lugares de registro: 29 de mayo, 24 de julio, 25 de septiembre).
- Examen de lecto-escritura de segunda lengua aprobado: solicitarlo en el CUCS o CUCSH, entrega hasta el 24 de octubre de 2017.
- Dictámenes finales: del 4 al 8 de diciembre de 2017.

Mayores informes:

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud. CMNO. Belisario Domínguez 1000. Bajos de la Farmacia de la Clínica 3. Colonia Independencia. Guadalajara, Jal. CP. 44340. Tel: 36 17 00 60 y 36 68 30 00 extensión 31 818.

Documentación:

- Poseer grado de Maestría en Ciencias afines (salud, biológicas y sociales) y promedio superior a 80.
- Demostrar experiencia previa en áreas operativas, docente, vinculación o de investigación.
- Demostrar conocimientos y actitudes favorables hacia la investigación y la docencia en sociomedicina.
- Acreditar lectura y comprensión de 2do idioma en institución oficial.
- Demostrar habilidades en el uso de equipo de cómputo y de tecnologías de comunicación e información.
- Disponibilidad por escrito para dedicarse y pagar cuotas al programa de doctorado.
- Carta de motivos del aspirante y 2 recomendaciones académicas, responsabilizándose de hacer seguimiento.
- Presentar constancia de aprobación del examen del CENEVAL en Ciencias Sociomédicas.
- Presentar un anteproyecto de investigación acorde a las líneas del postgrado (pondera 30 puntos).
- Currículum vitae, acompañado de una copia de su mejor trabajo académico o logro profesional realizado.
- Aquellos requisitos adicionales que establezca la normatividad universitaria correspondiente tanto para aspirantes mexicanos como extranjeros.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del del Centro Médico Nacional de Occidente en la colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340 Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)

javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)

ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

Imbiomed

Dialnet

Latindex

Benson collection of university of texas libraries

www.yakult.mx

Cengage learning

Visita nuestra página web:

www.uisess.org



BOLETIN UISESS, Año18, Numero 1, Enero- Abril 2017, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 36683000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-08311102490-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, impreso por YAKULT Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 31345300, este número se terminó de imprimir en Agosto de 2015, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.

**Editora del Boletín**

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. Mikel Arriola Peñalosa

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

www.yakult.mx