

Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina

Anne-Emanuelle Birn¹

Hace más de dos decenios, a medida que la Guerra Fría iba perdiendo fuerza, se produjo una transición simultánea del nombre general dado a aquella época, que dejó de ser una era de polarización para convertirse en una de globalización. Si bien solo las personas más desentendidas de la historia e ideológicamente temerarias anunciaron la globalización como un signo del triunfo innegable del capitalismo de mercado (1) y pese a la evidente justificación de las políticas económicas neoliberales hecha por la globalización (2) y las perspectivas totalizadoras y provocadoras de ansiedad de esta (3), el término se ha convertido en un vocablo omnipresente en el lenguaje corriente y el discurso académico.

Por supuesto, el campo de la salud no ha sido inmune a estos acontecimientos. Desde mediados de los años noventa, un número cada día mayor de instituciones y particulares han aprovechado la moda de la globalización para rebautizar el campo de la salud internacional con el nombre de “salud global”, con lo cual propugnan toda una variedad de programas de trabajo, ya sea idealistas, oportunistas o impulsados por la *realpolitik* (4). La expresión “salud global” la habían empleado de vez en cuando, en diversas formas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Gobierno de los Estados Unidos y las agencias de control poblacional, así como varios movimientos progresistas en los campos antinuclear, ambiental y de atención de salud universal (5), lo cual indica intereses contradictorios con respecto al uso de este nombre. Sin embargo, su resurgimiento se ha acogido sin sentido crítico en términos generales (con ciertas excepciones (6)) o se ha racionalizado con posterioridad ya sea como una aspiración —aunque con preocupación por la globalización unilateral o hegemónica de los Estados Unidos— o como un reto teórico y metodológico (7–11). Por cierto, varios analistas han esgrimido evaluaciones convincentes del efecto de la globalización en la salud (12–17), pero la expresión “salud global” se ha impuesto. Sin embargo, es urgente la necesidad de un análisis crítico que vaya mucho más allá de la proliferación de definiciones, con el fin de explicar por qué “salud global” ha desplazado a “salud internacional”.

¿Es la salud global (o la globalización de la salud) sencillamente un reflejo del “capitalismo sin fronteras” o introduce una dialéctica de poder que incorpora la imposición desde arriba, la resistencia desde abajo y un juego oportunista en ambos sentidos por parte de los actores del nivel intermedio? ¿Es un lema ingenuamente descriptivo, en el sentido de simultaneidad geográfica o de los problemas y de soluciones comunes que trascienden las fronteras físicas y políticas? ¿El campo de la salud global adopta una actitud optimista sin rayar en el cinismo al aspirar a la equidad y a los derechos humanos desde un punto de vista transnacional? ¿Se trata de una versión moderna renovada y expurgada del término “salud internacional” empleado anteriormente? O ¿es claramente ideológica en el sentido de proponer un universalismo hegemónico Eurocéntrico o Norte-céntrico para promover la difusión de bienes, tecnología, productos financieros y valores, al tiempo que se mantiene la seguridad interna (18–21)?

En medio de este embrollo, un rasgo característico de la nueva salud global es indudablemente la enorme oportunidad de inversión de capital privado, mantenido antes bajo control por las exigencias de la Guerra Fría (22). Las posibilidades de ganancias rentables en el campo de la salud global se han visto sancionadas implícitamente por la explosión de asociaciones público-privadas en los últimos decenios (23, 24) y fortalecidas por la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud durante el período 2000–2002, con el doble significado

¹ Profesora y Directora de la Cátedra Canadiense de Investigación sobre Salud Internacional, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canadá.

del exhorto a “Invertir en salud” (25) (que se hace eco del informe publicado por el Banco Mundial con un título idéntico en 1993) como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados (26). Esta tendencia se comprueba ampliamente por las misiones y actividades declaradas de numerosas empresas de producción de alimentos y fármacos; compañías de seguros; organismos de salud global; fundaciones y asociaciones público-privadas, entre las cuales cabe citar la iniciativa de “Inversión de impacto” de la Fundación Rockefeller; las lucrativas “Oportunidades empresariales” del Fondo Mundial; el “Pilar de la comercialización” del Centro McLaughlin-Rotman para la Salud Global, con sede en la Universidad de Toronto; la promesa del UNITAID de un “mercado para los productos de salud”, y así sucesivamente. En todo caso, la salud global se distingue no solamente como “*business as usual*”, sino como “*mucho más negocio de lo que era habitual*” en este campo cuando se designaba “salud internacional”.

Pese a esta realidad, las expresiones dominantes de la salud global excluyen debates sobre la mercantilización de la salud, los lucros privados y el papel del capitalismo de mercado. Además, a pesar de los llamados generalizados e inspiradores en nombre de la equidad, “el beneficio de todos” y “la inclusión de las voces del Sur”, los planteamientos predominantes guardan silencio sobre la razón por la cual, en primer lugar, se han creado desigualdades sociales en salud y cómo podrían abordarse fundamentalmente (27).

Por ejemplo, la definición de salud global establecida por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos como “problemas, asuntos y preocupaciones de salud que traspasan las fronteras nacionales, pueden recibir influencia de las circunstancias o experiencias en otros países y se abordan mejor con medidas y soluciones cooperativas” (28, p. 2), no dice ni pío con respecto a la dirección, la naturaleza y las causas de esas influencias y el significado de la cooperación en este contexto. En una actualización del 2009, la salud global se caracteriza en forma optimista como “la meta de mejorar la salud de toda la población en todas las naciones mediante la promoción del bienestar y la eliminación de las enfermedades, discapacidades y defunciones evitables” y hasta pide “la comprensión de los determinantes de la salud”, antes de volver a la finalidad de “mejor[ar] la salud en los países de ingresos bajos y medianos” por medio de la “investigación básica y aplicada sobre la enfermedad y la discapacidad” y sus factores de riesgo (29, p. 18). En realidad, ¡están hablando de vino viejo!

Últimamente, tal vez la más citada sea la “definición común de salud global” de Koplan y sus colaboradores (30), que merece un análisis extenso precisamente porque deja de lado tantas cuestiones de importancia crucial. Aunque parezca increíble, como mis colegas y yo señalamos (en una carta a la redacción de *The Lancet* que fue rechazada²), la definición excluye totalmente el contexto político de la salud global. No se indica quiénes son los interesados directos ni quién tiene el poder en el campo de la salud global. Tampoco se debaten las preguntas referentes a quién o qué impulsa la agenda de la salud global y con qué fines. Además, la definición concebida por estos autores menciona la globalización, pero hace caso omiso de sus efectos desfavorables comprobados sobre la salud, en particular las repercusiones de la liberalización del comercio en la desigualdad y la inseguridad económicas, las condicionalidades de las instituciones financieras internacionales y las políticas de privatización en el acceso a los servicios sociales, la desreglamentación en la salud ocupacional y del medio ambiente (15, 18) y el fraude financiero masivo que se comete contra la vida de miles de millones de personas (31).

Por añadidura, las distinciones hechas por Koplan y colaboradores entre “salud internacional” y “salud global” (y “pública”) son engañosas. Si

² Birn AE, Holtz T, Benatar S, Pillay Y. “Neither common nor a definition,” manuscrito inédito, 2009.

bien la salud global “debe trascender la apariencia ideológica pasada de la salud internacional como “criada” del colonialismo o peón de las rivalidades políticas de la Guerra Fría” (32), en realidad estos términos forman parte de una línea continua. La salud internacional nació, respaldada por naciones e intereses económicos poderosos, por razones similares a las de la salud global, que surgió para abordar las cuestiones de salud transfronterizas y buscar metas económicas, comerciales y de seguridad (18) (las dimensiones internacionales de la salud y las dimensiones sanitarias de las relaciones políticas y económicas internacionales) (33).

Afirmar que la salud global aspira principalmente a “lograr equidad” y “recalca las cuestiones, los determinantes y las soluciones de salud transnacionales” (30, p. 1995) parece prometedor, pero hay pocas pruebas de que supere las pautas condescendientes y de interés propio del pasado. Indudablemente oculta su orientación actual hacia el lucro. En un análisis más útil se buscaría examinar la salud en el contexto del orden global del poder político y económico, ya sea explicando la razón por la cual la salud global merece desplazar a la salud internacional o rechazando esta proposición.

Por todas estas razones, es muy alentador que el Programa de la OPS de Líderes de Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde” (anteriormente llamado Residencia en Salud Internacional) no se haya doblegado ante la seducción de la salud global y haya mantenido la salud internacional como una denominación válida y apropiada para la clase de actividades que fomenta, en particular la cooperación entre los países y la fertilización cruzada de políticas y prácticas. Como lo avala la rica gama de estudios de esta edición especial, América Latina es una región ideal para explorar posibilidades renovadas para la salud internacional. Tiene la tradición más antigua del mundo de configurar el campo de la salud internacional y, simultáneamente, participar en el mismo y poner en tela de juicio sus premisas y enfoques (34, 35). Después de siglos de colonialismo, las nuevas repúblicas latinoamericanas, en los albores del siglo XX, encabezaron el camino hacia la cooperación en salud internacional y el establecimiento de estados de bienestar incipientes, aunque estaban conscientes de los límites a la universalidad y la cobertura. En época más avanzada del mismo siglo —en medio de condiciones de represión, dictadura y políticas neoliberales a lo largo y ancho de América Latina—, los investigadores-activistas en el campo de la salud concibieron nuevas ideas y prácticas audaces con respecto a la medicina social, la salud colectiva y la inclusión de la ciudadanía, que hoy se siguen poniendo en práctica después de prolongadas luchas por el regreso a la democracia (36-41). Además, como lo pone de relieve la labor de solidaridad internacional de larga data realizada por Cuba y que ahora despliega la UNASUR, América Latina ha sido pionera en la cooperación en salud Sur-Sur, con repercusiones muy favorables (42-46). Como se comprueba en el título y el trabajo de la dinámica revista virtual *PoSIBLES* (Política, Salud Internacional y Desarrollos Sustentables³), la salud internacional en América Latina y proveniente de allí está totalmente viva.

En lugar de ir a la zaga, América Latina está a la vanguardia. En este 25° aniversario de la residencia en salud internacional de la OPS (en la cual tuve el privilegio de participar como historiadora en 1994), es estimulante señalar que su fundadora, María Isabel Rodríguez —quien tuvo la inspiración de capacitar a jóvenes profesionales de salud pública de las Américas para contribuir en teoría, en la práctica y como nuevos líderes junto con el llamamiento a la justicia social formulado en la meta de Salud para Todos en el Año 2000 promovido por la comunidad de salud internacional— es actualmente la Ministra de Salud de El Salvador. Entre las principales prioridades de la ministra están la renovación de la apoteósica campaña en salud internacional en pro de un enfoque de atención primaria de salud universal basado en derechos humanos y

³ Disponible en: <http://www.elagora.org.ar/site/posibles/inicio-Posibles.html>

la defensa de la “soberanía en salud” en la cooperación internacional, para que la agenda de equidad en salud definida en el ámbito nacional en El Salvador y otros países en vías de desarrollo pueda realizarse (47–50). Esta salud internacional reconceptualizada no es vino viejo en odres nuevos, sino más bien ¡lo mejor de las vendimias nuevas y antiguas en botellas recicladas!

REFERENCIAS

1. Fukuyama F. *The end of history and the last man*. New York: Free Press; 1992.
2. Chernomas R, Sepehri A. Is globalization a reality, a tendency or a rationale for neoliberal economic policies? *Globalization*. 2002;2(2):1–27.
3. Appadurai A. Grassroots globalization and the research imagination. En: Appadurai A, editor. *Globalization*. Durham, NC: Duke University Press; 2001. Pp. 1–21.
4. Cueto M, Zamora V. *Historia, salud y globalización*. Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos; 2006.
5. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am J Public Health*. 2006;96(1):62–72.
6. Ollila E. Global health priorities — priorities of the wealthy? *Global Health*. 2005;1:6.
7. Kickbusch I. Influence and opportunity: reflections on the US role in global public health *Health Affairs*. 2002;21:131–41.
8. Kickbusch I. *Global Health: A definition*. Yale University. In: *Global Health (Internet)*. 2002. Available from: <http://www.ilonakickbusch.com/global-health/global-health.pdf> Accessed 16 June 2011.
9. Stuckler D, McKee M. Five metaphors about global-health policy. *Lancet*. 2008;372(9633):95–7.
10. Janes C, Corbett K. Anthropology and global health. *Annu Rev Anthropol*. 2009;38:167–83.
11. Bozorgmehr K. Rethinking the ‘global’ in global health: a dialectic approach. *Global Health*. 2010;6:19.
12. Navarro V. Whose globalization? *Am J Public Health*. 1998;88:742–3.
13. Koivusalo M. The impact of economic globalisation on health. *Theor Med Bioeth*. 2006;27(1):13–34.
14. Pappas G, Hyder A, Akhter M. Globalization: towards a new framework for public health. *Social Theory Health*. 2003;1:91–107.
15. Labonté R, Mohindra K, Schrecker T. The growing impact of globalization for health and public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:263–83.
16. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(6):1575–89.
17. Granda E. Salud y globalización. En: Organización Panamericana de la Salud. *Equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Parte V. Nuevos planteamientos sobre la salud pública*. Quito, CONASA, 2007. Pp. 393–406.
18. Birn AE, Pillay Y, Holtz T. *Textbook of international health: global health in a dynamic world*. 3rd. ed. New York: Oxford University Press; 2009.
19. Macfarlane SB, Jacobs M, Kaaya EE. In the name of global health: trends in academic institutions. *J Public Health Policy*. 2008;29(4):383–401.
20. Pogge T. *World poverty and human rights: cosmopolitan responsibilities and reforms*. Cambridge: Polity Press; 2002.
21. Fassin D. Global public health. En: *Medical anthropology at the intersections: celebrating 50 years of interdisciplinarity international conference of the Society for Medical Anthropology of the American Anthropological Association*. Sept. 24–27, 2009. New Haven, Yale University; 2009.
22. Birn AE. The stages of international (global) health: histories of success or successes of history? *Glob Public Health*. 2009;4(1):50–68.
23. Richter J. Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? *Development*. 2004;47:43–8.
24. Buse K, Tanaka S. Global public-private health partnerships: lessons learned from ten years of experience and evaluation. *Int Dent J*. 2011;61(Supl. 2):2–10.
25. World Health Organization. *Investing in health: a summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO; 2001.
26. Waitzkin H. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet*. 2003;361(9356):523–6.
27. Birn AE. Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Soc Med*. 2009;4(3):166–82.

28. Institute of Medicine, Board on International Health. *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Washington D.C.: The National Academies Press; 1997.
29. Institute of Medicine. *The U.S. commitment to global health: recommendations for the public and private sectors*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2009.
30. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993-5.
31. Benatar SR, Gill S, Bakker I. Making progress in global health: the need for new paradigms. *Int Aff*. 2009;85(2):347-71.
32. Birn AE. Canada, Latin America, and international health. *Can J Public Health*. 2006; 97(6):I-1.
33. Pan American Health Organization. *International Health: a North-South Debate*. Washington, D.C.: PAHO; 1992.
34. Cueto M. *El valor de la salud: una historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
35. Birn AE. No more surprising than a broken pitcher? maternal and child health in the early years of the Pan American Health Organization. *Can Bull of Med Hist*. 2002;19(1): 17-46.
36. Fleury S. Que proteção social para qual democracia? Dilemas da inclusão social na América Latina. *Soc Med*. 2010;5(1):61-78.
37. Almeida Filho N, Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Med Soc*. 1999;75:5-30.
38. Campos GWdS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):219-30.
39. Waitzkin H. *Medicine and public health at the end of empire*. Boulder, CO: Paradigm Publishers; 2011.
40. Granda E. Algunas reflexiones a los veinticuatro años de la ALAMES. *Soc Med*. 2008;3(2): 217-25.
41. López Arellano O, Saint Martin FP. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Soc Med*. 2006;1(3):82-102.
42. Feinsilver J. Cuban health politics at home and abroad. En: Panitch L, Leys C, editors. *Morbid Symptoms: Health under Capitalism*. London: Merlin Press; 2009. Pp. 216-39.
43. Buss P, Ferreira J. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(6):2699-711.
44. Erisman HM. *Cuban Medical Internationalism: Origins, Evolution, and Goals*. New York: Palgrave Macmillan; 2009.
45. Beldarrain Chaple E. La salud pública en Cuba y su experiencia internacional (1959-2005). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2006;13(3):709-16.
46. Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Gahr Store J, Tidiane Gadio C, Dlamini-Zuma N, et al. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet*. 2007;369(9570):1373-8.
47. People's Health Movement/Centre Europe Tiers Monde. *La Santé pour Tous: Se réapproprié Alma Ata*. Geneva: PHM/CETIM; 2007.
48. Rodríguez MI. *Construyendo la esperanza: estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014*. San Salvador: 2009
49. Rodríguez MI. El Programa de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud. *Salud Publica Mex*. 1991;33(4):422-32.
50. Ministerio de Salud. "Dimensión Internacional," Capítulo 14. Informe de Labores 2010-2011 (junio 2010-mayo 2011). San Salvador: MINSAL.