

Prefacio

La OMS y el paradigma global: los determinantes sociales de la salud o la retórica de la inclusión

WHO and the global paradigm: the social determinants of health or the rhetoric of inclusion

Diana Obregón Torres¹

¹ PhD en Estudios Sociales de Ciencia. Profesora de la Universidad Nacional de Colombia (1989-2008). dianaobregon76@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1670-9394>

Recibido: 26/07/2019. Aprobado: 06/12/2019. Publicado: 27/03/2020

Obregón D. La OMS y el paradigma global: los determinantes sociales de la salud o la retórica de la inclusión. Rev. Fac. Nal. Salud Pública. 2020;38(2):e341524. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341524>

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe llamado *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*². Se trata de un estudio relevante sobre la salud pública mundial que apareció quince años después que el Banco Mundial publicara, en 1993, su informe histórico, *Invertir en salud*³ que marcó el paso del liderazgo de la OMS al Banco Mundial⁴. En este artículo, examino la relación entre esos dos informes en el contexto del tercermundismo, de las políticas del desarrollo (1950-1980) y de la globalización (1980-2008).

Aunque las ideas tras el Informe de 2008 no son nuevas, tal como lo reconoce la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), creada por la OMS y autora del documento⁵, este informe marca un

regreso crucial a la retórica sobre la Atención Primaria de Salud, como ya lo había hecho la OMS en 1978, cuando introdujo su “Salud para todos en el año 2000”. El Informe se distancia del estudio del Banco Mundial de 1993 y de las políticas neoliberales que lo siguieron. Sin embargo, la nueva retórica sobre la salud dirigida hacia el desarrollo y la reducción de la pobreza dista mucho de ser crítica con tales políticas neoliberales y es, más bien, coherente con el giro más reciente que, con respecto a las políticas globales, han tomado el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

El Banco Mundial y la crisis de la OMS

Quienes han estudiado la historia de la OMS han identificado un periodo de crisis que comenzó en

¹ Traducción autorizada del capítulo «We are under no illusions»: The Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health”. En: Sanjoy Bhattacharya et al. (eds.) *Social Determinants of Health: Assessing Theory, Policy and Practice* (New Delhi: Orient Blackswan, 2010) pp. 186-199.

² WHO Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health* (Geneva: World Health Organisation, 2008). Su versión en español: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud, 2009).

³ World Bank, *World Development Report: Investing in Health* (New York: Oxford University Press, 1993). Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud* (Washington D.C.: Banco Mundial, 1993).

⁴ Editorial, “World Bank’s Cure for Donor Fatigue”, *Lancet* 342, n.º 8863, 1993, 63.

⁵ CSDH, *Closing the gap in a generation*, 33.

1988, caracterizado por ausencia de liderazgo y de metas institucionales, confusión sobre el papel de la organización y falta de coordinación entre sus diferentes programas⁶. Dos factores contribuyeron a la crisis: i) la entrada del Banco Mundial al escenario de la salud global en la década de 1990 y ii) los aportes cada vez mayores de donantes particulares y países ricos a los programas específicos en los que tenían intereses estratégicos⁷. De hecho, el Banco Mundial se convirtió en “la mayor fuente de financiación externa para la salud en el mundo, asignando más de 1 000 millones de dólares al año por concepto de préstamos nuevos para mejorar la salud, la nutrición y la población en los países en vías de desarrollo”⁸.

La pandemia de VIH/sida y el activismo de mujeres y hombres de la academia y profesionales influyentes del área de la salud crearon una nueva filantropía para la salud global, que opacó cada vez más a la OMS. El presupuesto ordinario de la organización, que se compone de las contribuciones establecidas de los estados miembros, ha estado congelado desde 1982, y la Asamblea Mundial de la Salud no tiene poder sobre las adjudicaciones adicionales⁹. Como resultado, los recursos que la Fundación Bill y Melinda Gates, creada en 2000, invierte en salud son mucho mayores que el presupuesto ordinario de la OMS¹⁰. Un estimado sugiere que las contribuciones de donantes entre 2000 y 2004 fueron de 14 000 millones de dólares¹¹, mientras que el presupuesto ordinario de la OMS para 2004 y 2005 solo fue de 860 millones de dólares¹².

De ahí que sean frecuentes los llamados públicos en artículos, editoriales, comentarios e informes, que

piden que la OMS se transforme en líder indiscutido de la salud global¹³. Por ejemplo, Ilona Kickbusch le pide a la OMS que “se convierta en un departamento proactivo, con resultados, que supervise el impacto sanitario de otros actores en el ámbito mundial en nombre de la comunidad internacional”¹⁴.

Según varios historiadores, la transformación de la OMS y su búsqueda de liderazgo comenzó en 1998, con la elección como directora general de Gro Harlem Brundtland, ex primera ministra de Noruega, quien estaba resuelta a convertir a la OMS en un actor de primer orden en el escenario de la salud global. Así pues, la OMS ha contribuido a redefinir el campo de la “salud global”, término que reemplazó casi por completo la antigua idea de “salud internacional”. En medio de este proceso, la OMS se reinventó, ofreciendo orientación y coordinación por parte de expertos. La oferta de coordinación habría de ser fundamental en un campo en el que han surgido nuevos actores: el sector privado y varias ONG e instituciones filantrópicas. Nuevas amenazas que requieren ser enfrentadas de forma global, tales como el sida, también han hecho de la coordinación algo indispensable¹⁵.

En su búsqueda de liderazgo mundial, Brundtland creó la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) en 2000 y nominó a Jeffrey Sachs, en ese entonces profesor de economía en Harvard, como su director. La comisión buscaba “analizar el impacto de la salud en el desarrollo y elaborar informes y estudios académicos sobre las intervenciones sanitarias y su impacto en el crecimiento económico y la equidad en los países en vías de desarrollo”¹⁶. El informe, titulado

⁶ Theodore M. Brown, Marcos Cueto y Elizabeth Fee, “The World Health Organisation and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health” *American Journal of Public Health* 96, n.º 1, 2006, 68–69; Fiona Godlee, “WHO in Crisis”, *British Medical Journal* 309, no. 6966, 1994, 1425–27; Fiona Godlee, “WHO in Retreat: Is it Losing Its Influence?”, *British Medical Journal* 309, no. 6967, 1994, 1494; Fiona Godlee, “WHO’s Special Programmes: Undermining from Above”, *British Medical Journal* 310, no. 6973, 1995, 179.

⁷ Kent Buse y Gill Walt, “Role Conflict? The World Bank and the World’s Health”, *Social Science & Medicine* 50, n.º 2, 2000, 177.

⁸ Jennifer Prah Ruger, “The Changing Role of the World Bank in Global Health in Historical. Perspective”, *American Journal of Public Health* 95, n.º 1, 2005, 61.

⁹ Godlee, “WHO in Crisis”, 1425; Godlee, “WHO’s Special Programmes”, 178.

¹⁰ Ilona Kickbusch y Lea Payne, “Constructing Global Public Health in the Twenty-First Century”, (artículo presentado en el Meeting on Global Health Governance and Accountability, 2 y 3 de junio de 2004, Universidad Harvard, Cambridge, MA USA) 12. <http://www.ilonakickbusch.com/global-health-governance/GlobalHealth.pdf> (recuperado el 18 de septiembre de 2008).

¹¹ Jennifer Kates, J. Stephen Morrison y Eric Lief, “Global Health Funding: A Glass Half Full?”, *Lancet* 368, n.º 9531, 2006, 187.

¹² World Health Organization, “Programme Budget 2004–2005 Performance Assessment Summary”, 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PR_06.1_eng.pdf (recuperado el 23 de octubre de 2008).

¹³ Gill Walt, “WHO Under Stress: Implications for Health Policy”, *Health Policy* 24, n.º 2, 1993, 139–42; Godlee, “WHO in Crisis”, 1428; Godlee, “WHO in Retreat”, 1494; Godlee, “WHO’s Special Programmes”, 182; Laurie Garrett, “The Challenge of Global Health”, *Foreign Affairs* 86, n.º 1, 2007, 15; Benjamin Mason Meier and Ashley M. Fox, “Development as Health: Employing the Collective Right to Development to Achieve the Goals of the Individual Right to Health”, *Human Rights Quarterly* 30, n.º 2, 2008, 352.

¹⁴ Ilona Kickbusch, “The Development of International Health Priorities—Accountability Intact?”, *Social Science & Medicine* 51, n.º 6, 2000, 985.

¹⁵ Brown, Cueto y Fee, “Transition from International”, 69–70.

¹⁶ Rachel Hammonds y Gorik Ooms, “World Bank Policies and the Obligation of Its Members to Respect, Protect and Fulfill the Right to Health”, *Health and Human Rights* 8, n.º 1, 2004, 28.

Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico, conocido como el informe Sachs, consideraba la enfermedad como un obstáculo para el desarrollo y el crecimiento económico¹⁷. Esta especie de “rockefellerismo” o “el mismo perro con distinto collar”¹⁸, como lo describió Howard Waitzkin, no logró darle a la OMS el liderazgo que estaba buscando. Por el contrario, este informe contribuyó, sin quererlo, al surgimiento actual, descoordinado y sin precedentes, de la ayuda financiera privada a la salud, que a su vez tuvo parte en el debilitamiento del papel de la OMS en el ámbito sanitario mundial¹⁹.

En medio de su búsqueda de identidad e influencia, la Organización decidió revisar su historia y, en septiembre de 2003, con ocasión del vigésimoquinto aniversario de la Declaración de Alma-Ata de 1978, la OMS, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobó una resolución que hacía un llamado a fortalecer la atención primaria de salud²⁰. En diciembre de 2003, en otra conmemoración de Alma-Ata, el sucesor de Brundtland, el coreano Jong Wook Lee (2003-2006), presidió un Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud en Brasilia y declaró que el plan de acción de la atención de salud necesitaba “ser repensado para las condiciones de hoy; sin embargo, los principios de cobertura universal, apoyo intersectorial y participación comunitaria, presentados con tanta claridad hace 25 años, conservan la misma validez”²¹.

Más adelante, en mayo de 2004, Lee propuso que la Asamblea Mundial de la Salud creara una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para “compilar y analizar evidencia científica sobre los mecanismos sociales que ejercen una influencia determinante sobre la salud y las desigualdades en

salud; formular recomendaciones de política pública para fortalecer la salud y promover la equidad en materia de salud mediante acciones relacionadas con los determinantes sociales; y abogar por la aplicación de dichas recomendaciones en los países, en la OMS y entre los protagonistas mundiales del ámbito de la salud”²².

Así como en la década de 1970 la OMS funcionaba como “la conciencia de la salud del mundo”, en palabras de un exfuncionario de la OMS²³, a inicios del siglo XXI parecía regresar a esa misión, con el respaldo de un conjunto impresionante de investigaciones sociales e históricas que corroboraban que la salud o la enfermedad dependían de las condiciones sociales, económicas y políticas subyacentes de las poblaciones. Mientras que en el informe Sachs la salud era un medio para alcanzar el desarrollo económico, para la CDSS, la salud es un derecho humano, aunque reconoce que invertir en salud y sus determinantes es una estrategia clave para fomentar el desarrollo económico²⁴. A pesar de sus enfoques diferenciales, el trabajo de las comisiones hermanas (CMS y CDSS) se complementa. El reportero enviado a un panel organizado en 2006 por el Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional de Canadá (IDRC), que incluía al nobel de economía Amartya Sen, miembro de la CDSS, declaró que podía considerarse que la CDSS se estaba encargando de los “asuntos pendientes” de la CMS²⁵. Ambas comisiones formaban parte de la estrategia de posicionamiento de la OMS en un momento de crisis de gobernanza en el ámbito sanitario mundial. El Informe lo revela: “[I]a comisión brinda un apoyo pleno a la OMS para que renueve su liderazgo en la salud global y su función de rectoría en todo el sistema multilateral”²⁶. A pesar de las diferencias de enfoque y de énfasis, ambos informes forman parte

¹⁷ Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization, 2001), 21–22.

¹⁸ Howard Waitzkin, “Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A Summary and Critique”, *Lancet* 361, n.º 9356, 2003, 526.

¹⁹ Garrett, “The Challenge of Global Health”, 14-18; Laurie Garrett, “Midway in the Journey”, *Foreign Affairs Online* (Global Health: A Foreign Affairs Roundtable) enero 24, 2007, http://www.foreignaffairs.org/special.global_health/garrett (recuperado el 4 de octubre de 2008); Jeffrey D. Sachs, “Beware False Tradeoffs”, *Foreign Affairs Online* (Global Health: A Foreign Affairs Roundtable) enero 23, 2007, http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs (recuperado el 4 de octubre del 2008).

²⁰ Pan American Health Organization/ World Health Organization, *Renewing Primary Health Care in the Americas. A position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organisation (PAHO/WHO)* (Washington DC: OPS, 2007), 5; Socrates Litsios, “Primary Health Care, WHO, and the NGO Community”, *Development* 47, n.º 2, 2004, 60.

²¹ Jong Wook Lee, ‘25 Years of Alma-Ata’, discurso en el Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, Brasilia, Brasil, 7 de diciembre del 2003. http://www.who.int/dg/lee/speeches/2003/brazilia_almaata/en/index.html (recuperado el 30 de septiembre del 2008).

²² World Health Organization, ‘Call for Nominations’, Commission on Social Determinants of Health. Archive, http://www.who.int/social_determinants/nominations/en/index.html, (recuperado el 8 de octubre del 2008).

²³ Socrates Litsios, “The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization’s Primary Health Care Approach”, *American Journal of Public Health* 94, n.º 11, 2004, 1886.

²⁴ CSDH, Closing the gap in a generation, 39.

²⁵ Stephen Dale, *Addressing the Social Causes of Illness*, 2006. http://www.idrc.ca/en/ev-96587-201-1-DO_TOPIC.html. (recuperado el 8 de octubre del 2008).

²⁶ CSDH, Closing the gap in a generation, 174.

del nuevo papel que las agencias multilaterales otorgan al desarrollo y a la reducción de la pobreza.

Desarrollo, tercermundismo y misión civilizadora

El informe de la CDSS afirma basarse en el legado de Alma-Ata y en la Atención Primaria de Salud, pero no logra examinar el contexto político del proyecto del “desarrollo” en el cual se formuló esta política ni las circunstancias de su fracaso. Esto es esencial para comprender por qué se regresa hoy a ella. La declaración de Alma-Ata y la política que le siguió, “Salud para todos”, han sido identificadas como puntos de quiebre en la historia de la OMS. De hecho, Halfdan T. Mahler, su carismático director (1973-1988), sorteó con éxito las rivalidades entre superpotencias durante la Guerra Fría y comprendió que, junto con los programas de erradicación de enfermedades, había que trabajar en los servicios sanitarios, equilibrando enfoques tanto médicos como sociales con respecto a la salud²⁷. Pero esa declaración, que gozó de tan buen recibo, apareció al final del periodo del “desarrollo”, que va aproximadamente de 1950 a 1980²⁸, y su destino, al igual que su resurrección actual, estuvo estrechamente ligado a aquel de todo el proyecto del desarrollo. Con el argumento de la escasez de recursos, inmediatamente después de la creación de la APS en 1978, la política se tergiversó con facilidad y se convirtió en “Atención Primaria de Salud Selectiva”, un paquete de intervenciones técnicas de bajo costo²⁹. Según Kenneth W. Newell, uno de los padres fundadores de la APS, esta tergiversación fue una verdadera “contrarrevolución”³⁰. Tiempo después, UNICEF la sintetizó en las intervenciones denominadas VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral para la diarrea, inmunización y promoción de la lactancia natural), un ejemplo claro de la preferencia por

soluciones técnicas despojadas de contenido social para evitar iniciar debates políticos acalorados³⁰.

El “desarrollo”, como discurso y como práctica, se asoció con la noción de “tercer mundo”, que surgió en el contexto de la Guerra Fría y de los movimientos de liberación nacional de finales de los años 40 y de los años 50³¹. En 1955, un grupo de veintinueve estados-nación de Asia y África y algunos movimientos de liberación nacional se reunieron en Bandung (Indonesia), momento que se considera el punto de quiebre en la diferenciación del tercer mundo respecto del primer mundo (capitalista) y del segundo mundo (comunista). La reunión concluyó, entre otros, con un llamado a la creación de un fondo para el desarrollo económico que sería manejado por Naciones Unidas, al igual que con un compromiso de abstenerse de servir a los intereses de cualquiera de las superpotencias³². Una ONU ampliada, con un número creciente de naciones que recién adquirían su independencia, se convirtió en el escenario donde los Estados Unidos y la Unión Soviética intentaban convertir a esas naciones al evangelio de sus ideales opuestos: por un lado, el modelo de desarrollo capitalista modernizador y, por el otro, el camino socialista a la modernidad. La Conferencia de Bandung, junto con una reunión posterior en Belgrado en 1961, marcó el origen de lo que en los años 70 se conocería como Movimiento de Países no Alineados. En la práctica, los países del tercer mundo forjaban alianzas permanentes o provisionales con las superpotencias, con lo cual, de vez en cuando, promovían sus propios intereses³³.

Para algunos historiadores, el punto álgido del tercermundismo y del desarrollo fue 1974, cuando la ONU (dentro del contexto de la crisis del petróleo de 1973) pidió la creación de un Nuevo Orden Económico Internacional. La reforma, que nunca se implementó, buscaba propagar a todo el mundo el sistema redistributivo de las democracias europeas. De hecho, durante los treinta años del desarrollo, la mayoría de los países del tercer mundo experimentó diversos grados de

²⁷ Brown, Cueto y Fee, “Transition from International”, 66–67; Marcos Cueto, “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care”, *American Journal of Public Health* 94, n.º 11, 2004, 1867–68; Socrates Litsios, “The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection”, *International Journal of Health Services* 32, n.º 4, 2002, 718; Litsios, “Primary Health Care”, 58; Litsios, “The Christian Medical Commission”, 1892.

²⁸ David Moore, “The Second Age of the Third World: From Primitive Accumulation to Global Public Goods?”, *Third World Quarterly* 25, n.º 1, 2004, 93.

²⁹ Cueto, “Origins of Primary Health Care”, 1868.

³⁰ Kenneth Newell, “Selective Primary Health Care: The Counter Revolution”, *Social Science and Medicine* 26, n.º 9, 1988, 906.

³¹ Cueto, “Origins of Primary Health Care”, 1872; Orielle Solar y Alec Irwin, “Social Determinants, Political Contexts and Civil Society Action: A Historical Perspective on the Commission on Social Determinants of Health”, *Health Promotion Journal of Australia* 17, no. 3, 2006, 181–82.

³² Mark T. Berger, “After the Third World? History, Destiny and the Fate of Third Worldism”, *Third World Quarterly* 25, n.º 1, 2004, 11; Arturo Escobar, *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995), 10–12.

³³ Berger, “After the Third World?”, 12.

³⁴ Fouad Makki, “The Empire of Capital and the Remaking of Centre-Periphery Relations”, *Third World Quarterly* 25, n.º 1, 2004, 159–61.

³⁵ Moore, “The Second Age of the Third World”.

industrialización, urbanización acelerada, crecimiento económico (con desigual distribución de ingresos) y una modesta inversión social en salud y educación que creó un sector de clase media con variados niveles de educación³⁴. La recesión económica y la crisis de la deuda de principios de los años ochenta, al igual que la propagación de teorías y políticas neoliberales, acabaron al mismo tiempo con el tercermundismo y con el programa del desarrollo. En lugar del nuevo orden económico exigido por Naciones Unidas, el mundo fue testigo del inicio de la globalización liderada por Estados Unidos, que sería reforzada al final de la década por la caída de la Unión Soviética³⁵.

En este contexto político amplio, la declaración de Alma-Ata de 1978 ubicaba a la salud en el centro del programa del desarrollo, pero el desarrollo ya estaba en declive. Apenas dos años después de Alma-Ata, los países del tercer mundo, uno tras otro, comenzaron a declarar que ya no podían pagar sus deudas. Este momento es considerado como el inicio del “régimen de la deuda” que reemplazó al programa del desarrollo³⁶. Este colapso interfirió con el éxito de la Atención Primaria de Salud, que en muchos países siguió siendo un ideal de los movimientos sociales y del personal de salud.

El programa del desarrollo de la posguerra tenía sus raíces tanto en el proyecto colonial anterior en Asia y África, como en las experiencias de modernización nacional en América Latina que, en su mayoría, comenzaron a principios del siglo XX, cuando los avances en la higiene y la salud pública eran indispensables para la consolidación de los estados nacionales³⁷. Además de los sistemas de salud, estos proyectos nacionales de modernización incluían la creación de instituciones de ciencia y tecnología, parlamentos, laboratorios y clases medias profesionales. Tanto el proyecto colonial como el proyecto nacional modernizador suponían una misión civilizadora que resultaba en la reforma del comportamiento individual con base en valores morales modernos y en cambios sociales y culturales desde arriba³⁸. Estos proyectos suponían la plena aceptación

de la superioridad del conocimiento médico occidental, lo cual implicaba la conversión a la ciencia por parte de una ciudadanía obediente formada por creyentes en la modernidad que debían actuar como se esperaba: visitar médicos y hospitales, comprar fármacos, vacunar a sus hijos y así sucesivamente. Los proyectos de desarrollo nacional en América Latina, así como los proyectos poscoloniales en Asia y en África, continuaron esta experiencia de modernización capitalista desde arriba; en el primer caso, partiendo de los estados-nación ya constituidos y en el segundo, a partir del modelo modernizador colonial.

Ajuste estructural, pobreza y seguridad sanitaria

La imposición de las políticas del Banco Mundial y del FMI desde principios de la década de 1980 vino a trastocar este modelo. Las medidas impuestas a los países “en vías de desarrollo” incluían reducción del gasto público en lo social para disminuir la inflación y promover el crecimiento, privatización del sector público, liberalización del comercio y desregulación del sector financiero³⁹. Estos procedimientos de ajuste estructural dieron al traste con los sufridos esfuerzos de desarrollo nacionales y poscoloniales. El colapso de los sistemas nacionales de salud fue uno de los resultados. El mercado reemplazó a la misión civilizadora y al proyecto del desarrollo. No obstante, estos movimientos no se contradicen entre sí: uno es la consecuencia lógica e histórica del otro.

Los efectos del ajuste estructural fueron tan devastadores que un estudio presentado por el Banco Mundial en 1996 admitió que los países del África subsahariana que habían aplicado estas políticas presentaron una reducción progresiva de la inversión en salud pública. Ante una resistencia mundial cada vez mayor a estas políticas neoliberales, el Banco Mundial y el FMI presentaron en 1999 un nuevo

³⁵ Berger, “After the Third World?”, 24–25.

³⁶ Makki, “The Empire of Capital”, 162.

³⁷ Los artículos en las siguientes recopilaciones son buenos ejemplos de la vasta bibliografía sobre este tema: Marcos Cueto, ed., *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas históricas* (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1996); Diego Armus, ed., *Entre médicos y curanderos: Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna* (Buenos Aires: Norma, 2002); Diego Armus, ed., *Disease in the History of Modern Latin America. From Malaria to AIDS* (Durham & London: Duke University Press, 2003); Gilberto Hochman y Diego Armus, eds., *Cuidar, Controlar, Curar: Ensaíos históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004); Diego Armus, ed., *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005).

³⁸ Warwick Anderson, *Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines* (Durham & London: Duke University Press, 2006), 183–84.

³⁹ Berger, “After the Third World?”, 25.

⁴⁰ Hammonds y Ooms, “World Bank Policies”, 30–31; Davidson R. Gwatkin, “La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad”, *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 11, no. 5–6, 2002, 314.

marco internacional para el desarrollo denominado “Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza” (DELP), propuestos para países altamente endeudados⁴⁰. En realidad, esta estrategia de dar un rostro humano a la globalización mediante la reducción de la pobreza era un programa de préstamos condicionados, además de servir como forma efectiva de garantizar las condiciones de inversión y de reproducción del capitalismo global. Gran parte de las agencias y donantes bilaterales y multilaterales adoptaron los DELP como marco para sus programas de asistencia para el desarrollo. En la práctica, estos se convirtieron en una forma de estado transnacional impuesto a los países “en vías de desarrollo” bajo la apariencia de participación⁴¹. Puesto que los DELP implican un escrutinio minucioso por parte de los países mismos, además de la coordinación de la OMC, el FMI y el Banco Mundial y de los donantes, las condiciones impuestas por lo general requieren implementar la liberalización de forma más expedita que antes. Ante esto, por supuesto, los resultados son devastadores. En África, la pobreza ha aumentado tanto en términos absolutos como relativos. En 2006, el 44% de la población vivía con menos de un dólar por día, un porcentaje más alto que el de 1991. Entre 1981 y 2001, aumentó el número de personas que viven con menos de dos dólares diarios en África subsahariana, pasando de 289 millones a 514 millones. En el mismo período, el producto interno bruto en el mundo creció en 18 691 millones de dólares⁴². De esta manera, el resurgimiento de un nuevo programa de desarrollo a instancias de organismos multilaterales se dio como respuesta a las críticas contra los efectos de las políticas neoliberales, pero sin tener en cuenta las causas que subyacían a las políticas del capitalismo global.

En la versión encarnada en Alma-Ata, la atención primaria de salud era el alma y nervio del programa del desarrollo, pero tal como se da hoy, el principio de “salud para todos” cobra un sentido distinto. El 17 de marzo de 2005, en una reunión oficial para dar inicio al trabajo de la CDSS en el emblemático Palacio de La Moneda en

Chile, el director general de la OMS, Jong-Wook Lee, observó: “por mucho tiempo hemos venido diciendo que se debe hacer algo para recuperar la visión de un acceso universal a los servicios sanitarios, no solo como un ideal sino como una necesidad”⁴³. Al día siguiente, en el también emblemático auditorio Raúl Prebisch de la CEPAL (Comisión económica para América Latina y el Caribe), Lee señaló: “Para la OMS, el mundo presenta dos necesidades en términos de salud pública: mejorar la seguridad sanitaria a nivel mundial y mejorar la situación sanitaria al interior de los países. No es posible lograr lo uno sin lo otro”⁴⁴.

Con las palabras “necesidad” y “seguridad sanitaria”, Lee hacía referencia a la nueva percepción de vulnerabilidad que caracteriza el actual modelo de “salud global” (que algunos llaman “postcolonial”), que se hizo evidente en la última década del siglo XX⁴⁵. Como se expresa en el Informe: “A medida que los procesos de globalización nos acercan más como pueblos y naciones, comenzamos a reconocer la interdependencia de nuestras aspiraciones: aspiraciones respecto de la seguridad humana, incluida la protección contra la pobreza y la exclusión, así como de la libertad humana”⁴⁶. El estado de interconectividad del planeta no nos deja escapatoria: ningún lugar, por remoto que sea, es ajeno a la seguridad global. Esta percepción creciente de fragilidad se relaciona con una interdependencia mundial de actividades humanas, propiciada por los medios de comunicación y de transporte que intensifican el comercio y los viajes. En este espacio y este tiempo redefinidos, los gérmenes, las infecciones y las noticias sobre los mismos cruzan rápidamente las fronteras nacionales. Cordones sanitarios establecidos con anterioridad pierden su importancia⁴⁷. El VIH/sida fue, probablemente, la primera evidencia de esta nueva vulnerabilidad global, pero ejemplos más recientes de enfermedades emergentes incluyen la influenza porcina H1N1 y la influenza aviar H5N1. Para hacer frente a este tipo de amenazas globales, el director Lee comprendió la necesidad de mejorar las condiciones sanitarias en el

⁴¹ Heloise Weber, “Reconstituting the ‘Third World’? Poverty Reduction and Territoriality in the Global Politics of Development”, *Third World Quarterly* 25, no. 1, 2004, 191–92, 198.

⁴² David Sanders, “A Global Perspective on Health Promotion and the Social Determinants of Health”, *Health Promotion Journal of Australia* 17, no. 3, 2006, 166.

⁴³ Jong Wook Lee, Discurso en la cena oficial ofrecida por el Presidente Lagos con ocasión de la inauguración de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Palacio Presidencial de La Moneda, Santiago, Chile, 17 de marzo de 2005) <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2005/dinnerwithpresidentchile/en/index.html> (recuperado el 30 de septiembre de 2008).

⁴⁴ Jong Wook Lee, Discurso ante el lanzamiento oficial de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Santiago, Chile, Auditorio Raúl Prebisch, CEPAL, 18 de marzo de 2005) <http://www.who.int/dg/lee/speeches/2005/socialdeterminantsofhealth/en/index.html> (recuperado el 30 de septiembre de 2008).

⁴⁵ En la discusión que presento a continuación, retomo en mis propios términos la distinción planteada por Nicholas B. King entre ideologías de la salud de naturaleza colonial y postcolonial. Véase: Nicholas B. King, “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”, *Social Studies of Science* 32, no. 5–6, 2002, 763–89.

⁴⁶ CSDH, Closing the gap in a generation, 27.

⁴⁷ King, “Security, Disease, Commerce”, 773.

interior de los países. En este contexto, como lo explica en detalle el Informe, el acceso universal a la atención sanitaria y la reducción de la pobreza se vuelven una necesidad, y no un simple ideal.

El Informe de la CDSS: la versión de “izquierda” de la salud global

El lenguaje empleado en el informe de la CDSS es optimista, cauto y evita la confrontación; en esto no difiere de los documentos oficiales de la OMS, pues no entra en discusiones teóricas o políticas. Su perspectiva optimista se basa en la idea de que existe un nuevo concepto de desarrollo, que no se basa solamente en el crecimiento económico, sino en su distribución para el bienestar general de los seres humanos. Según el Informe, algunas señales de esta nueva concepción del desarrollo son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (o Declaración del Milenio) que “reflejan una preocupación mundial sin precedentes por incorporar cambios reales y sostenibles para mejorar la vida de los habitantes de los países pobres”⁴⁸. Sin embargo, esa Declaración parece haber sido “formulada intencionalmente para evitar las obligaciones del derecho internacional”⁴⁹. Para el filósofo Thomas Pogge los objetivos del milenio son poco ambiciosos en comparación, por ejemplo, con los compromisos de la Cumbre Mundial sobre Alimentación que se reunió en Roma en 1996. En ese entonces, uno de los compromisos era reducir a la mitad el *número* de personas pobres para 2015. En cambio, el primer objetivo del milenio se propone reducir a la mitad, no el número sino, la *proporción* de personas pobres. Según el argumento, el solo crecimiento de la población, sin cambio social ni económico alguno, disminuiría el porcentaje de pobres. Pogge muestra los problemas éticos de este tipo de cálculo: para los autores de los Objetivos del Milenio es moralmente aceptable que 905,2 millones de personas sean pobres aún en 2015. Para sacar de la pobreza al 40% de los humanos que ahora viven con menos de 2 dólares al día se necesitan “apenas \$300 mil millones de dólares anualmente, mucho menos de lo que los Estados Unidos destina a sus gastos militares”. Y añade el autor: “[e]sto equivale a solo el 0,7% del producto global, o menos del 1% de las RNB combinadas de los países con más altos ingresos”⁵⁰. Además de apoyar los Objetivos del Milenio, el Informe de 2008 da su apoyo también al

marco de desarrollo y reducción de la pobreza del Banco Mundial. Su única objeción es que los países no lo han utilizado tanto como deberían para incluir los determinantes sociales de la salud⁵¹.

Así las cosas, el Informe de la CDSS hace parte integral del nuevo programa de desarrollo con su componente de salud global. Se compromete a regresar a los aspectos positivos de la misión civilizadora anterior (el desarrollo), dejando atrás sus defectos. Si decimos que el Informe Sachs de 2000 representaba la versión de derecha de la salud global, podemos argumentar que el Informe de 2008 encarna la versión de izquierda que, sin embargo, se reduce a mostrar las duras consecuencias de la economía política mundial en torno a la salud sin confrontar sus causas. En lugar de promover el cambio social desde arriba, como en las versiones coloniales y nacionales del desarrollo, el Informe de la CDSS defiende la participación comunitaria y reconoce la diseminación del conocimiento en todos sus niveles. Hace un llamado a la justicia social para convocar a un movimiento mundial por la equidad en salud a través de redes globales; trasciende los conceptos de centro y periferia. Los agentes de la equidad en salud se entienden como “partes interesadas” en redes globales con igualdad de voz y de participación. Sin embargo, el Informe de 2008 pasa por alto el hecho de que las redes de este tipo son escenarios inequitativos, en el que algunos nodos (corporaciones transnacionales, países desarrollados, etcétera) obtienen más ganancias que otros, como ha observado King⁵². La noción de “partes interesadas” (el término aparece 35 veces en el informe) es crucial: el estado-nación constituye una de esas partes, junto con el sistema multilateral, el sector privado, las comunidades, los países donantes y las entidades filantrópicas, entre otras. Esto implica reconocer que, aunque la OMS debería tener un papel de liderazgo en la coordinación de la acción intersectorial en relación con los determinantes sociales de la salud (la palabra “intersectorial” aparece 48 veces en el Informe), esta organización no es el único actor.

El nuevo modelo de desarrollo con su componente de salud global otorga mucha importancia a la información y a la vigilancia (esta palabra aparece 72 veces). Según el Informe, todos los actores deben ser parte de la red global de información: trabajadoras sexuales, poblaciones indígenas, personas que se dedican al cuidado del hogar (o de otros), quienes

⁴⁸ CSDH, Closing the gap in a generation, 28.

⁴⁹ Meier y Fox, “Development as Health”, 315.

⁵⁰ Thomas Pogge, “Growth and Inequality: Understanding Recent Trends and Political Choices”, *Dissent Magazine* 2008. <http://dissentmagazine.org/article/?article=9900> (recuperado el 29 de agosto de 2008).

⁵¹ CSDH, Closing the gap in a generation, 128–29.

⁵² King, “Security, Disease, Commerce”, 782.

hacen trabajo voluntario o informal, todas las personas deben contarse en los reportes de la economía nacional. Es necesario que todos/todas sean visibles para que se acumule la información sobre posibles brotes y aumente la vigilancia de la población global a través de la informática e Internet⁵³. Este punto pone de presente una gran diferencia. Tanto la concepción colonial de la salud, como la nacional, buscaban convertir a los individuos al nuevo credo de ideas científicas y médicas acerca del cuerpo y de la enfermedad, con sus correspondientes connotaciones morales. Esta transformación conceptual y emocional, implicaba considerar pre-modernos, anti científicos e inválidos todos los sistemas culturales y de conocimiento no occidentales.

Por el contrario, la nueva ideología de la salud global no se interesa en “convertir” a nadie. Esta ideología se basa en la victoria completa de la visión científica del mundo⁵⁴. Convertir a las poblaciones a la modernidad y a la ciencia ya no es su tarea. Esta retórica está presente en el Informe cuando se da importancia a la incorporación de los pueblos indígenas (la palabra “indígena” aparece 53 veces); sin embargo, sorprende la ausencia total de referencias a culturas indígenas no occidentales y a sus conceptos sobre el cuerpo y el cuidado de la salud. Esta posición también se hace evidente en el ejemplo que presenta el Informe sobre la participación de trabajadoras sexuales de Calcuta en procesos de políticas sanitarias⁵⁵. El paradigma del nuevo desarrollo global se abstiene de emitir juicios morales y parece indiferente frente a perspectivas idiosincráticas, siempre y cuando las personas realicen tareas específicas diseñadas para ellas. En la versión de la salud global articulada por la derecha (Informe Sachs), los individuos se convierten en consumidores de bienes globales, medicamentos y servicios médicos. En la versión de izquierda (Informe de la CDSS), las comunidades participan en el diseño de algunos aspectos del proyecto sanitario global. En ambos casos, los individuos y las comunidades aceptan su inclusión en redes mundiales de información. Si las ciencias biomédicas eran suficientes para el modelo de salud colonial y nacional, hoy el paradigma global requiere también de las ciencias económicas (en la versión de la derecha) y de las ciencias sociales (en la versión de la izquierda).

Contradicciones

A diferencia del informe Sachs, que se concentraba únicamente en países pobres y de ingreso medio, el Informe de la CDSS incluye ejemplos provenientes de todo el mundo. La globalización sigue generando polos de extrema riqueza y de extrema pobreza, en los que las clases altas de los países “en vías de desarrollo” se integran cada vez más a las redes económicas globales, y los miembros de las clases bajas de los países “desarrollados”, entre los que se cuenta la mayor parte de inmigrantes, se ven cada vez más marginalizados⁵⁶. El alcance mundial del Informe de 2008 también implica que se hacen las mismas recomendaciones para los países ricos y para los países pobres, en lugar de presentar recetas para los pobres, como era el caso en el Informe de 2000. Esta estrategia tiene su lado perverso: conduce a que las naciones industrializadas tengan más oportunidades de seguir estos consejos, como ocurrió en el caso de la atención primaria de salud, que fue más efectiva en Europa, donde ya se habían implementado sistemas de atención sanitaria⁵⁷. Este caso ilustra cómo se reproducen las desigualdades a nivel mundial.

El hecho de que el Informe sea ambivalente en cuanto al papel del estado-nación no deja de generar preguntas. De hecho, el documento parece aceptar la idea de un estado trans-nacionalizado, que podría aliviar la dureza de esta nueva ola de desarrollo capitalista mediante reducción de la pobreza, bienes públicos globales, impuestos especiales para financiar el sistema sanitario e, incluso, impuestos globales⁵⁸. Por otra parte, de las 56 recomendaciones del Informe, 39 (casi el 70%) van dirigidas a los gobiernos locales y nacionales, incluyendo parlamentos, sociedad civil, donantes y agencias multilaterales. Más allá de la discusión legítima de si el estado-nación es (o alguna vez ha sido) una forma de política progresista⁵⁹, cabe preguntarse de qué manera los estados-nación empobrecidos o frágiles podrán emprender las tareas que el Informe de la CDSS recomienda. Entre estas, se cuenta hacer que las grandes corporaciones transnacionales generen empleo pleno y justo, además de puestos de trabajo decentes y seguros con salarios de subsistencia que tengan en cuenta “el costo de vida real y actualizado”⁶⁰.

⁵³ King, “Security, Disease, Commerce”, 775.

⁵⁴ King, “Security, Disease, Commerce”, 781–82.

⁵⁵ CSDH, Closing the gap in a generation, 117.

⁵⁶ Makki, “The Empire of Capital”, 150.

⁵⁷ Kickbusch, “The Development of International Health Priorities”, 981.

⁵⁸ CSDH, Closing the gap in a generation, 124, 130, 170, 171.

⁵⁹ Weber, “Reconstituting the ‘Third World’?”, 204 n.24.

⁶⁰ CSDH, Closing the gap in a generation, 76–78, 80.

⁶¹ CSDH, Closing the gap in a generation, 170.

En cuanto a los bienes públicos globales, propuestos por el Informe, estos se refieren a “la gestión compartida de las condiciones y recursos que son esenciales para todas las personas, y que no está al alcance del control de cada país por separado”⁶¹. Se trata de un concepto aún en proceso de consolidación, pero si el desarrollo y la salud se definen como bienes públicos globales, como se ha sugerido⁶², esto implicaría la transferencia de recursos de los sectores ricos de la economía mundial a los sectores pobres, y el surgimiento correspondiente de instituciones que la facilite; estaríamos ante el germen de un estado transnacional. Quienes defienden los bienes públicos globales, como la CDSS, buscan promover la acumulación capitalista mundial y, al mismo tiempo, paliar las crueles consecuencias de este proceso de empobrecimiento y miserabilización de la mayor parte de los seres humanos⁶³. El Informe incurre en una contradicción cuando reconoce que los determinantes sociales de la salud cobran cada vez un alcance más mundial, más allá del poder de los estados-nación, pero al mismo tiempo dirige el 70% de sus recomendaciones a los gobiernos nacionales y locales. Se presenta una contradicción similar con la ayuda internacional y el papel de los donantes. El Informe recomienda el aumento de la ayuda internacional para el desarrollo, garantizando la coordinación e incluyendo los determinantes sociales de la salud⁶⁴. Sin embargo, parece ignorar su propio análisis del asunto, pues afirma que, en 1970, los países de la OCDE de mayores ingresos prometieron donar 0,7% de su producto interno bruto para apoyar los esfuerzos de desarrollo de los países de menores ingresos. Para 2005, esos países ya solo daban el 0,33% y dirigían la mayor parte de las ayudas según los intereses económicos y políticos de los donantes, y no según las necesidades de los países que las recibían⁶⁵. Durante mucho tiempo, se ha sabido que la relación entre países donantes y receptores es una relación política disfrazada de filantrópica⁶⁶. Hoy los cuatro principales donantes en materia de salud son el Banco Mundial, el gobierno de los Estados Unidos, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Fondo Mundial

de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Algunos países de bajos ingresos dependen ahora de la filantropía, de modo que sus políticas obedecen a las prioridades e intereses particulares de los donantes, sin importar las necesidades de sus poblaciones⁶⁷.

Además, dada la estructura de la deuda mundial, la riqueza fluye de la periferia hacia el centro, bajo la forma de capital, mano de obra y recursos⁶⁸. La fuga de cerebros a los países industrializados, en especial de trabajadores de la salud, es una parte importante de este flujo de recursos de naciones empobrecidas, según lo describe el Informe⁶⁹. Por lo tanto, una forma más adecuada de plantear esta situación sería exigir a los estados e individuos poderosos, como lo hace con frecuencia la filosofía moral, el cumplimiento de sus obligaciones éticas en vista de que la riqueza extrema de un lado y la miseria en el otro son propios de la acumulación capitalista⁷⁰. En lugar de hablar de “ayudas”, lo que sugiere una relación asimétrica, Pogge propone reconocer la responsabilidad moral compartida de quienes viven en el mundo industrializado y de las élites de los países empobrecidos como partícipes y defensores del actual régimen económico mundial que produce, de manera sistemática, desigualdades y muerte a causa del hambre y enfermedades menores⁷¹. Puesto que este estado de las cosas no es natural, sino el resultado del accionar humano, tenemos la obligación de transformarlo en un nuevo sistema económico que le permita a todo ser humano satisfacer sus necesidades. Hammonds y Ooms van más allá cuando exigen a los países donantes con mayores recursos retiren su apoyo al Banco Mundial y al FMI en tanto que sus políticas restringen los presupuestos para atención sanitaria de los países pobres⁷².

El optimismo del Informe de la CDSS no parece tener justificación, en especial si se tiene en cuenta que después de Alma-Ata esta no es la primera vez que se da este tipo de consejos. Se encuentran lineamientos similares en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, de 1986, y la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud, de 2005. Además, la Declaración

⁶² Kickbusch, “The Development of International Health Priorities”, 987.

⁶³ Moore, “The Second Age of the Third World”, 88.

⁶⁴ CSDH, Closing the gap in a generation, 126.

⁶⁵ CSDH, Closing the gap in a generation, 120–21.

⁶⁶ Teresa Hayter, *Aid as Imperialism* (Baltimore, MD: Penguin Books, 1971), 15, 89, 107–49.

⁶⁷ Devi Sridhar y Rajaie Batniji, “Misfinancing Global Health: A Case for Transparency in Disbursements and Decision Making”, *Lancet* 372, no. 9644, 2008, 1185.

⁶⁸ James K. Boyce y Leonce Ndikumana, “Is Africa a Net Creditor? New Estimates

⁶⁹ CSDH, Closing the gap in a generation, 103–104.

⁷⁰ Weber, “Reconstituting the ‘Third World’?”, 201.

⁷¹ Thomas W. Pogge, “Cosmopolitanism and Sovereignty”, *Ethics* 103, no. 1, 1992, 56.

⁷² Hammonds y Ooms, “World Bank Policies”, 48.

⁷³ Meier y Fox, “Development as Health”, 317; Dennis Raphael, “The Social Determinants of Health: What Are the Three Key Roles for Health Promotion?”, *Health Promotion Journal of Australia* 17, no. 3, 2006, 167; Solar e Irwin, “Social Determinants, Political Contexts and Civil Society Action”, 180.

del Milenio de 2000 incluye objetivos relacionados con la salud, y sin embargo, análisis recientes indican que lograr estas metas, incluso siendo éstas de más corto alcance comparadas con formulaciones anteriores de las mismas, está fuera del alcance de la mayoría de países⁷³.

El informe fundamenta su confianza en el conocimiento cada vez mayor de los determinantes sociales de la salud. Quizás previendo alguna crítica por ingenuidad, afirma: “No abrigamos falsas expectativas (...) Es fundamental, si se han de llevar a la práctica todas las recomendaciones de la Comisión, crear voluntad política y capacidad institucional”⁷⁴. Sin embargo, aunque el Informe en su totalidad discute con elocuencia los crudos síntomas de la desigualdad y de la exclusión social, y da voz a preocupaciones humanitarias, la verdad es que evita abordar los determinantes de los determinantes de la salud: el capitalismo mundial en su etapa actual, particularmente violenta de acumulación primitiva. Por mi parte, tengo la esperanza de que la gente empiece a asumir el protagonismo de sus propias vidas, que desarrolle alternativas sociales y políticas y que, como individuos, nos hagamos la pregunta que alguna vez se hizo Mary Douglas: “hasta que no sepamos por qué la gente necesita lujos y cómo los usa, estaremos muy lejos de tomar en serio los problemas de la desigualdad”⁷⁵.

Conclusión

La labor de la CDSS hace parte integral de la historia reciente de la búsqueda de liderazgo por parte de la OMS. Las recomendaciones planteadas por la CDSS tienen un sentido profundo si es que en realidad pueden implementarse; sin embargo, el Informe no emprende el análisis histórico del fracaso sistemático de políticas anteriores del mismo corte, como la atención primaria de salud. Tampoco examina las relaciones globales de poder en el mundo actual, que son los verdaderos determinantes de los determinantes de la salud. Mi conclusión pesimista es que esta nueva retórica ilustrada, que se centra en reeditar el “desarrollo” auspiciado por los poderosos organismos multilaterales, clausura alternativas sociales y políticas que genuinamente podrían conducir a la eliminación de aquellos condicionantes sociales que inciden negativamente en la salud. Mi conclusión optimista sugiere que la participación y el empoderamiento de las personas permitirán redefinir las reglas del juego. Pero ello requiere que todos los habitantes de este planeta estemos en capacidad de responder seriamente las preguntas sobre cuál es nuestra propia contribución a la inequidad y a la pobreza.

⁷⁴ CSDH, *Closing the gap in a generation*, 109.

⁷⁵ Mary Douglas, *In the Active Voice* (London: Routledge & Kegan Paul, 1988), 24.

