

Entrevista: la desigualdad es el concepto clave para la discusión de la salud en el contexto internacional

Gastão Wagner de Souza Campos ¹

Cecília Lopes (entrevistadora/periodista)

Resumen *El desarrollo económico, científico, tecnológico y la innovación influyen en las desigualdades entre los países, sobre todo en las condiciones de salud y de bienestar de sus poblaciones. Este es un fenómeno que se produce entre países y dentro de ellos. Cómo reducir estas desigualdades y cómo analizar la salud en el contexto internacional son los temas de esta entrevista con Gastão Wagner, presidente de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco).*

¹ Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Av. Brasil 4.365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ. gastaowagner@mpc.com.br

¿Cómo usted analiza la salud en el contexto internacional?

La categoría analítica clave es la desigualdad. Existe una amplia heterogeneidad de las condiciones de salud en el mundo, tanto en relación al perfil epidemiológico de la población (morbilidad, mortalidad etc.), como de instrumentos de políticas y de programas para hacer frente a estos problemas. Esta desigualdad se revela entre las regiones de un país, entre países y entre continentes.

Hay progresos significativos en el acceso a las tecnologías, las vacunas, al control ambiental, al control de la utilización de los alimentos, a plaguicidas y medicamentos en los países europeos, por ejemplo. Sin embargo, al mismo tiempo, convivimos con ciertas situaciones como se estuviéramos en la Primera Guerra Mundial, en el siglo XIX; es el caso de los refugiados, de la alta tasa de mortalidad por causas prevenibles, de la desnutrición, de enfermedades infecciosas y de las mortalidades materna e infantil en algunas poblaciones.

Otro tema es el de la violencia, ¿no? Siria, principalmente, vive una fuerte regresión social. África, con intervenciones de grandes empresas y grupos, la presencia de mercenarios. Una situación de salud muy mala, dependiendo de la interferencia de Médicos Sin Fronteras, de programas focales importantes, sin embargo...

¿Sin embargo?

A pesar de los esfuerzos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las desigualdades en el acceso al derecho a la protección de la salud prevalecen. Lo que existe es una ayuda de emergencia de la propia ONU, las organizaciones de todos los continentes, las organizaciones no gubernamentales y apoyos conjuntos de organizaciones filantrópicas.

Incluso aquí, en América Latina, existe una disparidad de derechos, que se reflejan en los indicadores de salud. Si comparamos la esperanza de vida en Brasil y Paraguay, para ejemplificar con un país vecino, encontramos una gran diferencia en la esperanza de vida y la supervivencia de las personas que viven con enfermedades crónicas en general. Este es resultado del desarrollo político, social y económico singular de cada país.

Otro punto clave para este análisis es la existencia o no de un sistema nacional público de salud. Los países con sistemas públicos de gra-

do medio o razonable de eficacia compensan las desigualdades económicas y sociales. Compensan con el acceso, con acciones intersectoriales, con la promoción de la salud y con otras políticas públicas.

Así que los países que logran construir e implementar estas políticas públicas y especialmente los sistemas públicos de salud, aunque parcialmente, como es el caso de Brasil, consiguen garantizar la protección de los derechos sociales.

Las organizaciones internacionales, además de estos programas de emergencia, necesitan defender los sistemas públicos de salud, ¿verdad? Además de los lemas de “salud para todos en el año no sé cuándo...”.

Usted ha señalado algunos problemas éticos presentes en la discusión de la salud a nivel internacional. ¿Cuáles serían los principales?

Creo que hay un dilema ético, o mejor dicho, varios dilemas éticos. Piketty (Thomas Piketty, autor de *El Capital* en el siglo XXI) plantea en su libro la relación desequilibrada entre la concentración de la riqueza y las políticas públicas, entre ellas el derecho a la salud, las necesidades de salud y la salud como un negocio. En este caso, representada por el complejo médico industrial que los sistemas públicos no estatizan y no socializan en la mayoría de los países, pero tratan de hacer negociaciones mejores y más apropiadas. La vigilancia sanitaria intenta poner límites a la distribución y comercialización de productos del complejo médico industrial. Las políticas tratan de impedir el uso de los exámenes médicos complementarios de internación. De todos modos, es una relación muy compleja debido a que la lógica y la racionalidad de los sistemas públicos son las necesidades de salud. La racionalidad básica del complejo médico industrial, que es privado, es la del mercado; quien tiene dinero compra, quien no lo tiene no compra.

Sobre los medicamentos para VIH/SIDA, por ejemplo, esto es muy claro. Brasil es uno de los pocos países en el mundo que ha asumido como política pública la integralidad de la atención, tanto en la prevención como en la promoción. Una decisión que es resultado de nuestra lucha para conseguir recursos, negociar, fabricar medicamentos genéricos y romper las patentes. Esto no es simple.

Hay un gran dilema ético y político que explica gran parte de estas desigualdades, además de la

dominación económica de una parte del mundo. Tenemos que ver qué hacer con este conflicto ético y político entre esas dos racionalidades.

¿Y hay solución? ¿Cuáles serían los caminos posibles?

Si se piensa en una solución “todo o nada”, no hay manera. Pero si se piensa en un coeficiente, sí la hay. Muchos países enfrentan este dilema. Estados Unidos, por ser rico, lo enfrenta en el ámbito de los negocios, la cultura liberal y tradicional del mercado. Y está claro que no es sólo una cuestión de la formación intelectual de la población, de los políticos o del nivel de la educación. Creo que, en América del Sur, Brasil ha enfrentado este tema centrándose más en las necesidades de salud. Con la política de VIH/SIDA y en el caso de las vacunas, por ejemplo, el país cuenta con fabricación propia y negocia firme con el sector privado, a pesar de todo el patrimonialismo y ese concubinato mercado-Estado. Aún así, estamos razonablemente mejor que otros países.

El Nethis (Núcleo de Estudios sobre Bioética y Diplomacia en Salud) ha estado trabajando en los últimos años con la correlación de los conceptos de desarrollo, desigualdad y cooperación internacional. La problematización central está en el impacto del desarrollo científico y tecnológico y de la innovación en las desigualdades entre países. ¿Cómo la cooperación podría reducir estas desigualdades? ¿Cuál es su opinión?

Las universidades y la investigación pública, como política pública, tienen que tener autonomía. La universidad fue creada para tener autonomía en relación a la Iglesia Católica en Europa. Y, después, la universidad se ha desarrollado para tener autonomía en relación al Estado. Hoy en día, además, hay la autonomía en relación al mercado, aunque la autonomía es siempre relativa, pues la academia estudia la iglesia, se relaciona con el Estado, forma gente para el Estado, hace la Escuela de Gobierno etc.

Defiendo que el presupuesto público para la investigación tiene que ser dividido, una parte para la libre iniciativa de los científicos y la dinámica académica y la otra parte para las políticas públicas, centradas en las necesidades de la salud. O sea, tenemos que hacer que esta combinación.

¿Y cuando la ciencia sirve a una minoría y avanza hacia el lado opuesto de los intereses de la sociedad?

El desarrollo científico y tecnológico mundial y la innovación no garantizan la salud y el bienestar si todos estos movimientos son apropiados por el mercado y el acceso pasa a depender del costo.

No estoy culpando a los científicos por pensar la ciencia aplicada. Creo que la ONU, la Organización Mundial de la Salud y la Abrasco tienen que pensar en la aplicación y el impacto de esa ciencia y tecnología.

¿Y la cooperación entre los países?

Es fundamental. Diez países tienen más poder de negociación frente a los monopolios de vacunas, medicamentos y equipos que un país apenas. Brasil, cuando negocia las vacunas con otros países que tienen una mayor capacidad de producción e investigación, podría hacerlo conjuntamente con África, por ejemplo. Obviamente no podemos tener perjuicios, financiar los costes, pero podemos tener esta cooperación entre políticas públicas. Creo que este es el camino, la cooperación es fundamental.

El problema es que nuestros gobiernos hablan del Estado como si fuera una cosa neutra, pero todo gobierno tiene cierta competición de fuerzas y ese conglomerado tiene capacidad de entrar en estos bloques políticos con un poder muy grande, ¿verdad? En los medios de comunicación, en la opinión pública... A menudo se impide la cooperación y la hace rehén de la posición de cada gobierno.

¿Cómo la participación de la población en cuestiones de salud repercute en las decisiones políticas de un Estado?

Si no hay un movimiento social muy fuerte, perdemos para esa dinámica del mercado cada vez más concentrado y del complejo médico industrial, sus intelectuales orgánicos y los periodistas que repiten los discursos de esos intereses. La OMS y la ONU son cajas de resonancia que van a negociar estas diversas presiones. Las presiones que, en general, lo hacen las academias y los profesionales de la salud, los movimientos de los usuarios, populares, que interfieren en la opinión

pública y ocupan espacios en los medios, tienen que persistir. Si el movimiento social es fuerte, entonces tenemos oportunidades para aprobar leyes, sistemas, políticas más apropiadas, legitimar la ONU y la OMS para tener una política más firme, una política con “P” mayúscula y no una política que sirve a intereses menores. Esta racionalidad del mercado en todas las áreas tiene que ser desnaturalizada. Esto es lo que el discurso conservador, liberal y radical intenta naturalizar. Ellos naturalizan un producto que es social, que es la salud. El uso de plaguicidas, por ejemplo, es un caso típico; si fuera por el complejo médico industrial y la industria química, viviríamos en un mundo químico.

¿En qué medida los intereses de la sociedad están representados en las acciones de los Estados a nivel internacional, en el caso de la salud?

La presión y la fuerza política del mercado y de los intereses económicos están siempre presentes y fuertes, pero no siempre prevalecen. Voy a dar un ejemplo internacional: el boicot al apartheid en Sudáfrica duró entre 15 y 20 años y el 98% de los países no lo violaron. Otro ejemplo que no prevaleció el 100%, pero creció mucho, fue el boicot de los Estados Unidos a Cuba; sólo los países comunistas negociaban con Cuba. Después, con la democratización de América Latina, algunos países volvieron a comercializar e invertir. Esto también es cooperación. Es decir, estos espacios de mediación tienen que ser creados y el resultado no se conoce, hay que intentarlo. La política sirve para esto, ¡Abrasco sirve para esto!

¿Cómo usted interpreta el cambio del concepto, en que algunos autores han estado trabajando, de salud internacional para salud global?

Indica una corresponsabilidad, es decir, la salud es del planeta, de todas las personas y todas las naciones. Es una declaración importante de intenciones del punto de vista conceptual y ético. Ahora, ¿qué implicaciones prácticas tendrá este cambio? Depende de la batalla, la lucha y el conflicto. Utilizamos mucho esta cosa de cambiar el nombre para no cambiar la realidad. Tiene un cierto movimiento que es demagógico, no en este caso, sino en general.

Porque si hay una situación de crisis, se da otro nombre y fingen que se ha resuelto el pro-

blema o no se enfrentan las consecuencias concretas de este problema. Nuestra Constitución de 1988 tiene una perspectiva de derecho de los pueblos indígenas interesante en comparación con otros pueblos de América Latina. Resulta que, en la práctica, ellos son agredidos por la agroindustria y las minerías. ¿Es bueno tener esta ley? Por supuesto, pero ¿cómo aseguramos la puesta en práctica de esta ley?

En este caso, el concepto global indica una preocupación, el problema con la salud de los refugiados es nuestro, el problema de salud en Etiopía es nuestro.

¿Cuándo dices nuestro, a quién se refiere? En esta discusión sobre la salud global, algunos autores consideran que sólo se refiere a los Estados, mientras que otros autores entienden que es posible dar voz a otros actores, tales como las industrias y otros conglomerados, con intereses comerciales diversos en la salud.

Cuando dije nuestro, hablé de la humanidad en general. Resulta que la humanidad es heterogénea, estratificada, y hablar de la humanidad es un concepto abstracto también, ¿verdad? Nosotros tenemos a los pueblos indígenas, afrodescendientes, brasileños, empresarios, trabajadores, desempleados, africanos, refugiados, latinoamericanos, europeos etc. La idea de que sólo el Estado... No es así, es el Estado y la sociedad; cuando se habla del Estado, se incluye a toda esta gente. Esta idea del Estado mínimo, de que los actores no estatales producirán políticas públicas es un error. La idea de que sólo el Estado, en la esperanza del socialismo real, producirá el bienestar estatizando todo también demostró ser errónea.

Creo que tenemos que aprender con el siglo XX, con el pasado. Este fortalecimiento del mercado y de la ideología, la ética y la política liberal – neoliberal, como se le llama – es en parte debido a las grandes pérdidas en el ámbito de los derechos sociales universales. Los Estados comunistas fracasaron desde el punto de vista democrático, de libertad, de bienestar y de respecto por la naturaleza.

Por lo que la discusión que se debe tener es otra, hay que replantear los sistemas sin la lógica del mercado, porque si no lo hacemos, no son políticas públicas, vuelven a ser de mercado.

El radicalismo de la política pública es que toda la planificación de la gestión no se hace en

el nombre del más apto. Las políticas sociales han creado una lógica de defender a los más vulnerables, ya sean ancianos, discapacitados, los que no tienen seguro privado, los químicamente dependientes etc.

Las políticas públicas son para todos y cada país tiene que desarrollar sus técnicas y sus coeficientes. Hay que tener en cuenta dos racionalidades. No veo ninguna propuesta hoy para tener mercado cero, no veo ningún sentido.

Acerca de esta Resolución [La Resolución del Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA) de la OMS fue aprobada en mayo del 2016], aprobada por la OMS, que tiene como objetivo crear límites para la relación con las fundaciones, ONG, empresas privadas e instituciones académicas. Esto afecta directamente la Abrasco, ¿qué te parece?

Tenemos un desafío internacional en el tercer milenio con respecto a los actores no estatales que refleja en la discusión de la OMS. Actores no estatales es un nombre genérico que más esconde que esclarece. Si nos fijamos en la industria farmacéutica y los Médicos Sin Fronteras, ellos son actores no estatales, la Abrasco, una asociación de salud pública, también no es estatal. Así que hay una heterogeneidad que es difícil de tratar, pero es mejor reconocer esta heterogeneidad y trabajar con diferentes normas de relacionamiento.

Creo que hay que hacerlo desde que se reconozcan estas diferencias y el conflicto de intereses. No creo ser posible vivir en un mundo estatal, no queremos más ese tipo de cosa, no funcionó.

Ahora, ¿cómo puede la sociedad controlarlo una vez fuera de las elecciones y fuera de los grupos de presión? Quien lo hace son las empresas que tienen muchos más recursos, mucho más empleados economistas y publicistas.

Así que, otra vez mencionando a Piketty, él termina el libro elucidando esta cosa de la concentración del ingreso en manos de un pequeño porcentaje de la población. Esta concentración de capital reduce la producción de la cultura, de explicaciones para el mundo, de narrativas, del control del poder ejecutivo, del parlamento. Es decir, la democracia en favor de esos intereses, de esta minoría, es la democracia entre comillas.

Usted señaló el papel de la Abrasco en estos espacios de mediación. ¿Cómo la Asociación participa en foros internacionales?

La Abrasco participa de las asociaciones con sus congéneres e incluso está siempre presente junto a la Asamblea General de la OMS. Participamos de las Asambleas de la OMS y de la OPS como invitada, sin derecho a voto, pero tratando de influir en la agenda y los temas que consideramos relevantes para la salud global. Hablamos, distribuimos documentos, articulamos con otras entidades asociativas del mundo y las ONG.

La actuación de la Abrasco es muy precaria aún, pero es la posible, porque es muy caro hacerlo. El precio de cada reunión internacional cuesta un tercio del presupuesto de la Abrasco; es muy difícil porque nosotros lo pagamos. Si hacemos parte de la delegación del Ministerio de Salud, no podemos hacer nuestro discurso con autonomía.

