

Las prioridades de salud del mundo en desarrollo

Alberto Infante

Recibido 10.02.2013 - Aceptado 27.04.2013

Resumen / Résumé / Abstract

Un viaje a la India que incluyó un recorrido por el slum de Dharavi (Bombay) y una visita a la Fundación Vicente Ferrer (Anantapur, Andhara Pradesh); la primera clase de la 12ª edición del máster en salud internacional impartida a continuación en la ENS/ISCIII, incluyendo la exposición que una antigua alumna hizo sobre su experiencia en un distrito rural de Uganda; y la jornada organizada poco después con ocasión del 50º aniversario de la ONG Medicus Mundi, llevan al autor a plantearse una serie de reflexiones sobre lo aprendido a lo largo de una vida profesional en buena medida dedicada a la salud internacional. El resumen es sencillo: ser menos prescriptivo y escuchar más. Dos principios generales parecen, no obstante, seguir siendo válidos: respeto a los derechos humanos y buena gobernanza.

Un voyage en Inde qui inclut un parcours dans le bidonville de Dharavi (Bombay) et une visite à la Fondation Vicente Ferrer (Anantapur, Andhara Pradesh) ; le premier cours de la 12ème édition du Master en santé internationale, inclus par la suite dans ENS/ISCIII avec l'exposition d'une ancienne élève sur son expérience dans un district rural de l'Ouganda ; et une journée organisée un peu plus tard à l'occasion de 50e anniversaire de l'ONG Medicus Mundi, conduit l'auteur à se poser une série de questions sur les leçons apprises tout au long d'une carrière dont il a consacré une partie importante à la santé internationale. Le résumé est simple : il faut être moins prescriptif et écouter plus. Cependant, deux principes généraux semblent demeurer valides : le respect des droits de l'homme et la bonne gouvernance.

A trip to India that included a tour through the slum of Dharavi (Bombay) and a visit to the Vicente Ferrer Foundation (Anantapur, Andhara Pradesh); the first class taught in the 12th edition of the Master in International Health at the ENS/ISCIII (which included the presentation by a former student about her experience in a rural region of Uganda); the conference organized to celebrate the 50th anniversary of the NGO Medicus Mundi: such experiences have lead the author to question everything he had learned during a professional life dedicated mainly to international health. The summary is simple: it is very important to less prescriptive and to listen more. Nevertheless, two general principles seem to still be valid: respect the human rights and good governance.

Palabras clave / Mots-clé / Key Words

Mundo en desarrollo, India, Uganda, Medicus Mundi, salud internacional

Monde en développement, Inde, Ouganda, Medicus Mundi, santé internationale.

Developing world, India, Uganda, Medicus Mundi, International Health.

Reflexiones sobre un viaje a la India

El verano pasado mi mujer, dos amigos y yo hicimos un viaje por el sur de la India. Llegamos a Bombay y nos quedamos en esa ciudad, la más densamente poblada del mundo, durante tres días. El hotel estaba en el centro colonial y financiero de la ciudad y en el vestíbulo había una cajita con folletos para turistas. Nos llamó la atención el de una ONG que, bajo el lema *Real India*, ofrecía recorridos guiados por la ciudad, entre otros al *slum* de Dharavi, por una modesta cantidad de dinero. Tras alguna discusión decidimos llamar. El folleto indicaba que el 80% del dinero obtenido se dedicaba a proyectos sociales en el propio *slum* y eso nos animó. Una voz femenina nos citó en un quiosco de periódicos de *Church Station* situada no lejos del hotel.

Nuestro guía fue puntual. Pese al tráfico humano lo identificamos con facilidad: llevaba la camisa azul claro con el logo de la ONG. Nuestro grupo incluía tres chicas españolas, una joven polaca y un japonés. Tomamos un tren, recorrimos siete estaciones y bajamos. En la salida nos

unimos a otros dos grupos con sus respectivos guías: todos jóvenes, todos con camisa azul, todos universitarios. Nos explicaron que dentro del *slum* no podíamos tomar fotos y nos aconsejaron no dar limosnas ni regalos. “*Slum*”, aclaró nuestro guía, “es una palabra inglesa que designa cualquier edificio construido sobre un terreno cuyo propietario es distinto al del edificio”. Y añadió: “Originalmente el terreno donde se asienta de Dharavi eran unas marismas donde habitaba una pequeña comunidad de pescadores... formalmente pertenece a la ciudad. Hoy vive aquí en torno a millón y medio de personas”.

Durante las siguientes cinco horas hicimos un recorrido que resiste cualquier descripción. Una forma de acercarse a cómo se vive en un *slum* de Bombay (según nuestro guía la mitad de los casi 20 millones de habitantes de la ciudad, la más rica de la India, viven en *slums*) es ver el reportaje fotográfico realizado por J. Bendixsen para *National Geographic* y leer el texto de M. Jacobson que lo acompaña¹. Pero no hay forma de reproducir el impacto sensorial y emocional de haber estado allí. Pocas cosas interpelan más sobre el tipo de “mundo globalizado” (muchos de los minúsculos hornos y talleres del *slum* son el eslabón final de una cadena en cuya cúspide se encuentran grandes empresas indias y multinacionales) en que vivimos. Y probablemente nada ilustra mejor sobre cuales son las prioridades de salud de la mayoría de la gente que habita las megalópolis de los países en desarrollo²: agua potable y saneamiento básico; vivienda y urbanismo decentes; empleo digno; atención sanitaria oportuna, accesible y de calidad; educación para todos; igualdad de género... Y, sobre todo, capacidad para decidir sobre sus destinos... en particular para mujeres y niñas³.

Para finalizar nos llevaron a un centro educativo (en ese momento se impartía una clase de inglés y la mayoría de alumnos eran mujeres) y a la sede de la ONG. Allí pregunté quiénes la dirigían y de dónde venía el dinero. “Nos financian americanos y europeos” respondió el administrador “Y los principales gestores son norteamericanos y alemanes”. Pregunté si los ricos indios aportaban algo, si habían organizado fundaciones benéficas. “Sí, claro” respondió “pero su principal objetivo es mejorar imagen y desgravar impuestos... Tienen lujosas sedes y elegantes secretarías... Y es muy poco lo que llega hasta aquí”. Por la noche, muy cansado, entré la base estadística de la

OMS. Entre 2000 y 2010 el gasto total en salud de la India había descendido del 4,3 al 3,7% del PIB, del cual la parte públicamente financiada había pasado del 26 al 28%. El gasto público per cápita en salud de India había pasado de 17 a 36 dólares internacionales en ese periodo⁴.

De Bombay volamos a Bangalore y a la mañana siguiente fuimos por carretera a Anantapur, a la sede de la Fundación Vicente Ferrer. Anantapur está al sur del estado de Andhra Pradesh. Tiempo atrás nuestros amigos habían apadrinado un niño a través de la Fundación y querían visitarlo. Pasamos allí dos noches y vivimos otra experiencia inolvidable. Muchas de las carreteras estaban cortadas por piquetes que protestaban por el intento de separar el norte del estado (donde se encuentra la capital, Hyderabad, el Sillycon Valley de la India, y se recauda la mayor parte de los impuestos) del sur (más agrícola, tradicional emisor de mano de obra y donde se gasta la mayor parte de esos impuestos). La Fundación está constituida como un *Rural Development Trust* (un proyecto de “desarrollo rural integrado”) y desde hace más de una década desarrolla proyectos en educación, sanidad, personas con discapacidad, mujeres, vivienda y ecología⁵. Nada más llegar, nos instalaron en unas sobrias cabañas. A continuación visitamos las escuelas y talleres para niñas y niños con discapacidades sensoriales y mentales. “Los educadores son de aquí, están bien formados; los programas son validados por el

¹ National Geographic: “Dharavi: Mumbai’s shadow city”. <http://ngm.nationalgeographic.com/2007/05/dharavi-mumbai-slum/jacobson-text>

² Según UNHabitat (<http://www.unhabitat.org/content.asp>) los habitantes de *slums* en el mundo pasaron de 1.000 millones en 2007 y podrían llegar a 1.390 millones en 2020; en Asia y el Pacífico dos de cada cinco habitantes urbanos vivían en *slums* y en África la proporción es tres de cada cinco.

³ Como es sabido, la mutilación genital, los matrimonios forzados a edades tempranas y el aborto e infanticidios selectivos de las niñas siguen siendo un problema serio en muchas partes del mundo. Tal como pudimos comprobar leyendo los diarios, el aborto selectivo de niñas sigue siendo un problema en muchas zonas de la India, hasta el punto de que el gobierno se está planteando regular de algún modo la dispensación de la píldora RU-486 para tratar de frenarlo. En China parece existir un problema similar.

⁴ Ver: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf. En España el gasto público per cápita en salud pasó de 1.101 a 2.268 dólares internacionales entre los mismos años.

⁵ Al respecto puede consultarse: www.fundacionvicenteferrer.org/es/

gobierno del estado” aclaró el guía. Y añadió: “Si les gusta alguna tela o algún objeto pueden adquirirlos en la tienda de la Fundación”. Nos cautivaron la amabilidad y dulzura con que los niños y niñas nos recibieron. Todo parecía bien organizado y responder a un propósito. En la tienda nos atendió un voluntario. Tendría unos treinta años y era de Alicante. “Soy economista” dijo “Y hasta hace un par de meses trabajaba en un gabinete de inversiones. Un día no pude más y lo dejé... Tenía algún dinero ahorrado. Pienso quedarme aquí dos o tres meses más. Después ya veré.”

Por la mañana salimos en dirección noroeste, hacia la aldea donde vivía el niño apadrinado. Un piquete nos cortó el paso y tuvimos que dar un rodeo por un camino rural. Atravesamos parajes cada vez más áridos y pedregosos donde la gente vive en pequeñas aldeas, cultiva cacahuetes (para exportar), lentejas, alguna que otra hortaliza. Se veían pocas vacas y menos búfalos; abundaban los espinos y los rebaños de cabras. Según nos contaron, dos o tres décadas atrás una misión del Banco Mundial declaró la zona “irrecuperable” y aconsejó al gobierno trasladar la población a otro lugar (¿a un *slum* de Hyerabad o de Bangalore, quizá?). Entonces llegó Vicente Ferrer y puso en marcha su proyecto. Empezó cavando pozos. A ambos lados de la carretera vimos pozos, acequias, algunas huertas. Todo a un nivel muy modesto pero suficiente para retener a buena parte de la población. Más aún si acompaña de vivienda (co-financiada), escuelas, agentes de salud, dispensarios y hospitales (la Fundación regenta tres), microcréditos para las mujeres que desean iniciar su propio negocio (una diminuta sastrería, una búfala...). No sin conflictos de todo tipo (intrafamiliares, interétnicos, intercastas, interreligiosos, con las administraciones...) por supuesto. “No asustarse y aprender a manejarlos forma parte del empoderamiento de los grupos desfavorecidos, y de las mujeres” nos explicó la guía, de familia musulmana y ataviada al modo hindú. Tardamos tres horas y media en recorrer noventa kilómetros. Al llegar el recibimiento fue memorable. La mitad de aldea salió a recibirnos. “Sois los segundos occidentales en llegar aquí. Hace cinco meses vino una pareja que tiene a otro niño apadrinado” dijo la guía, que sostenía la carpeta con el dossier del “nuestro” en la mano. El abuelo, en patriarca, salió a recibirnos. Nos hizo pasar, nos mostró el interior de la casa. “Descendemos de pescadores” explicó, señalando orgulloso las nasas colgadas del techo. No era una vivienda pequeña, tenía cierto estatus.

Recordé que en su origen las castas guardaban una estrecha relación con los oficios. Nos invitaron a sentarnos en el patio y trajeron cocos recién horadados, fruta y refrescos. Treinta o cuarenta personas, a duras penas contenidas por el responsable de la Fundación en la zona, nos observaban desde la calle. El suelo del patio era de tierra batida, estaba cubierto con un enramado de tallos de buganvilia y hojas de palma, y tenía un hogar de leña en uno de sus lados. Todo limpio y ordenado. Nuestros amigos le entregaron al chico un pantalón y una camisa comprados en Anantapur la tarde anterior. Entró, se cambió y reapareció vestido con ellos. Todos sonrieron. Salimos, nos hicimos fotos con la familia y con la gente, se las mostramos. Disfrutaban viéndose en la pantalla de la cámara y sonreían todo el rato. Repartimos caramelos y dulces. Hicimos más fotos. No encontrábamos el momento de irnos. Por fin subimos al coche y partimos. Estábamos emocionados.

A continuación nos llevaron hasta la escuelita de una aldea cercana. Entramos. Sentadas en el suelo había más de cien mujeres. Nos sentaron en la tarima y el responsable de la Fundación nos explicó quienes eran esas mujeres (miembros de “tribus” entendí) y detalló las actividades del programa. Luego le dio la palabra a varias de ellas. Recuerdo a una mujer mayor que portaba un cofrecito metálico. “La agente de salud” explicó el responsable, y le pidió que mostrara el contenido del cofre. Ella lo hizo con orgullo. “Ayuda con los problemas menores y con embarazos y partos no complicados. También les dice a las familias cuando ir al centro de salud o al hospital, y se ocupa de que vayan”. Querían escucharnos, que dijéramos algo. Mi mujer improvisó un brevísimo y emocionado discurso que el responsable tradujo sobre la marcha. Por lo que vimos sus caras debió de gustarles. Un grupo improvisó luego una danza tradicional cuyos movimientos remedaban las faenas del campo. Por fin nos levantamos, nos mezclamos con ellas y también con quienes seguían la reunión desde la calle. Repartimos caramelos, apretones de manos y abrazos⁶. Nos hubiéramos quedado más pero el tiempo corría y faltaba otra visita. Esta vez al hospital que la Fundación mantiene en Bathapalli.

⁶ Para comprender con detalle la situación actual de las mujeres en la India puede leerse: A. M. Dussault *Voyage Dans l'Inde des Indienne*. Les éditions du remue-ménage. Québec, 2013, 140 págs.

Se trataba de un hospital comarcal de algo más de 300 camas construido hará siete u ocho años en una amplia parcela de las afueras de la ciudad. Como era de esperar, estaba atestado de gente, sobre de mujeres y niños. Pese al gentío no había sensación de barullo. La arquitectura estaba bien pensada (solo tres plantas con abundante luz natural y un amplio patio en el centro), la señalización era clara, la gente estaba tranquila, las instalaciones ofrecían un aspecto impoluto. En general, las cosas parecían bien organizadas. Pudimos ver la admisión, el archivo (manual) de historias clínicas, la farmacia, las consultas de la planta baja y una sala de obstetricia “modelo Ninghtingale”, situada en la primera. El acceso a las unidades de hospitalización estaba bloqueado por una verja con cerrojo. Según nos dijeron, las familias incluidas en los proyectos desarrollados por la Fundación cuentan con una especie de “seguro” de salud y su asistencia hospitalaria comenzó siendo gratuita. Sin embargo, el desbalance entre ingresos y gastos obligó a establecer hace poco un copago general del 40% para los adultos. Me hubiera gustado profundizar en esto pero, el director del hospital no estaba en aquél momento. El hospital anda corto de médicos; los distintos servicios clínicos cuentan con uno y, si hay suerte, con dos. Las intervenciones de mayor complejidad o bien las derivan a hospitales de mayor complejidad (muy alejados) o las retienen hasta que llegan los equipos de médicos voluntarios, la mayoría procedentes (como luego supimos) de Barcelona, Valencia y Palma. Al parecer no andaban tan escasos de personal de enfermería pero no tuve tiempo de confirmarlo. Terminamos la visita almorzando en el comedor del personal y volvimos luego a Anantapur, justo a tiempo para la entrevista que el día anterior le habíamos pedido a Anne Ferrer.

Anne nos recibió en el pequeño y atestado despacho que, según dijo, había sido de Vicente. Ofrecía el aspecto de una tranquila y sabia matrona que sabe lo que se trae entre manos. Nos preguntó como habían ido las visitas y se lo contamos. Luego le expliqué brevemente mi trayectoria profesional, le conté donde trabajaba y le pregunté de qué modo pensaba ella que podíamos ayudarles desde un sitio como la ENS. “No nos dedicamos a tratar enfermos” insistió. No costó mucho identificarlo. “Necesitamos mejorar la gestión de los hospitales” dijo. Me ofreció a intentarlo y le pedí que le dijera al director del de Bathapalli que me enviara un correo. Nos contó que iba a ir a San Sebastian a

finales del mes para asistir al estreno de una película sobre la vida de su marido. Lamentamos no poder coincidir. A los tres días de mi regreso a la Escuela recibí el esperado correo. Entretanto yo había contactado con un grupo de médicos del hospital de Guadalajara, profesionales con mucha experiencia en gestión y en cooperación al desarrollo, y en el que algunos hablaban inglés. Les expliqué mis impresiones tras la visita y los puse en contacto con el director, pidiéndole a este que me mantuviera en copia. En mi fuero interno, dudaba de que finalmente pudiera armarse algo (de sobra sé que, como dice el tango, “la distancia es el olvido”) pero, pese a los años (y las decepciones) si algo he aprendido es a seguirlo intentando, a no tirar con facilidad la toalla.

Una clase de Salud Internacional

Doce días después de volver de la India comenzó la 12ª edición del Diploma en Salud Internacional en la ENS. Se habían matriculado diecisiete alumnos, doce de ellos procedían de América Latina, tres de África y dos de España. Me tocó impartir la primera clase. La titulé “*La Salud Internacional: concepto, historia, prioridades, actores y fuentes de información*”. De manera sucinta presenté la evolución del concepto de salud internacional, desde la visión tradicional ligada al control de las pandemias y la cuarentena, a la más actual sobre la que, por ejemplo, se basa la última edición del Reglamento Sanitario Internacional⁷. Expliqué la transformación de la *ayuda al desarrollo en cooperación internacional*; el incremento de la presencia de la ONG’s durante las décadas de los 80 y los 90; los efectos de la globalización sobre la salud y la reciente consideración de la salud como un asunto de seguridad nacional y global^{8,9} por algunos; el surgimiento y significación de la iniciativa sobre los *Determinantes Sociales de la Salud*¹⁰; el importante peso de los objetivos de salud dentro de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*¹¹. También hablé del radical giro en el origen de los recursos

⁷ Ver: www.who.int/ihr/es/

⁸ Ver, por ejemplo: www.ghsi.ca/

⁹ Dominique Kerouedan. *Comment la santé est devenu un enjeu géopolitique*. Le Monde diplomatique, juillet, 2013.

¹⁰ Ver: www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/

¹¹ Ver: www.un.org/es/millenniumgoals/

de la cooperación sanitaria (de mayoritariamente públicos a mayoritariamente privados) durante los últimos veinte años¹²; del surgimiento y poderoso papel actual de algunos PPP (“*public-private partnership*”) tales como el *Fondo Global* o el *GAVI*; de la creciente condicionalidad de los fondos que los países entregan a la OMS; de los asuntos considerados prioritarios en el *12º Programa General de Trabajo de la OMS (2014-2019)*; de la vigente estrategia de salud de la Unión Europea¹³; del papel de los medios de comunicación en esta esfera; del recurrente debate sobre la utilidad/inutilidad de la cooperación en salud¹⁴; y de las iniciativas de algunas ONG’s en este campo¹⁵. Finalmente y, tomando como base algunos ejemplos recientes y ampliamente publicitados¹⁶, insistí en la creciente importancia que hoy se otorga a la (buena) gobernanza de las políticas públicas y en particular de las políticas de salud^{17, 18}.

Semanas antes, mientras preparaba esa sesión, se me ocurrió que, además de la clásica exposición teórica, sería útil que los alumnos conocieran, desde el primer día, un caso concreto. Para eso, invité a S.Q., que había sido alumna de la 10ª edición del curso a que hiciera una presentación. S.Q. tiene treinta y cinco años, es médico de familia y madre de una niña de diez. S.Q. acababa de volver de una estancia de varios meses en un distrito rural de Uganda cercano a los Grandes Lagos. A S.Q. la envié a Uganda una ONG española para que averiguara por qué el hospital de aquél distrito (construido y equipado con fondos de la ONG y gestionado por una orden religiosa) tenía una ocupación mucho más baja de la esperada. S.Q. no había estado nunca en Uganda y su exposición resultó un ameno y bien ilustrado relato de las distintas fases por las que atravesó antes de conseguir su objetivo principal. En condiciones “normales” (es decir, del mundo desarrollado) ese objetivo (que la directora del centro le proporcionase información fiable sobre tarifas, ingresos y gastos del hospital para, con base en ella, averiguar si existían o no barreras económicas de acceso) le habría tomado de tres a cinco días. Allí le tomó casi seis meses. Según los propios alumnos, su análisis autocrítico de esos seis meses les reforzó la convicción de que: a) los defectos de planificación o la poca claridad en los compromisos asumidos (el compromiso inicial de la ONG había sido “donar” el hospital pero luego habían cambiado de criterio y estaban considerando seguir financiándolo parcialmente, algo que los gestores no acababan de tener claro y, en consecuencia no veían la utilidad de

esa fiscalización posterior) tienden a arrastrarse a lo largo del tiempo y son de difícil reversión posterior; b) el contexto (geográfico, cultural político, etc.) acaba siendo cuasi-determinante a la hora de entender tanto las dinámicas como el impacto final de los programas sobre el terreno, de modo que cuanto antes y más profundamente se comprenda, mejor irá todo; c) si el “factor humano” es siempre, y en cualquier circunstancia, determinante, aún lo es más cuanto menos organizado y tecnificado es el entorno en que se opera.

Esta iniciativa se completó dos días más tarde invitándoles a asistir a la Jornada organizada con ocasión del 50º Aniversario de la ONG *Medicus Mundi*. Esta jornada se organizó en torno a tres mesas redondas: a) “La Atención Primaria de Salud como pilar de los sistemas de salud”; b) “Personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario” y c) “La salud en el Post2015: Cobertura Universal ¿una manera de asegurar el derecho a la salud para todas las personas?”. Entre otras cosas, la jornada les permitió conocer el modelo de “atención integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud” que, tras veinte años de experiencia, y con el apoyo del gobierno de Navarra, *Medicus Mundi* inició en 2011 en varias zonas-piloto de tres países latinoamericanos (Guatemala, Bolivia y Perú). Se trata de un modelo basado en una visión renovada de la estrategia de atención primaria de salud y en una visión holística articulada en torno a doce claves que interactúan unas con otras (Fig. 1)¹⁹.

¹² En 2008 se estimó que 40 donantes bilaterales, 26 agencias de Naciones Unidas, 20 fondos regionales y globales, 90 iniciativas globales, más de 14.000 misiones sanitarias globales y un número indeterminado de ONG’s, partenariados y otras organizaciones estaban operando en 54 países. Ese año, el conjunto de estas organizaciones manejó un estimado de 22 mil millones de USD. Es decir, más de cinco veces el presupuesto de la OMS Citado en: www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.109-3701

¹³ Ver: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

¹⁴ Ver: **Lola Huete Machado** “La cooperación no es una causa perdida” *EL PAÍS* **22 NOV 2011**

¹⁵ Ver, por ejemplo: www.ghwatch.org/

¹⁶ Entre otros: “GSK confiesa haber cometido delitos de corrupción en China”. *EL PAÍS*, Madrid **11 JUL 2013**

¹⁷ Helmut Brand. *Good governance for the public’s health*. *European Journal of Public Health* (2007) Vol. 17, No. 6, 541

¹⁸ Ver: www.healthgovmonitor.org

¹⁹ *Medicus Mundi*. “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina”. www.saludintegralincluyente.org



Figura 1

El debate que siguió permitió: a) insistir en la necesidad de aumentar gasto público en salud en una región cuyas economías han atravesado una etapa de cierto crecimiento económico durante los últimos veinte años²⁰; b) comprobar que la mayoría de los sistemas de salud de América Latina siguen siendo fragmentados y segmentados, así como el carácter semi-fallido de algunos de los más notables intentos de extensión de cobertura realizados durante los noventa (por ejemplo, el Sistema Unificado de Salud de Brasil o la Ley 100 de Colombia) sobre todo si los comparamos con algunas experiencias más exitosas en otras latitudes (por ejemplo, en Tailandia y Turquía); c) subrayar el efecto a menudo contraproducente de los programas de cooperación verticales que siguen dominando los esquemas operativos de muchos PPP y de buen número de organismos y agencias internacionales; d) recuperar el concepto de atención primaria de salud como estrategia transformadora del conjunto del sistema frente a su reducción habitual a un mero "nivel de atención"; y e) comprender mejor tanto la aplicación práctica del modelo propuesto como algunas de sus posibles limitaciones, entre ellas el riesgo de que las experiencias-piloto queden limitadas a zonas rurales de difícil acceso o a poblaciones minoritarias o marginales, perdiendo así su carácter transformador del conjunto del sistema.

Durante la posterior comida con los organizadores y ponentes no me resistí a comentar el contenido del discurso de Jim Yong Kim, presidente del Banco Mundial (y médico y antropólogo) en la última Asamblea Mundial de la Salud²¹, impensable hace solo cuatro o cinco años, así como el reciente artículo de Rick Rowden sobre la ausencia de la obligada rendición de cuentas por los daños a la salud de millones de personas que causaron las anteriores políticas de esta (y otras) institución(es) financiera(s) internacional(es)²². No pude comentarles, pues la recibí unas semanas después, la excelente revisión de Joan Tallada sobre estos temas²³ aunque por supuesto, se la distribuí inmediatamente a los alumnos.

Reflexiones finales

Si miro hacia atrás, descubro que, de un modo u otro, he estado implicado en temas de planificación y gestión de servicios de salud en España y otras partes del mundo, durante gran parte de mis 35 años de vida profesional, la mitad de ese tiempo directamente involucrado en temas de "salud internacional". En consecuencia, me siento legitimado para preguntarme qué he aprendido –o creo haber aprendido– en este tiempo.

²⁰ Considerando a la región en conjunto, durante el período 1990-2009 pueden distinguirse cuatro fases diferenciadas. Durante la primera de ellas, que abarca hasta 1997, creció a un ritmo anual promedio del 3,2%, frente al 2,4% de media en la OCDE. La segunda abarcó de 1998 a 2003 y durante ese período América Latina creció a un ritmo del 1,6% medio anual frente al 2,3% de la OCDE. La tercera fue de 2004 a 2008 cuando América Latina tuvo un crecimiento medio del 5,4% frente al 2,3% de la OCDE. La coyuntura se invirtió a partir de 2009 cuando la producción cayó un -1,9%, si bien fue una caída modesta en comparación con la recesión sufrida en la OCDE (-3,4%). Cuadernos de Capital y Crecimiento. Fundación BBVA, Madrid 2010.

²¹ Ver: www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly

²² Rick Rowden. "The ghosts of user fees past: Exploring accountability for victims of a 30-year economic policy mistake". Health and Human Rights, Vol. 15, No. 1, June 2013, pp. 175-85. www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/13/2013/06/Rowden-FINAL.pdf. 7 b 0

²³ Joan Tallada. "El poder, el dinero y los recursos: la equidad en salud en un mundo globalizado". Instituto de Salud Global. Barcelona, noviembre 2013

Lo **primero** que creo haber aprendido es que acerca de **la salud y la enfermedad** ha habido (y sigue habiendo) numerosas definiciones, y que las vivencias que los individuos y los grupos humanos tienen sobre su salud, y sobre las circunstancias en que esta se acrecienta o se deteriora, varían ampliamente entre las distintas culturas y también dentro de una misma “cultura”²⁴. Para quien desee trabajar en el ámbito de la salud internacional se trata de un hecho capital.

La **segunda** lección es que lo usualmente se denominan “**sistemas de salud**” son productos sociales complejos, históricamente condicionados, que a menudo tienen más diferencias que similitudes entre sí. Lo cual sigue siendo cierto cuando comparamos países pertenecientes a una misma región del mundo (e incluso países limítrofes como por ejemplo Nicaragua y Costa Rica o Tailandia y Birmania). Y también regiones dentro de un mismo país (si es suficientemente grande). En este campo comparar bien es difícil, tanto más cuanto más agregada y pretendidamente “simple” intenta ser esa comparación. Lo complejo es complejo y tratar de simplificarlo suele ser una buena vía para equivocarse. Olvidar esta elemental consideración ha llevado algunas veces a conclusiones absurdas²⁵.

La **tercera** es que sobre la salud, la enfermedad y las políticas públicas relacionadas con ellas (incluidos los sistemas de salud) **no existen puntos de vista exclusivamente “técnicos” o soluciones “neutrales y asépticas”**, al modo como a menudo se han presentado (y todavía se presentan) por parte de los organismos internacionales y otros poderosos actores. El conocimiento científico es, sin duda, condición necesaria. Y cuanto más solidamente anclada en él se halle una decisión o una política, tanto mejor. Pero puede no ser condición suficiente. En torno a la salud y a los sistemas de salud se mueven grandes intereses, muchos confesables y otros no tanto. Por ejemplo, las reformas de los sistemas de salud impulsadas durante la década de los años 90 por las instituciones financieras, fueron presentadas como una opción “técnica” para aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia de estos, cuando en realidad formaban parte de una operación más amplia destinada a reducir el papel del Estado y aumentar las oportunidades de ganancia del sector privado en los diferentes sectores sociales, incluida la sanidad²⁶. Con frecuencia, “Reforma”, “Modernización” y “Eficiencia” fueron utilizados (todavía

lo son) no tanto como conceptos cuyos significados pueden (y deben) variar dependiendo de las circunstancias, sino en calidad de “valores abstractos y universales” cuyo significado exacto era conocido solo por los “expertos” enviados por dichas instituciones para “convencer” a los países de la necesidad de suscribir determinados préstamos, cuando no como meros eslóganes propagandísticos.

La **cuarta** es que, a estos efectos, “**países en desarrollo**” (o “países de desarrollo mediano y bajo” en la terminología del Banco Mundial) resulta ser una categoría excesivamente amplia y no muy útil, cuando no confundente. De hecho, forma parte de una clasificación creada por el Banco Mundial hace ya años para sus operaciones analíticas y de préstamo, ha sido muy criticada y es periódicamente revisada. En 2010, y de acuerdo a su PIB per capita, el Banco Mundial dividía a los países en: países de ingreso bajo (1,005 USD o menos); países de ingreso mediano-bajo (1,006 a 3,975 USD); países de ingreso mediano-alto (3,976 a 12,275 USD); y países de ingreso alto (12,276 USD o más). Esto significa que se podían encontrar en una misma categoría países tan disímiles como Somalia y Costa Rica o Tchad y México. Incluso dentro de un mismo grupo (por ejemplo, el de los países de ingreso bajo) relativamente homogéneo en función de su nivel de renta, las diferencias geográficas, históricas, culturales, demográficas y epidemiológicas pueden ser enormes. Piénsese, sin

²⁴ Ver, por ejemplo: Silvia Valero Caballero. *Un recorrido sobre el concepto de salud*. U. Nacional de Tucumán (Argentina). Agosto 2011. www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=264:un-recor

²⁵ Un ejemplo de esto fue el WHR2000, “*Health Systems: Improving Performance*” (www.who.int/health-systems-performance/whr2000.htm) un sofisticado ejercicio para clasificar el desempeño de los sistemas de salud de los países del mundo, del mejor al peor, utilizando un conjunto de categorías analíticas y de indicadores que finalmente se “sintetizaban” en un solo número-índice. El Informe, interesante por diversas razones, generó una controversia mundial insuperable, la menor de sus causas no fue el hecho de que a los efectos de esa clasificación se consideraran comparables (como si de equipos de una liga de baloncesto se tratase) los sistemas de salud de, digamos, San Marino e India o de Andorra y China, algo que sonaba como mínimo “extraño” a casi todo el mundo... menos a los promotores del Informe. Quien desee profundizar en el tema puede leer: Vicente Navarro. *Assessment of the World Health Report 2000*. *The Lancet*, 2000; 356: 1598–601.

²⁶ Homedes N, Ugalde A. *Why neoliberal health reforms have failed in Latin America*. *Health Policy*. 2005 Jan; 71(1):83-96.

ir más lejos, en los casos de Tchad y Nepal, o de Haití y la República Democrática de Corea.

La **quinta** lección es que la mayoría de la veces el **contexto** donde operan los sistemas de salud es más importante que el “texto”. Conseguir la paz (por ejemplo, en Somalia o en Siria), poner fin a estados de violencia social crónica (por ejemplo, en muchas zonas de México, República Centroafricana, Palestina, El Salvador u Honduras); acabar con la especulación sobre el precio de los alimentos, eliminar las mafias que trafican con personas, armas o drogas ilegales, o construir diques, carreteras y embalses, o disponer de un plan efectivo para prevenir y paliar desastres naturales, puede salvar más vidas y ahorrar más sufrimientos que construir un hospital. Y existe evidencia sobrada de que aumentar los niveles de ingreso y de educación de una comunidad se correlaciona de manera fuertemente positiva mejoras en el nivel de salud; más aún, a niveles de ingreso similares, el nivel de salud se correlaciona fuertemente con el nivel educativo^{27,28} sobre todo cuando aumenta el nivel educativo de las mujeres²⁹. Obviamente, el logro de esas mejoras no es una responsabilidad directa de quienes trabajan en los sistemas de salud; pero insistir en su necesidad y en la interrelación de esos factores con la salud de la gente sí puede serlo.

La **sexta** lección es que **la gente** importa. La mayor parte de las veces son las conductas de la gente lo que promueve o deteriora su salud. Un sistema de salud no es sino un conjunto de personas con conocimientos “especiales” organizado para trabajar con (y sobre) otras personas. La organización y las tecnologías son indispensables, desde luego, pero instrumentales. Su misión es facilitar la solución de los problemas de salud, no entorpecerla o generar otros nuevos, por lo que deben ser apropiadas al medio³⁰. Reforzar las relaciones entre los profesionales de la salud y la gente, sobre todo en el nivel primario, reorientar el conjunto de los dispositivos y servicios en esta dirección, fortalecería su capacidad de respuesta (y no solo en los países en vías de desarrollo)

Y, **por último**, aunque no menos importante, es que la **gobernanza** es determinante. Siendo Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan lo expresó claramente: “*Good governance is perhaps the single most important factor in eradicating poverty and promoting develop-*

ment”³¹. La buena gobernanza (tanto de la sociedad como de los sistemas de salud) es favorable para la salud. La corrupción, el crimen, la ausencia de transparencia, de participación y de rendición de cuentas, y los conflictos de interés –es decir, la mala gobernanza– son nocivos para la salud. Aunque solo sea porque inducen (o no desalientan) prácticas inadecuadas y gastos innecesarios. Probablemente, no se requiere abundar mucho sobre esto. Los medios de comunicación proporcionan a diario multitud de ejemplos.

Estas siete reflexiones me han ido haciendo menos prescriptivo y más “situacionista” (“*context-oriented*”) de lo que era hace treinta y cinco años. Si de algo me he convencido es que en materia de salud y de sistemas de salud no existen soluciones universales (generales) a problemas locales (concretos). Las soluciones suelen encontrarse relativamente cerca (y ser específicas) de los problemas (que tienden a ser muy específicos). Con frecuencia, las gentes del lugar y los profesionales de la salud que allí trabajan las conocen. Tal vez algunos no siempre sepan siempre expresarlas en la jerga profesional al uso, pero en general las conocen. Por tanto, cuando uno llega de fuera, lo mejor que puede hacer es escuchar, estudiar, y a continuación preguntar y escuchar de nuevo. Solamente tras un periodo de aprendizaje sobre el terreno (que puede tomar unos pocos días o varios meses) se encuentra uno legitimado

²⁷ Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. *Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature*. J. Gen Inter Med 2004 Dec; 19(12):1228-39.

²⁸ Montero Granados, R. Sánchez Campillo, J. *Los vínculos entre salud y nivel educativo en España: una aproximación empírica*. Departamento de Economía aplicada. Documento de trabajo 6/2005. Universidad de Granada, 2005.

²⁹ PNUD. *World Development Report 2012*. Chapter 3, pags. 104-48

³⁰ Sobre el concepto de tecnologías en salud “apropiadas” existe abundante literatura. Una forma de orientarse puede ser empezar con: A. Infante (editor) *El Desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. OPS/OMS. Washington DC. 1997. Y después explorar las páginas electrónicas de: INAHTA (www.inahta.org), la Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH, www.cadth.ca) o el Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU, www.sbu.se)

³¹ Citado por Sandip Bhosale en “*Good Governance and Fundamental Rights*”, Rajiv Gandhi National University of Law, Patiala (India) www.academia.edu/1256740/Good_Governance_and_Fundamental_Rights

—ante sí mismo y ante la gente— para poner sobre al mesa, y siempre con las necesarias cautelas, algunos ejemplos foráneos por si de ellos, de sus aciertos y sus errores, de sus fortalezas y sus debilidades, pudieran extraerse algunas enseñanzas útiles. Con todo, y no tan paradójicamente

como pudiera parecer a primera vista, se me han reafirmado algunos principios básicos que, como los diez mandamientos, pueden resumirse en dos: respeto inquebrantable de los derechos humanos y buena gobernanza. Con su observancia estricta ya tendríamos mucho adelantado.