

ULYSSES DE BARROS PANISSET

SEGURIDAD HUMANA: INTELIGENCIA
EN SALUD INFORMADA POR
EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECURSOS
HUMANOS

Profesor de Medicina Preventiva de la Universidad Federal de Minas
Gerais (UFMG).

SEGURIDAD HUMANA: INTELIGENCIA EN SALUD INFORMADA POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECURSOS HUMANOS

ULYSSES DE BARROS PANISSET

La contemporaneidad explicita en el día a día el hecho de que las crisis sociales, económicas y políticas desbordan fronteras intra e intercontinentales rápidamente, causando fuerte impacto en la salud colectiva en Brasil y en el resto del mundo y generando enormes desafíos para gestores de innumerables sectores y diferentes niveles de responsabilidad.

Los Ciclos de Debates sobre Bioética, Diplomacia y Salud Pública, promovidos por

el Núcleo de Estudios sobre Bioética y Diplomacia en Salud (NETHIS/FIOCRUZ), crearon una oportunidad singular para el ejercicio de una reflexión transdisciplinaria y de actores en varios campos de práctica, acerca de cuestiones apremiantes de la salud global y de sus impactos en Brasil.

En la medida en que las cuestiones de salud global están relacionadas con el trabajo de personas de las más variadas profesiones e inserciones institucionales, los debates demuestran en la práctica la necesidad de construir redes multiprofesionales para la acción coordinada, tanto de individuos como de instituciones. Adicionalmente, se propone en este artículo la capacitación transversal e integrada de diversos campos del conocimiento que permita preparar y fortalecer las competencias necesarias para realizar las gigantescas tareas vitales para la salud y el bienestar de las poblaciones, para mejor enfrentar y responder a la complejidad de los retos.

En los debates del NETHIS/FIOCRUZ, pudimos interactuar y reflexionar junto con gestores del Ministerio de Salud y otros ministerios, oficiales de inteligencia, planificadores militares e investigadores de varios campos y constatar un alto nivel de dedicación profesional, fuerte compromiso con la salud colectiva y un empeño efectivo y creativo en el abordaje de problemas

de alta complejidad de la salud global, expresados en las actividades de planificación estratégica y operacional, así como en la gestión cotidiana de los retos y en el análisis de una variedad de temas, temas y áreas de actuación.

Ejemplos de esta diversidad de temas y áreas que requieren una intensa preparación, prevención y acción rápida y efectiva, se enfatizan entre las prioritarias las formas de producción del agronegocio y la regulación del comercio internacional de alimentos ultraprocesados; la regulación del nefasto comercio nacional e internacional del tabaco; las emergencias causadas por agentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN); la dualidad de las amenazas y oportunidades de la biología sintética para la salud; y la realidad de los flujos migratorios internacionales en la salud y en la calidad del bienestar de las personas.

En este artículo proponemos contribuir a las consideraciones en torno a las necesidades de fomentar redes multiprofesionales permanentes y dinámicas para actuar de manera coordinada, promover aprendizajes intersectoriales y fortalecer instituciones nacionales dedicadas a la salud global y a la diplomacia en salud, apoyadas por una robusta inteligencia para la salud (PANISSET, 2017).

Con ese objetivo, sugerimos la discusión de conceptos de seguridad humana de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sobre la construcción de mecanismos estratégicos y operacionales de inteligencia en salud, a partir de la formulación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero percibiendo la inteligencia en salud como un soporte de la política de estado que incluya la armonización entre las políticas nacionales de salud informadas por evidencias científicas y las iniciativas diplomáticas de salud internacional y global. Proponemos la discusión en el marco de la diplomacia para la salud (BUSS; TOBAR, 2017), enfrentando algunos dilemas de la salud internacional y de la salud global y recomendando el desarrollo y la utilización del estado del arte de herramientas operacionales disponibles. Sobre todo, buscamos pautar la discusión de algunos prerequisites de la inteligencia en salud, examinados por la lente de la equidad – según la cual los que tienen menos reciben atención mayor, de acuerdo con necesidades esenciales. Es decir, con la omnipresente pregunta ética sobre qué salud global y diplomacia queremos como nación, para qué y para quién.

Estamos inundados diariamente por un océano de información sobre amenazas a la seguridad humana, directamente relacionadas con la salud de las poblaciones, y, en muchos casos, por las noticias falsas que circulan con

las más variadas intenciones. ¿Cómo mejor organizar, analizar y utilizar esas informaciones para anticipar, preparar y responder a las potenciales y reales amenazas a la salud de los brasileños y a nuestras iniciativas de salud global?

Preguntamos aquí cuáles serían los mecanismos de inteligente en salud más efectivos que apoyasen el análisis sistemático, permanente y sostenible de las evidencias científicas, de los indicadores y de las informaciones sobre determinantes de salud para hacer frente a los múltiples y complejos retos de manera ética y solidaria entre las personas y los pueblos, con una perspectiva comprometida con la equidad.

Con el fin de explorar estas cuestiones, proponemos abordarlas en la perspectiva conceptual de la Seguridad Humana, surgida principalmente a partir de la transformación de la bipolaridad de la guerra fría, en los años 90, en otras formas de conflictos globales y de impactos adicionales contemporáneos en la salud y en el bienestar de las personas en todo el mundo.

El concepto de Seguridad Humana ha ganado importancia al ser presentado en 1994 por el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (ONU, 1994). Enfoca la seguridad de los pueblos más allá de la seguridad del territorio, para la supervivencia, vivencia y dignidad de las personas. Se puede inferir un reconocimiento de la ONU de la interrelación entre salud – que es central en el concepto – y otras seis dimensiones esenciales para el desarrollo humano: económica, alimentaria, ambiental, personal (amenazada por los asesinatos y otras violencias), comunitaria y política. Aunque sin mucha claridad operativa, el concepto es reforzado en 2012 en la Resolución de la Asamblea General de la ONU de 2012 sobre Seguridad Humana (ONU, 2012).

Al analizar el concepto de Seguridad Humana en la salud global, Chen y Narasimhan (2003) señalan su impacto operacional en las políticas de salud y en sus implementaciones. Destacan que el objetivo principal de este enfoque es combinar la acción de salvaguardia de vidas humanas de las amenazas potenciales o ya existentes, mientras que promueve la sostenibilidad del desarrollo humano. Las más diversas cuestiones de salud, como las mencionadas anteriormente, además de la violencia, la pobreza y la inequidad, contribuyen a la centralidad de los procesos salud-enfermedad en la seguridad humana. Los autores apuntan, sin embargo, una cierta generalidad y amplitud del concepto, que dificultan a menudo la gestión

de políticas públicas y acciones institucionales necesarias para transformar el concepto de seguridad humana en políticas públicas, en la gestión y en la práctica diaria.

Por otro lado, sostienen que la “perspectiva de la seguridad humana centrada en la persona genera un conjunto definido de prioridades diferentes a las de la seguridad tradicional centrada en el estado” y en su aparato policial-militar (CHEN; NARASIMHAN, 2003, p. 189-190, traducción libre). Mencionan las necesidades especiales de salud de los refugiados de conflictos y los altos riesgos existentes de enfermedades infecciosas en esa situación. Llamam la atención de que la visión y el ethos de la seguridad humana ayudan a “capturar la profundidad y extensión del impacto de las crisis de salud pública [...] y de complejas emergencias humanitarias” (Ibid.). En este contexto, “la vigilancia, el control y la respuesta ligada al comercio internacional” (Ibid.) y a su regulación sanitaria, a la migración, a las amenazas QBRN y a las situaciones de violencia son interdependientes, aunque didácticamente se analicen por separado para posibilitar la gestión de crisis. Así, el concepto operacional de la seguridad humana está definido por la “naturaleza de la amenaza a la que pretende responder, tanto como por su ‘base de valores’ centrada en las personas, sus percepciones sobre nuevas estrategias o su capacidad para movilizar y energizar diversos círculos” de interés (Ibid.).

La perspectiva de la seguridad humana centrada en la salud de las personas es, por lo tanto, base de nuestra tarea de reflexionar sobre la diversidad de los asuntos aquí debatidos y, al mismo tiempo, comprender sus conexiones y herramientas que faciliten el análisis de la regulación internacional de alimentos ultraprocesados y las acciones y políticas públicas para la promoción de la alimentación sana y de las medidas de regulación estatal de la producción industrial, o en la regulación del tabaco – ambos relacionados con la producción del agronegocio y de su comercio nacional e internacional. En ambos casos, se constata el impacto de las industrias responsables por productos asociados a los factores de riesgo para enfermedades crónicas.

En el campo de las respuestas a emergencias QBRN, el concepto de seguridad humana facilita entender el papel de la diversidad de actores y de instancias de las áreas de salud y seguridad pública, para la preparación y realización de acciones de respuesta necesarias para enfrentar riesgos

potencialmente devastadores para la salud y seguridad de la población o de sus recursos naturales y agropecuarios. El tema de la dualidad de las innovaciones de la biología sintética para la salud, así como de la realidad de los flujos migratorios, trae a la superficie explícitamente también la dualidad de la soberanía nacional, de los compromisos democráticos constitucionales y de los acuerdos globales de Brasil. Estos temas introducen la necesidad de una mayor escucha, negociación y participación de individuos y grupos de la sociedad civil que tienen acceso a los nuevos conocimientos de la biología sintética, a menudo en laboratorios domésticos improvisados.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), abarcados por las Naciones Unidas, se encuentran en el campo de la seguridad humana. Acordados entre los países miembros con ocasión de la Cumbre de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, celebrada en Nueva York en septiembre de 2015, los ODS buscan ser referencia a las políticas nacionales y a las actividades de cooperación internacional en el período 2015-2030. En total, son 17 objetivos y 169 metas, involucrando temáticas que encarnan el concepto de seguridad humana, incluyendo la erradicación de la pobreza, seguridad alimentaria y agricultura, salud, educación, igualdad de género, reducción de las desigualdades, energía, agua y saneamiento, patrones sostenibles de producción y consumo, cambio climático, ciudades sostenibles, protección y uso sostenible de los océanos y de los ecosistemas terrestres, crecimiento económico inclusivo, infraestructura e industrialización, gobernanza y medios de implementación (BRASIL, 2018).

Pero ¿tal amplitud de objetivos y metas sería obstáculo a la realización exitosa de los ODS? Murray (2015) postula que los ODS son muy amplios, con blancos vagos, en que la salud no gana aspecto central. Sin embargo, otros autores, menos reduccionistas, entienden que la situación de salud no mejorará significativamente si no se aborda de manera intersectorial, a partir de la identificación de los determinantes sociales de salud en cada lugar y globalmente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sólo el ODS 3 enfoca vidas saludables para todas las edades. Pero Tedros Ghebreyesus, actual director general de la OMS, discrepando de enfoques que reducen la salud pública a la biología, enfatiza que la salud contribuye y se interrelaciona con todos los ODS. Cita como ejemplo que la cobertura universal de salud, como en el Sistema Único de Salud de Brasil, puede

“reducir la pobreza (ODS 1) al proteger a las personas de las dificultades financieras” cuando están expuestas a tratamientos de costo prohibitivo y que “una buena salud puede fomentar el empleo y el crecimiento económico (ODS 8)” (MOHAMMED; GHEBREYESUS, 2018, p. 590, traducción libre). Por lo tanto, destaca la interdependencia multisectorial, afirmando que “mejor salud, a su vez, hace avanzar a otros objetivos” del desarrollo sostenible (Ibid.). Ghebreyesus destaca que el alcance de las metas de salud de los ODS y de sus determinantes exigirá nuevas inversiones, entre 2015 a 2030, estimadas en 3,9 billones de dólares, para cubrir las necesidades de 67 países que acomodan el 75% de la población mundial. Para reforzar la viabilidad de estas inversiones, aparentemente prohibitivas en épocas de crisis económica, la OMS estima que las expensas nacionales podrían cubrir el 85% de esos costos. Concluye que “para la mayoría de los países, mejores condiciones de salud y bienestar para todos, por lo tanto, no es fundamentalmente una elección económica – sino una elección política” (Ibid.).

Según De Leeuw (2017, p. 329, traducción libre), es fundamental el “compromiso de otros sectores que no el de la salud en la gobernanza, políticas e intervenciones para la salud”, es decir, “las fundaciones para una gobernanza integral para la salud” deben darse en un “continuum de métodos de compromiso de otros sectores” para una mayor integración. Esto implica transformaciones que van “desde el rediseño institucional” hasta las “narrativas basadas en valores éticos”.

Acharya, Lin y Dhingra (2018) destacan también que todos los demás ODS están interrelacionados, pero que falta a la mayoría de los países datos robustos, indicadores y mecanismos de inteligencia para analizarlos, que conecten los datos entre los diferentes sectores gubernamentales. Mencionan también la baja capacidad de coordinación entre los diferentes sectores y los limitados instrumentos de implementación y monitoreo.

Por lo tanto, en relación a la gestión y operacionalidad de la salud nacional y global, destacamos aquí la limitación de los sistemas actuales de inteligencia para la salud y la ausencia de capacidad de análisis permanentes en tiempo real sobre el impacto en la salud de todas las políticas públicas, buscando apoyar la implementación necesaria y exitosa de los ODS.

Una de las limitaciones de las propuestas tradicionales de mecanismos de inteligencia en salud es exactamente la prevalencia de un reduccionismo

biologicista, biomédico, que enfoca principalmente las enfermedades, sobre todo las infecciosas (BONFADA et al., 2012) y elige ignorar sus determinantes en la práctica del sector salud.

Para Morse (2007), por ejemplo, la inteligencia en salud sería bastante limitada a la vigilancia epidemiológica y análisis de las enfermedades, especialmente las infecciosas, incluso admitiendo incluir enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades animales y agrícolas. Al mencionar de paso el impacto de la pobreza en la salud, no contempla operacionalmente la necesidad de la inteligencia en abarcar los determinantes sociales de salud, reduciendo la posibilidad de monitorear y analizar el impacto multisectorial en el proceso salud-enfermedad.

Incluso si se tienen en cuenta los flujos migratorios globales intensos o las pandemias atravesando fronteras, es obvio que las personas se sienten más enfermas o más sanas en el ámbito local y no regional o globalmente. En ese sentido, Morse (Ibid., p. 1070, traducción libre), en el marco de la discusión sobre sistemas de inteligencia en salud, advierte que “en la mayor parte de las áreas del mundo, no existe sustituto para el conocimiento local”.

Por lo tanto, en la inteligencia para la salud, los sectores de política y acción externa deben conversar orgánica y permanentemente con los demás sectores que tratan de los determinantes sociales de la salud y de sus efectos en los contextos locales y en el conjunto de la población, recordando siempre que, incluso ante la mejor evidencia global de cuáles intervenciones son más efectivas, la aplicación de ese conocimiento se da últimamente en el ámbito local.

Una ampliación del concepto operacional de inteligencia en salud, aún tradicional, junta la dualidad de seguridad humana en salud y la seguridad nacional, principalmente ante las amenazas de ataques biológicos terroristas, pero aún se mantiene, principalmente, en el campo de la seguridad nacional de carácter policial y militar. Un ejemplo sorprendente es el del *National Center for Medical Intelligence* (DOD-NCMI), una agencia situada bajo el mando de la poderosa y omnipresente *Defence Intelligence Agency* de EEUU, en el Departamento de Defensa. El NCMI aborda la seguridad en salud, pero a través del filtro de la seguridad nacional militarizada. Para una visión más amplia que considere la centralidad de la salud para los determinantes de la seguridad humana, pasaremos a adoptar el término inteligencia para la salud, en vez de inteligencia en salud.

Bowsher, Milner y Sullivan (2016, p. 266, traducción libre) defienden un enfoque de “inteligencia médica”, aún balizado por la inteligencia militar, que descuida las iniciativas diplomáticas de salud global. Sin embargo, buscan un diálogo, aunque restringido y con escalas de poder diferenciados, buscando de la yuxtaposición de la inteligencia epidemiológica a la seguridad nacional militar, en la práctica aceptando la subordinación de la primera a la segunda. Menciona ejemplos de esta superposición que van desde la inteligencia para proteger a EEUU y sus tropas militares de la epidemia de Ebola en el Oeste Africano hasta la utilización de un esquema de vacunación como truco para recoger informaciones y asesinar a Osama Bin Laden en Pakistán, lo que provocó el efecto adverso del descrédito de los esfuerzos de vacunación en el país y ocasionó baja en la aceptación de la vacuna por sectores significativos de la población. Bowsher, Milner y Sullivan (Ibid.) mencionan además que la OTAN practica la inteligencia médica restringida a las informaciones sobre la infraestructura de los sistemas de salud. El NCMI también restringe la recolección y el análisis de la inteligencia epidemiológica al ámbito militar, priorizando la protección de sus tropas.

Bowsher, Milner y Sullivan (Ibid., p. 270, traducción libre) expresan la preocupación ética con estos enfoques militarizados, que “minimizan los problemas de salud de las poblaciones más pobres del mundo puramente en la base de las amenazas a sus elites armadas, en lugar de una preocupación moral o ética”, y concluyen que es necesario armonizar los campos éticamente opuestos de la salud global y de la inteligencia militar.

La OMS ya avanzó de una visión tradicionalmente reduccionista de la inteligencia en salud, restringida al sector salud, al abogar por mayor capacidad de analizar, coordinar, compartir informaciones, cooperar, intervenir y responder efectivamente a las diversas dimensiones de la seguridad humana, con la acción integrada de múltiples sectores relevantes.

La Red Global de Inteligencia en Salud Pública (GPHIN – *Global Public Health Intelligence Network*), desarrollada por el Ministerio de Salud de Canadá en cooperación con la OMS, enfoca su acción en la recolección y análisis sistemático de informes y rumores sobre brotes de enfermedades infecciosas, a través del monitoreo de noticias extraídas permanentemente de fuentes de los medios internacionales y de las redes sociales, en Internet, con búsquedas realizadas en varios idiomas. Sin embargo, incluye también la

seguridad del agua, de alimentos y de eventos químicos, por lo tanto, dentro de algunos temas que discutimos en este artículo. Según la OMS, la GPHIN es el primero alerta de cerca del 60% de los reportajes de brotes epidémicos.

Promoviendo actividades de inteligencia para la salud, la OMS recomienda la inclusión de determinantes sociales de salud en las evaluaciones de otras informaciones de salud pública, a través de Observatorios Urbanos de Salud, un mecanismo de inteligencia principalmente en el contexto local o incluso en macrorregiones, como en la vasta región de la frontera entre los Estados Unidos de América y México, de particular perfil cultural. Esta propuesta alimenta la formulación de nuevas políticas públicas urbanas y estrategias para, por ejemplo, la prevención y el control de la violencia urbana. En estos mecanismos de inteligencia, los “determinantes sociales de salud son considerados fundamentales para entender y responder a problemas de salud pública y de inequidades en salud”. Los análisis de situación de estos observatorios, por lo tanto, “toman en consideración factores más allá del sector salud” (WHO, 2014, p. 2, traducción libre).

El Observatorio de Salud Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), de la Universidad Federal de Minas Gerais, es ejemplo viable y efectivo del diálogo vital entre lo local, lo nacional y lo global a ser analizado para ser uno de los componentes de un sistema de inteligencia en salud en los moldes propuestos por la OMS. El OSUBH busca proporcionar conocimiento para la implementación de estrategias específicas de intervención y de políticas públicas para enfrentar inequidades en todos los sectores que impactan la salud, transformando la investigación científica en políticas públicas. Este enfoque permite evaluar qué acciones de salud urbana pueden funcionar mejor en contextos específicos (OSUBH, 2018).

Otro componente viable de un sistema integral de abordaje local es el utilizado por el municipio de Belo Horizonte, que busca organizar su sistema de salud por la clasificación de cada microrregión, con cerca de 3 a 4 mil personas, de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad a la salud (IVS). Este índice – que sirve de referencia para la distribución de los recursos de acuerdo con el principio de equidad – se elabora a partir de determinantes sociales de salud, basados en evidencias de sus impactos. Incluye saneamiento, vivienda, escolaridad, renta, aspectos sociales (raza/color) y medio ambiente (PITCHON et al., 2013).

Las proporciones continentales de Brasil, con sus marcadas y complejas desigualdades; las inequidades entre las regiones, así como las intrarregionales,

intraurbanas y entre lo urbano y lo rural; y nuestros intensos flujos globales migratorios y de mercancías exigen un aparato de inteligencia en salud que sea amplio en la capacidad de análisis, con operacionalidad viable y que incluya diversos determinantes sociales, nacionales y globales, operando informado por evidencias científicas y con conocimiento tácito.

La clave sería la agilidad en la recolección y análisis de datos en tiempo real, con enfoques inclusivos de los determinantes sociales y masivos, a través del procesamiento de Big Data, incluso en la búsqueda activa en los medios y en las redes sociales, en el llamado *Open-Source Intelligence* (inteligencia para la salud procedente de fuentes abiertas), incluyendo la minería de datos relevantes a través de *data linkage* poblacional (HAY et al., 2012; KHOURY; IOANNIDIS, 2014; BERNARD et al., 2018). Sin embargo, persisten limitaciones técnicas relevantes del Ministerio de Salud en relación a esas innovaciones, sobrecargado con la carga de enfermedades y la congelación de recursos (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2018).

El estado brasileño se movilizó de forma ejemplar e intersectorial para dar una respuesta a los desafíos de la inteligencia en salud durante la realización de dos megaeventos globales, la Copa del Mundo de Fútbol de 2014 y los Juegos Olímpicos de 2016. Sin embargo, el Ministerio de salud se restringió a preparar el Sistema Único de Salud (SUS) en las ciudades sede para la Copa, en acción conjunta con el Ministerio del Deporte, creando la Cámara Temática de Salud para intentar coordinar los tres niveles de gobierno en las actividades de planificación estratégica, compartir responsabilidades y aumentar la efectividad de las acciones, fortaleciendo la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias y el Sistema de Vigilancia en Salud. En ese marco, se creó la Fuerza Nacional del Sistema Único de Salud (FN-SUS) para la “asistencia rápida y efectiva a las poblaciones en situaciones de catástrofes, epidemias o crisis asistenciales” (MASSUDA, 2012, p. 358 y 360, traducción libre), por medio del Decreto n° 7.616, de 17 de noviembre de 2011. Se esperaba desarrollar acciones de salud para el evento que pudieran ser transformadas en legado para la salud colectiva. Sin embargo, la iniciativa merece aún investigaciones dedicadas al impacto institucional real de ese legado, principalmente ante las restricciones presupuestarias para salud durante 20 años, impuestas a la nación en 2017 por el gobierno Temer, con la Enmienda Constitucional 95.

La experiencia de esta movilización podría servir de ejemplo para la estructuración de mecanismos permanentes e intersectoriales de inteligencia en salud para la seguridad humana que observasen, recopilasen y analizarasen informaciones, datos e indicadores de manera georreferenciada y que agregasen también los determinantes sociales de salud en cada contexto regional y microrregional, para facilitar su enfrentamiento a través de políticas públicas innovadoras y efectivas. Esta iniciativa, si hubiera sido implantada, podría haber contribuido, de forma aún incalculable, también en relación a las iniciativas diplomáticas de Brasil en salud y a la salud global.

Danilo Coelho, oficial de inteligencia e investigador que participó en este Ciclo de Debates, contribuye significativamente a avanzar la estructuración de un sistema de inteligencia amplio, efectivo e innovador que actúe en la defensa de la seguridad nacional en la perspectiva de la seguridad humana y que sea sensible en la captación de determinantes multisectoriales de la salud. En este proceso, constata posibilidades y obstáculos en la construcción de un aparato de inteligencia multisectorial, con aspectos operacionales de coordinación de las acciones necesarias para la seguridad humana.

Con este objetivo, es de gran utilidad apuntar la necesidad fundamental de “cambio del paradigma de la seguridad nacional para el de la seguridad humana” (COELHO, 2017, p. 77). En ese sentido, Coelho (Ibid.) propone un nuevo paradigma de seguridad que él denomina “transecuritización de la Inteligencia de Estado”. En esta propuesta de reestructuración para alcanzar la contemporaneidad del sistema brasileño de inteligencia, se busca simultáneamente enfrentar las “múltiples amenazas, en la perspectiva de la seguridad humana, contra la sociedad brasileña” y “aumentar la eficiencia del Sistema Brasileño de Inteligencia” (Ibid.).

En la actualidad, el Sistema Brasileño de Inteligencia (SISBIN) está compuesto por 39 organismos gubernamentales, coordinados por los órganos de seguridad, incluyendo el Ministerio de Salud (MS), la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, el Ministerio de Medio Ambiente (MMA) y el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento (MAPA), todos esenciales para áreas temáticas que discutimos en este artículo y para la promoción de la seguridad humana (Ibid.; ABIN, 2018). La participación destacada del Ministerio de Relaciones Exteriores indica la posibilidad de fomentar las iniciativas de diplomacia en salud y coordinar mejor la información sobre salud nacional, salud global y su intrínseca relación (PANISSET, 2000, 2017).

La propuesta de “transecuritización” de Coelho corrobora la necesidad que señalamos de un sólido y coordinado sistema de inteligencia para la seguridad humana que apoye el enfrentamiento de los problemas de salud en contextos variados – que van del local al global – para dar soporte a los desafíos internos y las iniciativas diplomáticas de salud. Pero él alerta que

A pesar de la composición del SISBIN y las directrices de Inteligencia apuntar a la estructuración de un sistema amplio, que trasciende el área tradicional de la seguridad para incorporar temas estratégicos de diversos sectores, persiste un marco institucional que puede obstaculizar esta actuación amplia. (COELHO, 2017, p. 77-78, traducción libre).

De acuerdo con Coelho, la composición militarizada del consejo consultivo que coordina la SISBIN (CONSISBIN), la mayoría del Ministerio de Defensa, limita la posibilidad de una actuación más amplia, debido al “resquicio de la Inteligencia con sesgo policial y militar” (Ibid., p. 78, traducción libre), priorizando órganos de defensa externa y seguridad interna. Sin embargo, resalta la demanda estatal gubernamental “por análisis predictivos de amenazas no tradicionalmente securitarias y de la definición de directrices de Inteligencia” (Ibid.) que incluyen asuntos de salud humana, medio ambiente, recursos agropecuarios e infraestructura. La propuesta de “‘transecuritización’ de la Inteligencia de Estado incorpora el concepto de la seguridad humana y sistematiza otros elementos presentes y necesarios para el proceso de modernización de la Inteligencia” (Ibid.). Por lo tanto, va mucho más allá del reduccionismo que aún prevalece en cuanto a la seguridad nacional como protección de la frontera territorial, de la población y de los intereses nacionales contra amenazas externas, con una doctrina brasileña de seguridad nacional nostálgica, desarrollada en 1949 por la Escuela Superior de Guerra (ESG), con fuerte inspiración norteamericana, a partir de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial (Ibid.), fortalecida en el período dictatorial de 1964 a 1985.

Aunque la propuesta de “transecuritización” de la Inteligencia de Estado no esclarece aún las formas operativas de enfrentamiento de los múltiples problemas de salud y de sus determinantes nacionales, o de su papel en las

iniciativas de diplomacia en salud, es particularmente significativa y contemporánea su sugerencia de consagrar “una Inteligencia predictiva, bajo la égida del análisis basado en evidencias” científicas (Ibid, p. 84, traducción libre).

En este sentido, proponemos como parte integral de la inteligencia para la salud para la seguridad humana el proceso de utilización de métodos integradores y sistemáticos desarrollados en el marco de la OMS, a partir de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, que insta a los Estados miembros a “establecer y fortalecer mecanismos para transferir conocimientos para apoyar la salud pública y los sistemas de atención a la salud basados en evidencia y para las políticas de salud basadas en evidencias” (OMS, 2005, p. 127, traducción libre).

Los formuladores e implementadores de políticas públicas de salud (por ejemplo, gestores del SUS de todos los niveles) y de otros sectores responsables de la salud y sus determinantes en varios sectores – además de los gestores de las iniciativas de diplomacia en salud – enfrentan constantes desafíos para ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención a la salud y simultáneamente controlar el impacto de los determinantes sociales. Se suman a esas tareas la responsabilidad por la implementación de esas políticas y la evaluación de su efecto en las decisiones y acciones del día a día, en varios contextos diferentes.

La participación ciudadana en este proceso es indispensable para que se logre un mayor grado de legitimación, implementación y evaluación del impacto de las políticas en la salud de las personas. La construcción de las políticas se beneficia de la transparencia del proceso y de la participación democrática del control social, cuando promueve un diálogo resolutivo sobre el problema, las opciones y las estrategias para afrontarlo, además de estudiar las barreras, los facilitadores, los riesgos, los beneficios y los costes de las intervenciones.

El bioeticista Norman Daniels destaca este imperativo ético de participación social y de la necesidad de divulgar transparentemente el proceso de análisis y decisión para la formulación e implementación de las políticas en los sistemas de salud, resaltando que las transformaciones de los sistemas de salud son a menudo “experimentos sociales que requieren revisión ética y científica antes de que sean implementados y el monitoreo ético y científico después” de la implementación (DANIELS, 2006, p. 447).

Es decir, experimentos poblacionales amplios que ocurren sin consentimiento informado.

Mecanismos de formulación de políticas y prácticas informadas por evidencias científicas sólidas e información correctamente analizada pueden representar un componente más operacional de la inteligencia para la salud y ayudar a mejorar significativamente la calidad y el impacto en la gestión, con reflejos positivos para la salud de las poblaciones. Son beneficios adicionales y vitales la mejor utilización de recursos para promover la equidad en la cobertura, así como la normalización a niveles sostenibles de los procesos de judicialización de la salud, apoyados en bases científicas sólidas y en el conocimiento tácito que pueda ser sistematizado por medio de diálogos deliberativos.

La gestión del conjunto de estos objetivos exige nuevas maneras de pensar y organizar la inteligencia para la salud para la seguridad humana y la propia formulación de políticas públicas, principalmente ante el hecho de que la construcción e implementación de esas políticas de salud o de la salud en todas las políticas presenta grandes riesgos potenciales, al alcanzar decenas de mil millones de personas.

Conforme nos recuerda Coelho, como “órgano de anticipación de hechos y de apoyo a la toma de decisión, la actuación de la Inteligencia ayuda a moldear la propia actuación del Estado”. En el caso, en acciones que benefician a la seguridad humana (COELHO, 2017, p. 89, traducción libre).

Proponemos así la necesidad de emplear en los sistemas de inteligencia el estado del arte de los métodos utilizados y probados por la OMS y por su Red para Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet) en la traducción del conocimiento para la elaboración de políticas. Estos métodos ayudan al fortalecimiento de las competencias y habilidades necesarias al proceso de formulación de políticas que se benefician de las mejores evidencias científicas disponibles y de informaciones debidamente analizadas (datos, indicadores, índices), basadas principalmente en las herramientas SUPPORT (LAVIS et al., 2009) .

El término “políticas informadas por evidencias”, en lugar de “basadas”, fue acuñado para explicitar el hecho de que las mejores evidencias compiten con otros factores en la formulación de políticas, tales como recursos disponibles y aceptación de la sociedad, factores que necesitan ser considerados en la práctica de la inteligencia para la salud.

En Brasil, estos métodos y sus herramientas fueron probados también en diversos talleres de trabajo en la última década y en la formulación de políticas en los tres niveles de gobierno, adaptadas con calidad para las necesidades de Brasil por la EVIPNet Brasil y por el trabajo de Jorge Otavio Maia Barreto, que participó del Ciclo de Debates sobre el tema de este artículo (BARRETO; SOUZA, 2013; DA SILVA CORRÊA DIAS et al., 2015).

En 2014, se publicaron resultados alentadores de una evaluación formativa multicéntrica de cinco años, estimulada por la OMS y la Unión Europea, de experiencias de gestores e investigadores en cerca de 30 países de baja y media renta, organizados institucionalmente para la utilización sistemática de la mejor evidencia científica en la construcción e implementación de políticas de salud, con metodologías inclusivas de la participación social.

Dos instrumentos, ampliamente utilizados por gestores e investigadores trabajando juntos en esos países, recibieron atención especial de esas evaluaciones y deberían componer un sistema contemporáneo de inteligencia para la salud: las síntesis de evidencias para la política y la organización y el relato de un diálogo deliberativo sobre esa política (MOAT et al., 2014).

La síntesis de evidencias científicas prioriza revisiones sistemáticas y otros estudios evaluados como de comprobada calidad y se organiza a partir de la descripción de un problema y sus características, de las posibles opciones de intervenciones eficaces y costo efectivas — incluyendo la identificación de potenciales beneficios, riesgos y costos de cada opción y estrategias de implementación, a partir de la identificación de barreras y facilitadores.

En el diálogo deliberativo, la síntesis de evidencias sirve de base para los debates, pero el énfasis principal es en el conocimiento tácito de los participantes — de expertos a representantes de la sociedad civil que serán particularmente impactados por determinado asunto y por la política de salud — a partir de la experiencia, de los valores y de las visiones de cada uno (LAVIS; BOYKO; GAUVIN, 2014).

Cuando consideradas necesarias, las investigaciones operativas o de implementación pueden sumarse al proceso de la síntesis y del diálogo para ayudar a verificar el nivel de implementación y de resolución de determinadas políticas públicas, facilitando el proceso de evaluación y el consiguiente ajuste de los rumbos de la intervención (PANISSET et al., 2012).

Los observatorios de recursos humanos que adoptan prácticas de análisis de informaciones y de indicadores integrados al uso de evidencias científicas se capacitan para orientar acciones de implementación de políticas públicas que mejor favorezcan la salud de las poblaciones de manera equitativa. Estas formas de actuar deben ser, por lo tanto, componentes fundamentales para alimentar la inteligencia para la salud y la planificación estratégica de los sistemas de salud (GEDIK et al., 2009).

Es importante resaltar que las consideraciones sobre equidad están presentes en todas las etapas del proceso para minimizar el riesgo de que ciertas políticas e intervenciones benefician a aquellos que menos las necesitan (OXMAN et al., 2009).

Otra práctica preconizada por las políticas informadas por evidencias y que puede beneficiar al sistema de inteligencia para la salud es la organización de repositorios de información con revisiones sistemáticas, otros estudios de alta calidad, informes de organizaciones internacionales, síntesis de políticas, legislaciones y otros insumos necesarios para los análisis. Ejemplos exitosos de estos repositorios incluyen el *Health Systems Evidence* y *Social Systems Evidence*, organizados y mantenidos por el *McMaster Health Forum*, de la *McMaster University* de Canadá.

La aplicación académica de las herramientas SUPPORT puede ser larga y exigir un equipo grande, pero la agilidad necesaria para la inteligencia para la salud puede ser resuelta por los mecanismos de respuesta rápida (MIJUMBI et al., 2014; HABY et al., 2015) que adoptan los mismos métodos, pero buscan simplificaciones seguras que pueden proporcionar resultados entre 24 y 48 horas.

Conscientes del riesgo del dilema entre inteligencia y acción en los sistemas militarizados y policiales, principalmente en los regímenes autoritarios o hegemónicos globalmente, destacamos el imperativo ético de transparencia y sistematización del proceso y de la necesidad de pensar la salud en su aspecto de beneficio para todos y los valores de la equidad como justicia social. Vale resaltar de nuevo que la inteligencia puede moldear la acción. Las políticas de calidad generadas por un sistema transparente no merecen pudrirse en los cajones y estantes y necesitan ser implementadas en acciones multisectoriales.

Teniendo en cuenta la necesidad de acción efectiva para confrontar efectivamente los problemas que amenazan a las poblaciones, otras herramientas operativas disponibles deben ser consideradas para dar una respuesta y enfrentar

la complejidad de tareas de la inteligencia para la salud, en la medida en que ayudan a romper el océano de información en segmentos más manejables, sin perder jamás una cohesión analítica y la integralidad de los fenómenos estudiados, principalmente visando la mejor gestión y operacionalidad. La multiplicidad de actores clave de varios niveles — tanto locales, nacionales o globales —, que necesitan un grado de coordinación para el éxito de cada iniciativa, ofrece dificultades acentuadas, sobre todo si se tiene en cuenta la necesidad de trabajar con sectores gubernamentales diferentes — muchas a veces antagónicos —, con motivaciones e intereses diversos. A menudo, predominan intereses financieros no siempre explícitos o de disputa entre mercados de diferentes países competidores entre sí. En este sentido, recordando la paradoja salud-cooperación-conflicto, en que, a pesar de la percepción de que la salud es campo privilegiado para la cooperación, ya que promueve beneficios mutuos, ella es también campo de conflictos, principalmente los relacionados a los aspectos del mercado.

Fidler (2011, p. 14, traducción libre) sugiere un marco para facilitar la captura de la “manera en que los actores identifican y amplifican su autointerés”, que sugerimos poder utilizarse tanto en las iniciativas diplomáticas en salud como en las iniciativas nacionales para promover la salud y enfrentar sus determinantes sociales adversos, con el objetivo de identificar y negociar los intereses de actores estatales y no estatales, muchas veces ocultos, y las potenciales divergencias que pueden dificultar la acción conjunta (Figura 1). Fidler llama a ese formato de mapa de identificación de “actores, problemas, procesos y principios” (2011 apud PANISSET, 2017, p. 95).

Figura 1. Modelo sugerido por Fidler para el mapeo de las bases de negociaciones en la diplomacia en salud global

FORMACIÓN Y ARTICULACIÓN DE INTERESES		TRADUCCIÓN DE LOS INTERESES COMUNES EN ACCIÓN COLECTIVA		
Problema	Amplificación del interés	Actores	Procesos de negociación	Acción colectiva
		Estados-nación		
		Organizaciones intergubernamentales		
		Actores no gubernamentales		

Fuente: Fidler, 2011, p. 32 apud Panisset, 2017, p. 96.

Más allá de la comprensión de los intereses de los actores relevantes en la formulación e implementación de políticas públicas para la salud, necesitamos herramientas que nos permitan organizar diversas categorías del océano de informaciones multisectoriales y transdisciplinarias de forma simultánea y ágil, especialmente en los procesos agudos que requieren pronto y dinámico enfrentamiento.

La matriz tridimensional presentada (Figura 2) organiza categorías de información (datos e indicadores) y evidencias científicas que puedan facilitar el análisis para la inteligencia y la gestión de iniciativas. Se propuso y se utilizó en otras oportunidades para apoyar la capacidad humana de inteligencia en la salud global y las iniciativas de diplomacia en salud, como en la epidemia SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) y, anteriormente, para analizar la epidemia de cólera en América Latina, en los años 90. Esta matriz tridimensional puede abarcar simultáneamente varios tipos de determinantes y ayudarnos en el análisis de situaciones, en la evaluación y en el ajuste de ejercicios predictivos, en la prevención o en la minimización de crisis, pero también en la organización de las acciones prioritarias.

Para aprovechar mejor esta herramienta de inteligencia para la salud nacional y global, es importante establecer colaboraciones de redes de institutos de investigación y universidades interesadas en el tema y que utilicen arreglos transdisciplinarios. Hemos utilizado este modelo de análisis también en simulaciones de crisis con el doble objetivo de capacitación multidisciplinaria e intersectorial y para la formación o el fortalecimiento de redes de inteligencia para la salud.

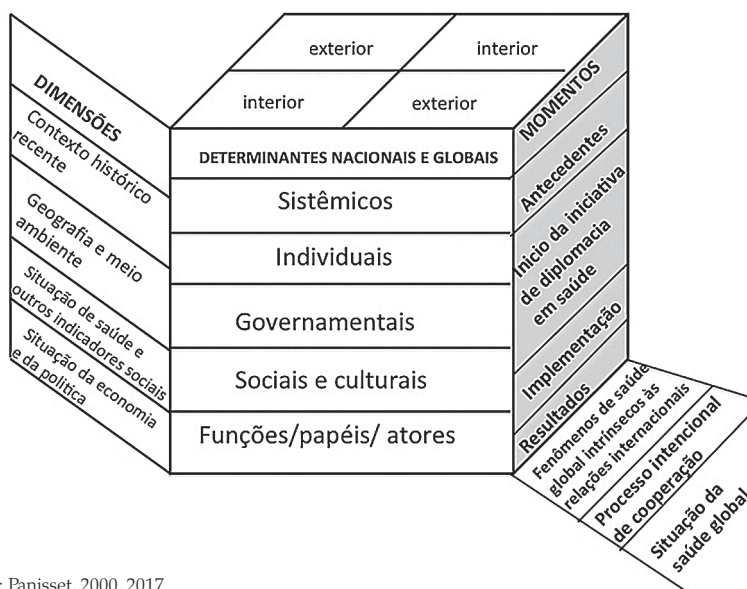
Brewer (1999, p. 328) nos alerta que “el mundo tiene problemas, pero las universidades tienen departamentos” y disciplinas. Por el contrario, las redes multidisciplinarias y multiinstitucionales que apoyan la inteligencia para la salud actúan para identificar y describir un determinado problema, ya sea actual o de riesgo percibido para el futuro. A partir de ahí, examinan las características del problema, sus dimensiones, sus indicadores comparados a otros países y su gravedad actual y potencial. En este proceso de inteligencia, examinan evidencias científicas multidisciplinarias para orientar la implementación de políticas públicas saludables en cada contexto.

En su función de apoyo a la inteligencia para la salud, el modelo (Figura 2) puede ser adaptado para cada contexto, en cada nivel. Puede fortalecer la

investigación — incluso la histórica o la operacional y de implementación — y la planificación estratégica, la capacidad de implementación de las políticas y la evaluación permanente de los resultados de esas políticas, ya sea internamente o en la cooperación internacional. En otras palabras, está diseñado para apoyar la preparación y gestión de iniciativas de diplomacia de la salud. Puede ser de utilidad principalmente para “prevenir una crisis, ayudando a prepararse mejor en diversos sectores relevantes, para enfrentarla o para administrar una crisis de salud global en la que los ministerios de Salud están en la línea de frente” (PANISSET, 2017, p. 102, traducción libre).

La arquitectura de las informaciones y evidencias científicas propuesta en este modelo aborda tanto el contexto local y nacional (el interior) como sus implicaciones en las interacciones entre naciones o grupos de naciones y en el ámbito global (el exterior). Contempla también la relación intrínseca entre las dos esferas, interpretada desde la perspectiva de cada ejercicio de observación. En cada uno de los planos de la matriz, se deposita la información clave que integrará el análisis.

Figura 2. Matriz para el análisis de fenómenos de salud global y diplomacia en salud



A modo de ejemplo, proponemos una breve y simple simulación de lo que sería la categorización de las informaciones recogidas de los medios (*Open-Source Intelligence*) y de evidencias fruto de investigaciones científicas sobre algunos de los temas discutidos en el Ciclo de Debates.

En el modelo propuesto, en cada una de las “cajas” de los planos de la matriz se depositan informaciones clave que integrarán el análisis. En el plano de las Dimensiones, incluimos, por ejemplo, la coyuntura histórica reciente del fenómeno a ser analizado, buscando trazar su evolución hasta la situación actual, para buscar opciones previsibles. En el caso de la regulación del nefasto comercio nacional e internacional del tabaco, describiríamos y analizaríamos enteramente lo que categorizamos en dimensiones separadas para facilitar la comprensión de los diferentes factores más relevantes. Sin embargo, cada “caja” debe poseer vasos comunicantes con las otras:

1. *La dimensión histórica reciente* examinaría el proceso decisorio de ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud en la esfera global y en Brasil. Discutiríamos de que forma Brasil, el segundo mayor productor de tabaco del mundo y el mayor exportador, con una poderosa producción agrícola y de productos industriales derivados, promovió la actuación decisiva del Estado en las negociaciones internacionales lideradas por la OMS, buscando resguardar la soberanía de los intereses nacionales y la ética de la promoción de la salud de su población, ejerciendo de forma ejemplar la solidaridad en su diplomacia en salud global (RANGEL et al., 2017). Al defender la salud de su población y, al mismo tiempo, tomando medidas proactivas para la salud global, los altos niveles de decisión política y del sector salud pueden de hecho lograr influenciar las negociaciones, tanto para defender la soberanía de las decisiones y para promover la seguridad humana. La propuesta se centraría principalmente en un bien mayor: la salud y el bienestar de la población, en una combinación que Yach y Bettcher (1998) llaman convergencia y que Lee, Chagas y Novotny (2010) destacan como la defensa de la salud de su población, simultáneamente logrando fortalecer la salud global a través de la reglamentación multisectorial restrictiva de un producto funesto.

En cuanto a la cuestión del impacto de los flujos migratorios internacionales en la salud y en la calidad del bienestar de las personas, podríamos

haber descrito, en anticipación, la historia reciente del deterioro político, económico y social de Venezuela; las enormes presiones globales sufridas por el país, con el bloqueo coordinado del crédito internacional y su impacto en la salud de los venezolanos, llevando al aumento del número de refugiados principalmente económicos; y la historia de la degradación del sistema de salud, con su impacto en los niveles de vacunación, por ejemplo, del sarampión, con casos importados y la contaminación de los brasileños.

La narrativa seguiría hasta los conflictos violentos entre brasileños y venezolanos el 18 de agosto de 2018, ocurridos en Pacaraima, Roraima – de amplia divulgación en los medios y con implicaciones para la elección presidencial en Brasil –, relevando la interconectividad entre el deterioro de la crisis económica y política, los refugiados económicos y el impacto en la salud de ambos lados de la frontera internacional.

Si elegimos un recorte regional, en el estado de Minas Gerais podríamos mostrar cómo la implantación de *Anglo American* – conglomerado británico de minería – en el municipio de Conceição do Mato Dentro exploró la presencia de refugiados ambientales de Haití, siendo la empresa actuada en noviembre de 2013 por el trabajo esclavo de 100 refugiados haitianos, atendidos en la Clínica de Trabajo Esclavo y Tráfico de Personas de la Facultad de Derecho de la UFMG, hecho ampliamente divulgado por los diarios de Minas Gerais, con fuerte impacto en la salud de esos trabajadores;

2. *En la dimensión geográfica y del medio ambiente*, exploraríamos también los recursos naturales que puedan estar relacionados con el fenómeno estudiado, por ejemplo, la dominación del petróleo en la economía de Venezuela, además de las cercanías fronterizas; o el medio ambiente de bosques devastados en Haití y la contaminación biológica de los cursos de agua, en muy agravados por el terremoto de 2010.

En la producción del tabaco, principalmente en el sur de Brasil, constataríamos lo que Portes et al. (2018) desenmascaran como daños ambientales por la contaminación del suelo, por las quemas y por la deforestación, además de por el consumo desmedido de agua;

3. *La dimensión de la situación de salud y otros indicadores sociales* también agruparía aspectos culturales y antropológicos, identificando

investigaciones relevantes sobre el tema. En el caso de los refugiados, si el enfoque fuera principalmente en el estado de Minas Gerais, trabajaríamos con los diversos indicadores (género, raza/color, estado civil) presentados y analizados en el diagnóstico de calidad sobre migración y refugio en Minas Gerais (SOUZA, 2017).

O, en el caso del tabaco, constataríamos que 7,2 millones de personas mueren anualmente en el mundo debido a enfermedades asociadas al uso del tabaco, 156.200 de ellas en Brasil, entre los 22 millones de fumadores mayores de 18 años (TEIXEIRA; PAIVA; FERREIRA, 2017).

Al considerar los indicadores de salud del trabajador en el proceso de producción del agronegocio brasileño – tanto para la regulación de alimentos procesados como para la producción de tabaco –, podríamos ponderar que “un trabajador muere cada 30 segundos en el mundo por exposición a sustancias tóxicas”, los pesticidas, la radiación y otras sustancias perjudiciales, según la Organización Internacional del Trabajo (ONU, 2018), y buscar evidencias científicas de calidad respecto a los pesticidas en Brasil, comparándolas con las de otros países;

4. En cuanto a la *dimensión de la economía y política*, en el proceso de inteligencia aprenderíamos con el Diario del Comercio y de la Industria, en su edición de 19 de enero de 2018, que Brasil es el segundo productor mundial del tabaco, detrás de China, pero líder mundial en la exportación de ese producto comprobadamente dañino a la salud de los usuarios, exportando a 94 países, responsable de aproximadamente el 30% de los embarques mundiales, lo que representa el 1% de todas nuestras exportaciones. Rio Grande do Sul es el mayor exportador, con el 78% del total y un ingreso de 1.600 millones de dólares. Sin embargo, al proponer decisiones y acciones informadas por evidencias científicas, tendríamos en cuenta que, a pesar de aparentes ganancias financieras de los productores, de los exportadores y de las industrias del tabaco, además de los empleos generados, la carga económica para la sociedad es desproporcionadamente mayor (PINTO; UGÁ, 2010; PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015). Figueiredo, Turci y Camacho (2017) estiman que el uso del tabaco en Brasil cuesta alrededor de 57 mil millones de reales anuales (39,3 mil millones de reales debido a la asistencia médica y al tratamiento y 17,5 mil millones de reales debido a

la pérdida de productividad), amenazando a 22 millones de fumadores en el país. Por lo tanto, concluiríamos que el costo para la salud, sin contar la mortandad, es cerca de diez veces mayor que las ganancias de la exportación y siete veces mayor que los impuestos pagados por la industria de cigarrillos en el país. Portes et al. (2018) añaden datos de los costes provocados por el tabaco y los derivados en la salud, globalmente, que alcanza el 1,8% del Producto Interno Bruto mundial.

En el análisis del contexto político y económico de los países involucrados — o relativo al impacto de la crisis económica global en curso —, reflexionaríamos sobre el grado de la capacidad de respuesta unificada del Estado y de la sociedad, el nivel de fraccionamiento existente o incluso el grado de faccionalismo existente en determinada coyuntura, que dificultaría la acción de preparación y respuesta del conjunto de la sociedad. En ese requisito, el analista necesita ser doblemente riguroso con el sesgo ideológico y los conflictos de interés expresados en los grandes medios. Por eso, evaluaría algunas opiniones editoriales como indicativos de pensamiento de facciones, muchas veces expresando valores dominantes que merecen ser tenidos en cuenta en el cálculo político de las acciones planificadas. En esa dimensión, valdría también examinar tanto el nivel de bloqueo internacional al crédito como los equívocos económicos y políticos cometidos por el gobierno venezolano en la esfera nacional.

En el plano frontal de la matriz tridimensional, clasificaríamos los factores determinantes de la salud nacional y global, categorizados en conjuntos de factores más específicos y que pueden ser agrupados en:

1. *Sistémicos*: se analizarían primero bajo la óptica nacional, enfocándose en el SUS, en el Sistema Único de Asistencia Social, en los sistemas de seguridad, en los organismos de financiamiento, en los organismos de gestión de las relaciones externas y de la salud global y en el SISBIN. En los sistemas globales, examinaríamos el papel de los organismos internacionales. Aquí sugerimos incorporar el pensamiento sistémico adoptado por la OMS en relación a los sistemas de salud, vis a vis otros sectores (DE SAVIGNY; ADAM, 2009). De los estudios nacionales de los que podríamos disfrutar, los recientes informes del IPEA son de gran utilidad, como el organizado

por João Brígido Bezerra Lima, participante del Ciclo de Debates, sobre el perfil demográfico de los refugiados en Brasil en el período 1998-2014 (LIMA et al., 2017) o el Atlas de la Violencia (IPEA, 2018).

Son muy útiles los informes de países elaborados por organismos internacionales sobre sectores diversos (OMS, Banco Mundial, Banco Interamericano), estudios de fundaciones filantrópicas, siempre resguardados los análisis que desvendan conflictos de intereses que deben ser investigados. Un estudio reciente de UNICEF sobre determinantes sociales que afectan a niños y adolescentes es de gran utilidad para la inteligencia en salud en relación a determinantes fundamentales de la salud, como la educación, el acceso a la información de calidad, el trabajo infantil, la vivienda, el agua y el saneamiento. En ese estudio encontraríamos que más de 13 millones de niños y adolescentes viven sin saneamiento básico y casi 9 millones no tienen acceso a la educación. Incorporaríamos a nuestro análisis el concepto de privaciones múltiples, que agrava el impacto de los determinantes sociales en la salud (UNICEF, 2018);

2. *Individuales*: representando las características e intereses individuales de actores clave involucrados en las negociaciones que influyen la conducción de la iniciativa dentro de los países y la potencial iniciativa diplomática en salud, principalmente en los altos niveles de decisión política.

En ese caso, podríamos indagar de qué manera, por ejemplo, la conducción de Michel Temer en los conflictos en Roraima podría haber sido diferente de la posición de Dilma Rousseff, a quien sustituyó, no por las funciones que ambos ejercieron, sino por características personales marcadamente diferentes y de dominio público. El sesgo de interpretación de esas características podrá ser diluido con la participación de diferentes analistas, actuando separadamente y después construyendo algún nivel de consenso, enumerando explícitamente el disenso con el objetivo de garantizar una visión más consistente del problema a ser enfrentado y de sus diversas características.

El modelo de análisis de Fidler, presentado anteriormente, podría considerarse aquí para indicar las características y los intereses de cada actor clave individual en las negociaciones, incluso para individuos en altos mandos decisorios que deberán arbitrar sobre las iniciativas a tomar,

aunque originalmente el modelo ha sido diseñado para analizar actores institucionales;

3. *Gubernamentales*: hemos incluido en este apartado modelos de gobernanza que puedan facilitar u obstaculizar las negociaciones y acciones de cooperación, así como las rivalidades entre diferentes agencias en la conducción de las políticas externas, por ejemplo, entre el Ministerio de Salud y el de Agricultura, con intereses, en la práctica, a menudo contradictorios; o la visión de sectores militares sobre la seguridad territorial y las agencias que se centran en la seguridad humana y los derechos humanos. En estos casos, consideraríamos identificar cuál sería la ética de la solidaridad posible entre las naciones y la identificación de intereses mutuos, como en la negociación de la reglamentación del tabaco. Incluimos aquí modelos de gobernanza, como en el caso del SISBIN, que puedan facilitar u obstaculizar las negociaciones y acciones de cooperación;

4. *Sociales y culturales*: significando variados aspectos de la sociedad civil y añadiendo evaluaciones de las culturas institucionales que tengan influencia en su actuación dentro y fuera del país. Podemos agrupar aquí “características históricas y coyunturales de la sociedad durante determinada iniciativa” (PANISSET, 2017, p. 104, traducción libre), ya sea interna y/o de diplomacia en salud. Permite revisar el grado de identidad nacional o de fraccionamiento de la sociedad en determinado momento, como el expresado en las elecciones presidenciales de 2018, y el grado en que ese fraccionamiento afecta como la nación enfrenta una determinada crisis o fenómeno que afecte sobremanera la salud del país o la global. “Los aspectos culturales, valores y creencias de las poblaciones involucradas en la iniciativa deberán ser tenidos en cuenta en este conjunto de factores determinantes del resultado” (Ibid.). Se toman en cuenta también en los diálogos deliberativos que reflejan, en parte, las influencias culturales y las relaciones sociales en un determinado momento;

5. *Funciones y papeles*: son inherentes a la formalidad del cargo que el tomador de decisión u otros actores ocupan, que moldea su actuación oficial en las negociaciones y “que probablemente ocurrirían, independientemente

de las características individuales de los ocupantes de determinada función, a diferencia de las variables llamadas aquí en el ítem 2 de individuales” (Ibid., p. 105). Como ejemplo, podemos citar nuevamente la necesidad de Michel Temer mantener – como presidente de la República – las fronteras abiertas en la crisis de Roraima, debido a acuerdos internacionales, incluso ante la presión de líderes de su partido político en la región.

Para facilitar el seguimiento en tiempo real o, alternativamente, en la evaluación retrospectiva de una iniciativa o acontecimiento, describimos cuatro etapas que proporcionan una apreciación cronológica de los acontecimientos y de sus resultados (antecedentes, período inicial, momento de implementación y resultados esperados y/u obtenidos en realidad).

Todos los componentes de la matriz analítica, además de pasar por los enfoques internos y externos, pueden ser categorizados como: intrínsecos a las relaciones e intercambios internacionales (comercio, reglamentaciones, migración, conflictos); como un proceso intencional y planificado de diplomacia en salud (acuerdos, tratados y convenciones internacionales, como en el caso del tabaco, actividades de cooperación externa; participación en foros y asambleas internacionales); como de impacto en la salud global (por ejemplo, exportación de tabaco, gestión de la epidemia de Zika).

La herramienta descrita y ejemplificada no es rígida, sirviendo como referencia para facilitar la organización de las tareas de inteligencia para la salud. La mejora necesaria pasa por su aplicación y sus validaciones. Requiere, por lo tanto, rigor y, al mismo tiempo, flexibilidad y adaptación para cada contexto, fenómeno o función (investigación, planificación estratégica o como facilitadora del análisis de la inteligencia para la salud) para asegurar una mejor utilidad y agilidad.

Para perfeccionar su operabilidad y efectividad como motivadora de la acción política, la manera de presentar las interrelaciones encontradas y analizadas entre los diversos componentes y los resultados obtenidos con el análisis no puede ser totalmente neutra: la redacción de informes debe buscar sensibilizar y motivar tomadores de decisión y otros actores decisivos para la implementación de políticas efectivas y de las acciones necesarias para enfrentar determinado problema o un conjunto de ellos. En las políticas informadas por evidencias, se percibe que la participación anticipada de los gestores, en conjunto con los investigadores y otros analistas en el

proceso de elaboración de informes, facilita la implementación de opciones analizadas. Las simulaciones de crisis representan oportunidades para la capacitación multiprofesional tanto de los analistas como de los gestores.

Determinantes multisectoriales de la salud, interrelacionados en su naturaleza nacional o global e intrínsecos a los temas de comercio y de su impacto en la salud; a los flujos migratorios que nos acercan a otras culturas, pero a menudo causan temor; a las amenazas QBRN; y a la dualidad entre los beneficios y las amenazas de la biología sintética para la salud, entre muchos otros asuntos urgentes, exigen de todos nosotros una creatividad y una vigilancia constante para recuperar y consolidar la seguridad humana. Los complejos desafíos de salud que abordamos en el Ciclo de Debates del NETHIS y la meta vital de la seguridad humana para todos cobran respuestas rápidas, estratégicas y efectivas, alimentadas con voluntad política férrea y dentro de los recursos disponibles, de manera sostenible.

Exigen mecanismos dinámicos de inteligencia para la salud capaces de identificar, procesar y analizar informaciones diariamente. Estos mecanismos demandan la combinación de actividades de estudio, vigilancias permanentes y preparación segura e informada por las mejores evidencias disponibles, que culminan en acciones oportunas y decisivas y de la previsión, de la preparación de respuestas y del enfrentamiento de eventos adversos posibles. El procesamiento de inteligencia para la salud global debe incluir la planificación estratégica y la gestión del día a día, siendo que ambos carecen del desarrollo de una capacidad de escucha de la sociedad para la retroalimentación y la evaluación permanente de resultados obtenidos.

Además de las herramientas disponibles y de los profesionales de varias áreas capacitados para utilizarlas, queda la convicción de la necesidad urgente de asignación de recursos y de la voluntad política para enfrentar desafíos de alta complejidad. Sobre todo, en el centro de un sistema efectivo de inteligencia para la salud y la seguridad humana, están los valores de la equidad, de la solidaridad y del respeto mutuo entre los pueblos.

REFERÊNCIAS

ABIN. **Composição do SISBIN**. Disponível em: <http://www.abin.gov.br/atuacao/sisbin/composicao/>. Acesso em: 14 out. 2018.

ACHARYA, S.; LIN, V.; DHINGRA, N. The role of health in achieving the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 591, 2018.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 25-34, 2013.

BERNARD, R. et al. Intelligence and global health: assessing the role of open source and social media intelligence analysis in infectious disease outbreaks. **Journal of Public Health**, p. 1-6, 2018.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 555-560, 2012.

BOWSHER, G.; MILNER, C.; SULLIVAN, R. Medical intelligence, security and global health: the foundations of a new health agenda. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 109, n. 7, p. 269-273, 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2018. Disponível em : <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>. Acesso em: 4 dez. 2018.

BREWER, G. D. The challenges of interdisciplinarity. **Policy sciences**, v. 32, n. 4, p. 327-337, 1999.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org.). Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. In: **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017. 654p.

CHEN, L.; NARASIMHAN, V. Human security and global health. **Journal of Human Development**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 2003.

COELHO, D. A Modernização da Inteligência Estratégica na Perspectiva da Segurança Humana. **Revista Brasileira de Inteligência**, Brasília, v. 77, 2017.

DA SILVA CORRÊA DIAS, R. I. et al. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, 2015.

DANIELS, N. Toward ethical review of health system transformations. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, p. 447-451, 2006.

DE LEEUW, E. Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. **Annual review of public health**, v. 38, p. 329-349, 2017.

DE SAVIGNY, D.; ADAM, T. (Ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. WHO, 2009.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Brazil's health catastrophe in the making. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 731-732, 2018.

FIDLER, D. P. Navigating the global health terrain: Mapping global health diplomacy. **Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy**, v. 6, n. 1, p. 1-43, 2011.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem-sucedida. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, sup. 3, 2017.

GEDIK, G; PANISSET, U ; DAL POZ, M. Getting information and evidence into policy-making and practice: strategies and mechanisms. In: DAL POZ, M. R. et al. (Org). **Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low-and middle-income countries**. Geneva: WHO, 2009. p. 159-171.

HABY, M. M. et al. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. **Implementation Science**, v. 11, n. 1, p. 117, 2015.

HAY, S. I. et al. Big data opportunities for global infectious disease surveillance. **PLoS medicine**, v. 10, n. 4, p. e1001413, 2013.

IPEA. **Atlas da Violência**. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlas-violencia/link/7/crimes-violentos-contra-a-pessoa>. Acesso em: 6 dez. 2018.

KHOURY, M. J.; IOANNIDIS, J. P. A. Big data meets public health. **Science**, v. 346, n. 6213, p. 1054-1055, 2014.

LAVIS, J. N. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. **Health Research Policy and Systems**, v. 7, sup. 1, I1, doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-I1, 2009.

LAVIS, J. N.; BOYKO, J. A.; GAUVIN, F.-P. Evaluating deliberative dialogues focused on healthy public policy. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1287, 2014.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the framework convention on tobacco control: global health diplomacy as soft power. **PLoS Med**, v. 7, n. 4, e1000232, 2010.

LIMA, J. B. B. et al. **Refúgio no Brasil**: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014). Brasília: Ipea, 2017.

MASSUDA, A. Megaeventos no Brasil: oportunidades e desafios da Copa do Mundo FIFA 2014 para o Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cardiol**, v. 25, n. 5, p. 358-61, 2012.

MIJUMBI, R. M. et al. Feasibility of a rapid response mechanism to meet policy-makers' urgent needs for research evidence about health systems in a low income country: a case study. **Implementation Science**, v. 9, n. 1, p. 114, 2014.

MOAT, K. A. et al. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 1, p. 20-28, 2014.

MOHAMMED, A. J.; GHEBREYESUS, T. A. Healthy living, well-being and the sustainable development goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 9, p. 590, 2018.

MORSE, S. S. Global infectious disease surveillance and health intelligence. **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 1069-1077, 2007.

MURRAY, C. J. L. Shifting to sustainable development goals—implications for global health. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 15, p. 1390-1393, 2015.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226 p.

OMS. **Fifty-Eighth World Health Assembly**: resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization, maio 2005. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha58-rec1/english/a58_2005_rec1-en.pdf. Acesso em: 9 dez. 2018.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano 1994**. Lisboa: Tricontinental Editora, 1994. 226p.

_____. **Resolution adopted by the General Assembly on 10 September 2012**. New York, 2012. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/290&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66_resolutions_table_eng.htm&Lang=E. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Um trabalhador morre a cada 30 segundos no mundo por exposição a substâncias tóxicas**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/um-trabalhador-morre-a-cada-30-segundos-no-mundo-por-exposicao-a-substancias-toxicas-diz-onu/>. Acesso em: 12 out. 2018.

OSUBH. **Institucional**. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/osubh/institucional/>. Acesso em: 9 dez. 2018

OXMAN, A. D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. **Health research policy and systems**, v. 7, n. 1, p. S10, 2009.

PANISSET, U. **International Health Statecraft**: public health and foreign policy in Peru's cholera epidemic. Maryland, Oxford: University Press of America, 2000.

_____. Conceitos operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org). **Diplomacia em saúde e saúde global**: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p.87-114.

PANISSET, U. et al. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. **Health Research Policy and Systems**, v. 10, 2012.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, p. 1234-1245, 2010.

PITCHON, A. et al. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

PORTES, L. H. et al. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1837-1848, 2018.

RANGEL, E. C. et al. O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00126115, 2017.

SOUZA, D. A. de. **Diagnóstico sobre migração e refúgio em Minas Gerais**. Belo Horizonte: UNILIVRECOOP, 2017. 467p.

TEIXEIRA, L. A. da S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00121016, 2017.

UNICEF. **Pobreza na Infância e na Adolescência**. Brasília: UNICEF, 2018. 20p.

WHO. Centre for Health Development. **Providing health intelligence to meet local needs**: a practical guide to serving local and urban communities through public health observatories. Kobe, Japan: WHO, 2014.

YACH, D.; BETTCHER, D. The Globalization of Public Health, II. The convergence of interest and altruism. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 5, p. 738-744, 1998.