

Financiación de la salud en el mundo: una mirada geopolítica de la agenda internacional de salud

Health financing in the world: a geopolitical perspective of the international health agenda

María Belén Herrero

Licenciada en Sociología; Doctora en Ciencias Sociales; Especialista en Epidemiología y Salud Internacional. Área de Relaciones Internacionales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Argentina)-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Coordinadora de la Diplomatura en Salud Internacional: Una herramienta para la construcción de la soberanía sanitaria, de la Escuela de Gobierno en Salud "Floreal Ferrara", La Plata, Argentina

Resumen

Introducción: La salud se configura como el producto de un proceso de determinación social. Diversas condiciones inciden en el estado de salud de las poblaciones y abarcan distintos niveles, desde el biológico e individual hasta el macroestructural. Este último ha desempeñado un papel crucial en la evolución dispar de la pandemia de COVID-19 en los países, especialmente en América Latina, y la salud internacional deviene en una herramienta valiosa para comprender esta dinámica. **Objetivos:** Analizar el financiamiento de la salud internacional y reflexionar sobre la arquitectura de la salud global en el contexto de la pandemia. **Métodos:** Metodología cualitativa basada en datos secundarios. Se analizaron documentos e informes sobre el financiamiento de la salud internacional y se utilizaron datos del Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (1990-2021) y de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB). **Resultados:** El financiamiento de la salud global en la OMS muestra un desequilibrio entre contribuciones obligatorias y voluntarias, otorgando poder a un puñado de países ricos y al sector privado. La pandemia resalta debilidades en la preparación de sistemas de salud, la fragmentación de la agenda global en salud en América Latina y la distribución desigual de recursos. **Conclusiones:** La influencia de un grupo de países ricos, y de actores como la Fundación Bill y Melinda Gates y alianzas público-privadas, ha modificado la agenda de salud global. Urge la necesidad de financiamiento más equitativo, fortalecimiento de los sistemas de salud y coordinación eficaz en la cooperación internacional. La Cooperación Sur-Sur emerge como una herramienta potente para la integración regional y la soberanía, involucrando a diversos actores en la formulación de políticas de salud. Los desafíos actuales requieren respuestas colectivas para abordar las intersecciones entre salud internacional y problemáticas medioambientales y sanitarias.

Palabras clave: salud global, cooperación internacional, geopolítica, América Latina

Abstract

Introduction: Health is shaped as the product of a process of social determination, where various conditions influence the health status of populations. These determinants cover different levels, from the biological and individual to the macrostructural. The latter has played a crucial role in the uneven evolution of the COVID-19 pandemic in countries, especially in Latin America, and international health becomes a valuable tool to understand this dynamic. **Objectives:** To analyze international health financing and reflect on the architecture of global health within the context of the pandemic. **Methods:** Qualitative methodology based on secondary data. An analysis has been conducted on documents and reports related to international health financing, using data from the Institute of Health Evaluation and Metrics (1990-2021) and from the Ibero-American general secretary. **Results:** Global health financing, in WHO, shows an imbalance between mandatory and voluntary contributions, granting power to a handful of rich countries and the private sector. The pandemic highlights weaknesses in the preparation of health systems, the fragmentation of the global health agenda in Latin America, and the unequal distribution of resources. **Conclusions:** The influence of a group of rich countries, together with actors such as the Bill and Melinda Gates Foundation and public-private alliances, has modified the global health agenda. There is an urgent need for more equitable financing, the strengthening of health systems, and effective coordination in international cooperation. South-South Cooperation emerges as a powerful tool for regional integration and sovereignty, involving various parties in the formulation of health policies. Current challenges require collective responses to address the intersections between international health and environmental and health issues.

Keywords: global health, international cooperation, geopolitics, Latin America

Introducción

Es evidente que las formas de vivir de la sociedad contemporánea, y –sobre todo– las decisiones políticas que se toman al respecto, impactan en la salud de las poblaciones, rebasando los límites locales, nacionales e, incluso, regionales.

El primer punto que debemos tener en cuenta es que la salud es el resultado de un complejo proceso de determinación social. Es decir, múltiples condiciones influyen en el estado de salud de las poblaciones. Estos determinantes sociales de la salud abarcan múltiples niveles, desde el biológico e individual, hasta el macroestructural en el que están incluidas las características demográficas; la situación

económica, ambiental y social; la estructura de los servicios de salud, y también –y muy importante– las políticas nacionales, regionales e internacionales.

Este nivel macroestructural ha jugado un papel fundamental en el devenir desigual de la pandemia de COVID-19 en los países, y la salud internacional puede brindar algunas herramientas para entenderlo. Este constituye un primer eje teórico de análisis de este texto.

Pero, ¿qué entendemos por salud internacional? Es aquella salud que traspasa las fronteras nacionales, que incide en la salud colectiva de las poblaciones y forma parte del campo de las relaciones internacionales. Surge, por lo tanto, como

resultado de esta interacción entre las relaciones internacionales y la salud pública o colectiva. Su estudio permite abordar el análisis de los determinantes nacionales e internacionales de la salud de las poblaciones.

El segundo eje a considerar es que las enfermedades no solo afectan a diferentes países de manera desigual, sino que también varían mucho en la forma en que impactan dentro de los países. En un mundo cada vez más interconectado, aunque las enfermedades no conocen fronteras, cuando las atraviesan encuentran canales específicos –socialmente estructurados– por los cuales circular. Por lo tanto, las enfermedades no se distribuyen de manera uniforme y no afectan a toda la población de la misma manera. En otras palabras, no existe una distribución democrática ni aleatoria de lo que afecta la salud de las poblaciones y, en general, las desigualdades sociales y las inequidades en salud determinan este proceso. Aunque parezca evidente, es importante destacarlo.

En ese sentido, las medidas implementadas para enfrentar una crisis como la pandemia son fundamentales, especialmente para evitar el impacto en aquellos sectores sociales que están más expuestos a las condiciones desiguales de enfermar y morir. El campo de la epidemiología internacional y de la salud colectiva ha hecho grandes aportes en nuestra región y nos ha brindado un lente fundamental para comprender este proceso. Este constituye el otro eje teórico que se enfatiza en este artículo.

El objetivo de este trabajo es doble. Por un lado, busca analizar el financiamiento de la salud internacional, y por el otro, reflexionar el impacto de la arquitectura de la salud global en el abordaje de la pandemia.

Para el cumplimiento de los objetivos se siguió una metodología cualitativa, basada en datos secundarios. Para ello se estudiaron documentos e informes sobre el financiamiento de la salud internacional y se realizó un análisis utilizando los datos disponibles entre 1990 y 2023, del Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (IHME, por sus siglas en inglés) y datos de la Secretaría General Iberoamericana.

La salud es un tema multidimensional y un asunto internacional incuestionable. Este artículo se centrará en la agenda de salud global y la cooperación en salud desde una perspectiva geopolítica, lo que, a su vez, puede aportar algunas herramientas para una comprensión más profunda de la evolución de la pandemia.

Este artículo se estructura en tres partes. En primer lugar, se abordará la transición de la salud internacional a la salud global: una transformación que, más que una mera modificación lingüística, se considera un cambio de era. La salud global se caracteriza por la participación de diversos actores que, en la actualidad, definen la agenda de salud internacional, lo cual se ha hecho particularmente visible en el contexto de la pandemia de COVID-19. En segundo lugar, se analiza la denominada arquitectura de la salud internacional y la cooperación en salud, particularmente el financiamiento

global, lo cual llevará a la necesidad de reevaluar y redefinir la agenda de salud internacional, una consecuencia directa de la transición mencionada anteriormente. Finalmente, se reflexionará en torno a los aportes de la Cooperación Sur-Sur en salud en América Latina y las posibilidades de una agenda de salud alternativa para la región.

La era de la salud global

En cuanto a la transición de la salud internacional a la salud global, lo primero a tener en cuenta es que la salud como tema internacional tiene una larga historia (Figura 1).

La transición de la salud internacional a la salud global ha sido un proceso complejo, marcado por diversas etapas y por la participación de actores con intereses a menudo contrapuestos. En este contexto, Herrero y Belardo¹ proponen una periodización que destaca cinco etapas clave en la evolución de la salud como tema internacional.

La primera etapa es la que denominan de una salud internacional incipiente (finales del siglo XIX). Esta fase inicial presenció el surgimiento de la salud como una cuestión internacional, vinculada estrechamente a la consolidación de los Estados-nación. Durante esta época, los Estados emergieron como actores clave, abordando asuntos de salud más allá de sus fronteras. Conferencias sanitarias internacionales, como la de París en 1851, marcaron hitos significativos en la respuesta a epidemias impulsadas por el crecimiento del comercio tras la Revolución Industrial. En las Américas, las conferencias regionales entre 1870 y 1881 establecieron las bases para la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).²

La segunda etapa, llamada de institucionalización de la salud internacional (principios del siglo XX), se caracterizó por el surgimiento de las primeras instituciones internacionales de salud, como la OPS en 1902, con la influencia destacada de la Fundación Rockefeller. La salud internacional se asoció con la acción sanitaria en zonas coloniales, y fue crucial para controlar epidemias en puertos marítimos y fronteras, protegiendo así intereses económicos. La medicina tropical se desarrolló en este contexto, vinculada a los imperativos imperialistas y centrada en la erradicación de enfermedades en áreas productoras de bienes como algodón y café.³

La tercera etapa, la de “una salud internacional en disputa” (pos Segunda Guerra Mundial), marcó el inicio con la creación de organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, y el reconocimiento de la salud como un derecho humano. Durante la Guerra Fría, las tensiones políticas e ideológicas entre bloques llevaron a dos enfoques rivales en la salud internacional. El enfoque occidental, liderado por Estados Unidos, promovió campañas técnicas para controlar enfermedades específicas, mientras que el oriental, liderado por los soviéticos, abogó por una visión integral de la salud pública.

La cuarta etapa es la que las autoras denominan de reconfiguración regresiva de la salud internacional (1980-2000).

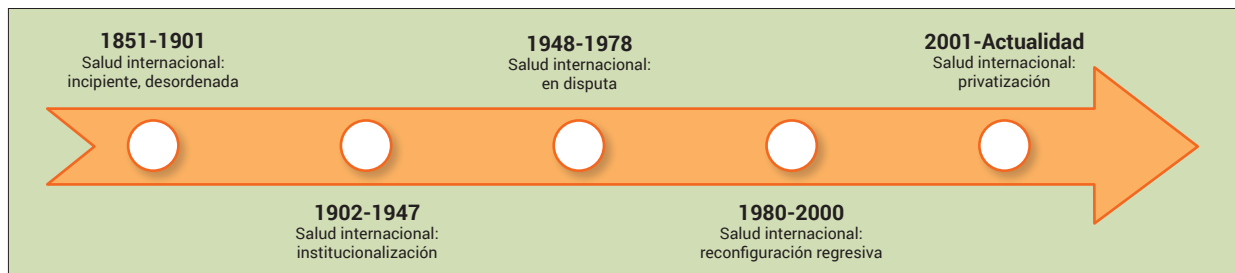


Figura 1. Devenir de la salud internacional.

Fuente: Herrero y Belardo, 2022.¹

La consolidación del orden neoliberal, en el marco del Consenso de Washington, impulsó reformas sanitarias selectivas y programas de ajuste estructural. Se adoptó un enfoque "occidental-vertical", priorizando intervenciones técnicas de bajo costo y de pequeña escala. El Banco Mundial desempeñó un papel central en este período, superando –en préstamos al sector de la salud– el presupuesto total de la OMS en la década de 1990.

Finalmente, la quinta etapa (que se inicia alrededor del año 2000) es la que las autoras llaman la "era de la salud global-privatización de la salud internacional". En este período, la OMS, bajo la administración de Brundtland, hizo énfasis en la búsqueda de fondos externos, dando lugar a las "alianzas globales" basadas en recursos de financiamiento privados y filantrópicos. El Fondo Mundial contra la Tuberculosis, el Sida y la Malaria; la Alianza GAVI, y la Alianza Stop TB son ejemplos destacados de estas alianzas público-privadas que han ejercido una influencia significativa en la definición de las agendas de salud a nivel global.

Así, la evolución de la salud internacional a la salud global ha sido un proceso dinámico, influido por cambios geopolíticos, económicos e ideológicos a lo largo del tiempo. La privatización creciente en la era de la salud global plantea desafíos fundamentales en la arquitectura y el financiamiento de la salud a nivel mundial. En la segunda parte de este artículo, exploraremos más a fondo estos desafíos y reflexionaremos sobre el panorama actual de la salud global desde 2000 hasta 2021.

El financiamiento de la salud global: ¿quién define, qué agenda?

En primer lugar, cabe considerar que, en el contexto del financiamiento de la OMS, se distinguen dos categorías de contribuciones: las obligatorias, que corresponden a las cuotas de los países miembros, y las voluntarias, que provienen de naciones o donantes externos. Las contribuciones obligatorias constituyen el presupuesto regular de la organización, y la OMS tiene autoridad para tomar decisiones sobre estos fondos. En contraste, las contribuciones voluntarias, que en la actualidad representan aproximadamente el 80% de los ingresos totales de la OMS, dependen en gran medida de un grupo reducido de países ricos y de aportaciones del sector privado, que deciden hacia donde van esos fondos. En contraposición, las contribuciones obligatorias

conforman menos del 20% del presupuesto total, destinadas principalmente a cubrir los gastos internos de la organización. En consecuencia, son los donantes quienes ejercen un control significativo sobre la dirección de estos recursos financieros.¹

Un ejemplo paradigmático de esta dinámica es que aproximadamente el 90% de los recursos destinados al Departamento de Medicamentos de la OMS proviene de la Fundación Bill y Melinda Gates, que determina la asignación de estos fondos. Esta financiación es, en consecuencia, direccionada hacia las áreas de interés de los donantes. Como se mencionó previamente, las alianzas público-privadas más preponderantes y con un fuerte impacto en la toma de decisiones en salud son el Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza GAVI (Alianza para las Vacunas). Estas alianzas son respaldadas sustancialmente por la Fundación Bill y Melinda Gates y subvenciones gubernamentales, que reciben directamente los fondos y luego los asignan a diversos programas de los países receptores. Esta práctica contribuye a socavar aún más la autoridad de la OMS y de otras organizaciones multilaterales en el ámbito de la salud. En la actualidad, estas alianzas distribuyen más de 23 millones de dólares a programas de salud en 140 países. En este contexto, se ha producido una fragmentación y falta de coordinación en la arquitectura global de la salud, y la orientación de los recursos está cada vez más influenciada por los donantes, lo que plantea un desafío importante para la cooperación internacional en el ámbito de la salud.

Un informe reciente del IHME correspondiente al año 2023 sobre el financiamiento de la salud mundial, señala que el 79% de los recursos destinados a la atención de la salud se concentraron en los países de altos ingresos, a pesar de que estos países representan únicamente el 16% de la población global. Esta disparidad en la asignación de recursos refleja una marcada desigualdad en el acceso a servicios de salud en todo el mundo.⁴

Además, el informe arroja luz sobre el financiamiento de la salud a través de los gobiernos, indicando que el 60% del gasto total provino de las arcas gubernamentales. Sin embargo, es importante destacar que esta cifra varió de manera significativa entre los diferentes países, según nivel de ingresos.⁴ De hecho, hasta 2019 (año que marcó el inicio de la pandemia de COVID-19), se asignaron 9.2 billones de dólares en

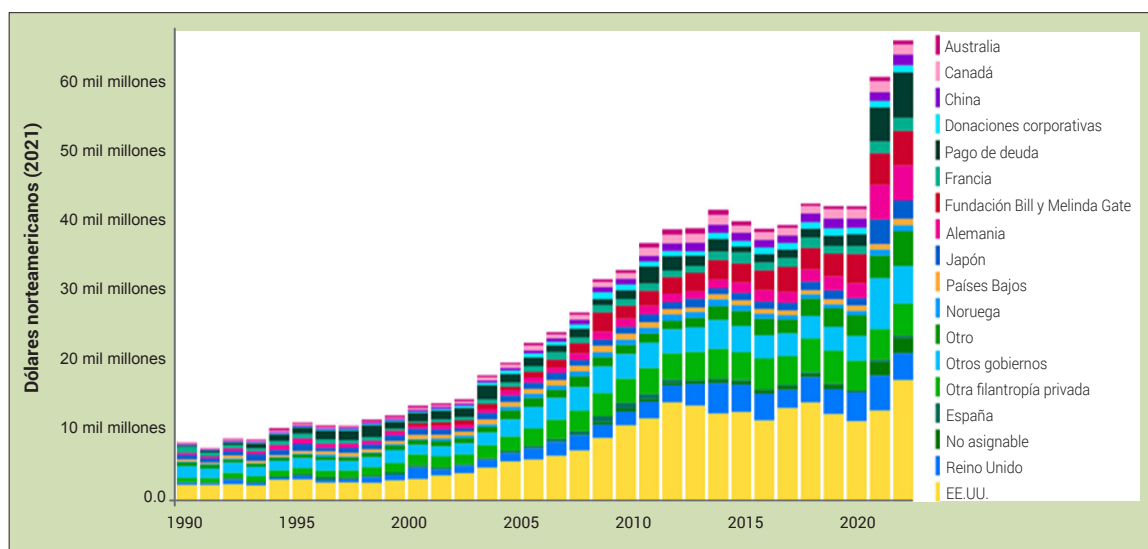


Figura 2. Fuentes del financiamiento global en salud, 1990-2021 (en dólares estadounidenses).

Fuente: Financing Global Health 2021. Institute of Health Metric and Evaluation. University of Washington; 2023.

gastos de salud en todo el mundo. Pero si observamos estas cifras al interior de los países, los de altos ingresos destinaron 7.3 billones de dólares en 2019, es decir, una cifra 294 veces mayor, en comparación con los 24.8 mil millones de dólares que gastaron los países de bajos ingresos en el mismo período.⁴

En cuanto a las fuentes de financiamiento en la salud global (Figura 2), a partir de 2000 es posible observar un considerable aumento, tanto en el ámbito público como en el privado. Comparando los fondos anuales provenientes de diversas fuentes, se observa un cuádruple aumento en este período, impulsado por el incremento de recursos procedentes de los Estados Unidos y del sector privado. Es relevante destacar que solo dos países y tres organizaciones no gubernamentales contribuyeron con aproximadamente dos tercios de la asistencia para el sector de la salud. En esta dinámica, Estados Unidos se erigió como el principal donante, seguido por el Reino Unido, Japón, Alemania, Francia, los Países Bajos, Canadá, Suecia, Noruega e Italia. En lo que respecta a las fuentes privadas, el crecimiento significativo de los fondos se relaciona con la entrada en escena de la Fundación Bill y Melinda Gates en la década de 2000.

Si observamos los canales de financiamiento en la salud global (Figura 3), es importante mencionar que, por un lado, fondos y alianzas como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; la Alianza GAVI y diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) (especialmente de los Estados Unidos), se han convertido en los principales canales de financiación para la salud mundial. Por otro lado, se ha registrado una disminución en los recursos que fluyen a través de las agencias de las Naciones Unidas. Este cambio no es casual, ya que actualmente la mayoría de la financiación en salud circula por fuera de los organismos multilaterales, lo cual –como se viene diciendo a lo largo del artículo– ha contribuido a profundizar el debilitamiento de dichos organismos. Ahora bien, si analizamos de donde provienen los distintos recursos, es posible observar que los países no los canalizan de la misma manera. Por ejemplo, resulta interesante observar que, mientras Francia, Italia y Alemania canalizan la financiación pública en salud global a través de mecanismos multilaterales, el Reino Unido y los Estados Unidos dirigen sus fondos públicos mediante mecanismos bilaterales, canales privados u ONG.

En consecuencia, esto plantea serias dificultades y desafíos al sistema multilateral y sus organismos. Esta transformación ha restringido la capacidad de los organismos multilaterales para gestionar los fondos y los ha sometido cada vez más a la influencia de unos pocos actores (públicos y privados) que actualmente definen la agenda de la salud a nivel internacional. Esta situación socava la capacidad de decisión de la mayoría de los países en el marco de estas organizaciones, lo que, a su vez, resulta de la subrepresentación de las naciones de bajos y medianos ingresos en los órganos rectores y espacios de decisión de las mencionadas alianzas y fundaciones.

Finalmente, en cuanto a los destinatarios de la financiación (Figura 4), es decir, los receptores de los fondos del financiamiento de la salud global, el gráfico muestra que, durante todo este período, África ha sido el continente que ha recibido la mayor cantidad de financiación. Asia se posiciona como la segunda región con mayor respaldo financiero. En contraste, América Latina, a pesar de ser una región altamente desigual, ha recibido apenas un 3% de estos recursos. Esta disparidad se relaciona con el interés geopolítico de los financiadores en intervenir en el continente africano y con los criterios de graduación de la asistencia al desarrollo que limita los fondos a los países menos adelantados (según clasificación del Banco Mundial). La falta de recursos excluye a la mayoría de los países de la toma de decisiones en salud global, limitando su participación en la elaboración de políticas y estrategias. A esto se suma que este enfoque “de arriba hacia abajo,” limita la capacidad de los estados receptores para reasignar los fondos de acuerdo con sus necesidades específicas.

El impacto de este perfil del financiamiento de la salud global es significativo y conlleva diversas implicaciones en la definición de la agenda de la salud global. Es por ello que resulta fundamental analizar “hacia dónde” van los recursos del financiamiento en salud (Figura 5).

Como muestra el gráfico, las prioridades y líneas de financiamiento están determinadas por un pequeño grupo de países ricos y por el capital privado (representado fundamentalmente por la industria farmacéutica, las alianzas globales, las fundaciones filantrópicas y las ONG). Esto da cuenta, en parte, la falta de alineación entre las realidades y necesidades epidemiológicas de los países en desarrollo, y los intereses y las prioridades de los donantes. En consecuencia, la agenda de salud global se ajusta cada vez

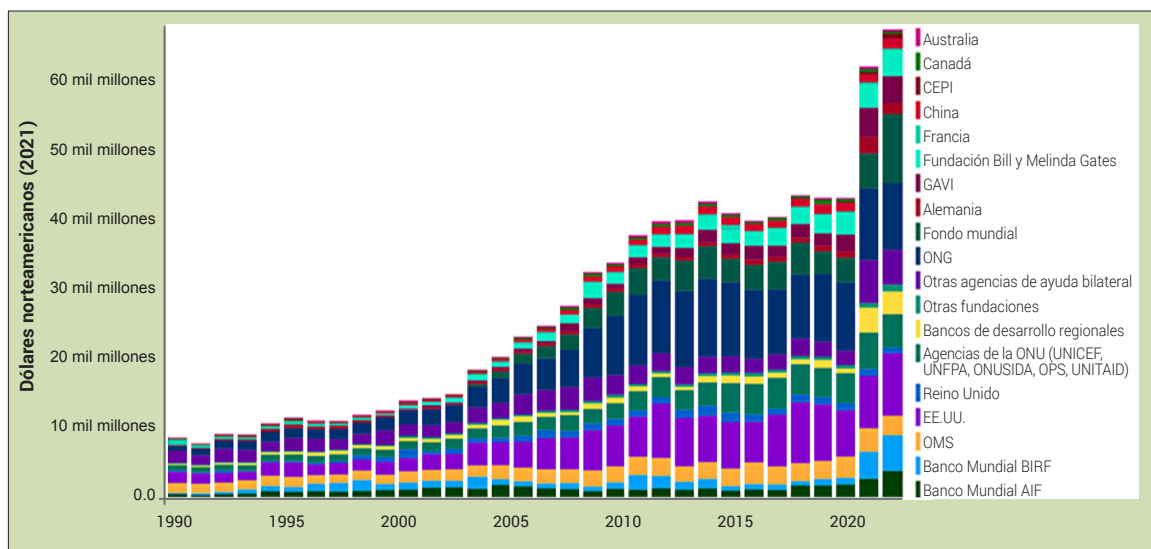


Figura 3. Canales del financiamiento global en salud, 1990-2021 (en dólares norteamericanos).

Fuente: Financing Global Health 2021. Institute of Health Metric and Evaluation. University of Washington; 2023.

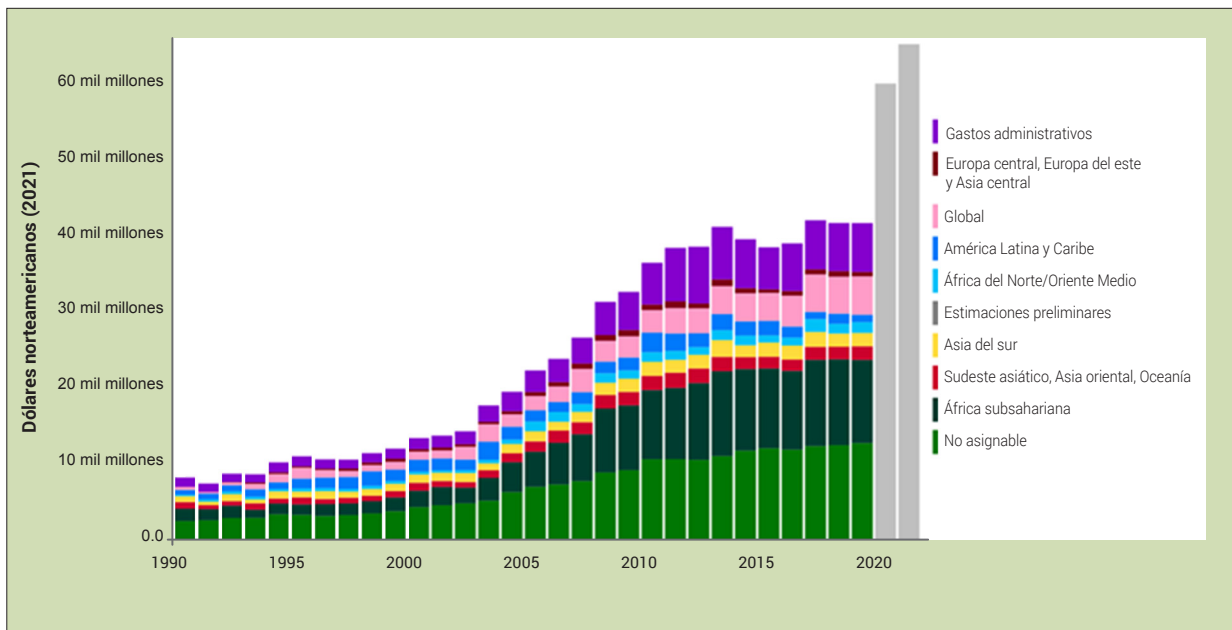


Figura 4. Receptores del financiamiento global en salud, 1990-2021 (en dólares norteamericanos).
Fuente: Financing Global Health 2021. Institute of Health Metric and Evaluation. University of Washington; 2023.

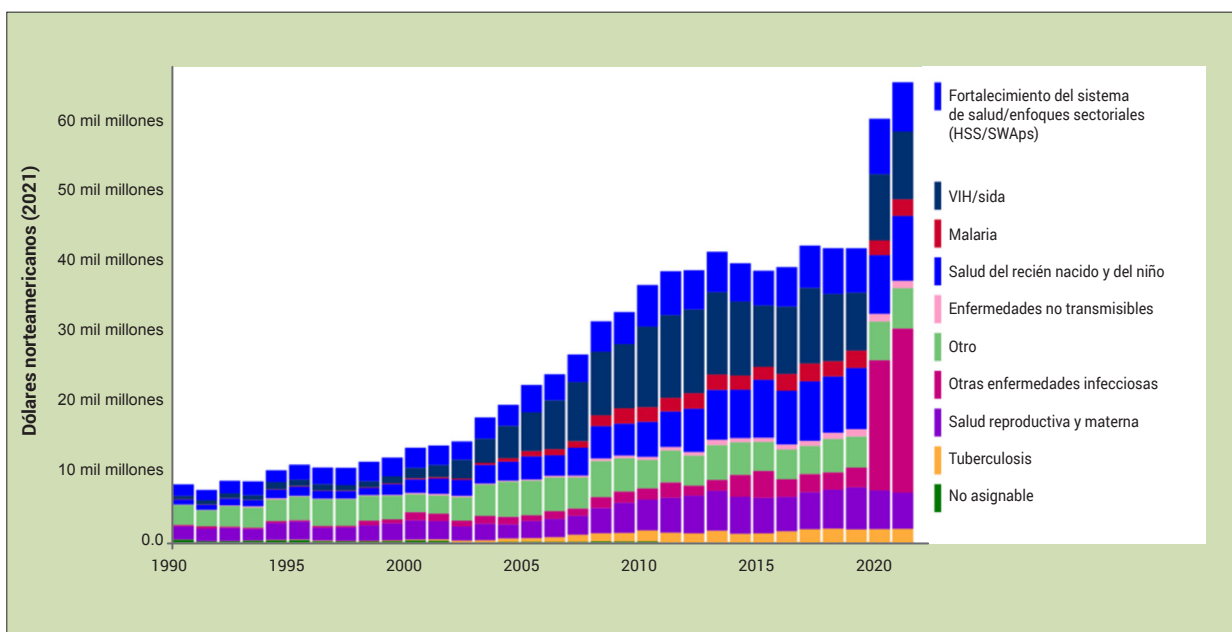


Figura 5. Áreas del financiamiento global en salud, 1990-2021 (en dólares norteamericanos).
Fuente: Financing Global Health 2021. Institute of Health Metric and Evaluation. University of Washington; 2023.

menos a las prioridades y necesidades de los países periféricos (es decir, de la mayor parte de los países) y se ve influenciada por los intereses de naciones ricas y actores del sector privado (Figura 5).

Otro aspecto a tener en cuenta es que este enfoque genera altos niveles de fragmentación y duplicación de actividades en salud global, lo que puede resultar en una asignación fragmentada y focalizada de recursos. Por ejemplo, en 2019, los recursos destinados al control de enfermedades infecciosas, como la malaria y la tuberculosis, ascendieron a 7000 millones de dólares, mientras que las enfermedades no transmisibles (ENT) recibieron solo 80 millones de dólares. Esto muestra una concentración de los recursos en las enfermedades infecciosas, entre ellas las enfermedades de

transmisión sexual (ETS), sobre todo en el VIH/sida, para las cuales se ha destinado el 63% de los recursos.

Cabría preguntarse si esto no está relacionado con el proceso de securitización de la salud y la preocupación de los países ricos por evitar la propagación de estas enfermedades infecciosas en sus territorios. Esta conexión entre salud, política exterior y seguridad se vuelve cada vez más evidente.

Un punto interesante de esta arquitectura de la salud global es el déficit en el financiamiento destinado al fortalecimiento de sistemas de salud. En efecto, los programas orientados a fortalecer los sistemas de salud son financiados de manera insuficiente en comparación con las intervenciones específicas relacionadas, por ejemplo, con medicamentos, tecnologías y patentes. La inversión en infraestructura de

inmunización a menudo prevalece sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Asimismo, la planificación de la salud se centra principalmente en la orientación a resultados, con un enfoque en la distribución de vacunas y medicamentos. Por ejemplo, solo el 10% de las contribuciones totales de la Alianza GAVI se dirigen al fortalecimiento de los sistemas de salud, mientras que gran parte de estos fondos se utiliza para infraestructura de inmunización. Esta situación lleva a una limitada capacidad de los países receptores para fortalecer sus capacidades nacionales y, en consecuencia, a la profundización de las brechas de desigualdad y el nivel de dependencia, dado que, en última instancia, esta dinámica puede conducir a los países más pobres a depender en mayor medida de recursos privados o créditos de organismos financieros, lo que se traduce, también, en aumentos de la deuda externa.

¿Qué sucedió con el financiamiento global en salud durante la pandemia?

La pandemia de COVID-19 ha tenido diversas y significativas implicaciones en la dinámica del financiamiento de la salud global.

La llegada de las vacunas se ha caracterizado por una marcada escasez y un acceso desigual a estas, lo que ha colocado a los países periféricos en una situación de "apartheid de vacunas". Aunque COVAX se estableció como un mecanismo global para coordinar respuestas y recursos, no ha logrado cumplir con el 20% de su objetivo, lo que ha dejado desatendidos a los países más empobrecidos.

Con respecto a la financiación de la salud, se observó un significativo aumento como resultado de la pandemia que provino, en su mayoría, de los propios países, especialmente de los más ricos. Según el informe del IHME (2023), la mayor parte de la asistencia al desarrollo destinada a combatir la COVID-19 provino de tres países: Estados Unidos, Japón y Alemania. Estos países aportaron un total de 8500 millones de dólares en 2021, principalmente para la adquisición y coordinación de vacunas. Paralelamente, se observó una disminución sostenida en la financiación de la OMS, en contraste con las alianzas público-privadas e instituciones como el Banco Mundial que canalizaron una parte significativa de los recursos (Figura 5). Este desfinanciamiento dificultó la capacidad de la OMS para gestionar la pandemia, lo cual abonó las críticas sobre su liderazgo. Aun así, este aumento sin precedentes del financiamiento para combatir la pandemia marcó un punto de inflexión en la asignación de recursos para la salud a nivel global.⁴

Sin embargo, y a pesar de este incremento en la inversión, es fundamental tener en cuenta que no todas las problemáticas de salud recibieron una atención equitativa. El informe del IHME señala que la asistencia para el desarrollo en el caso de ENT, salud reproductiva y materna (SRM) y enfoques sectoriales, y el fortalecimiento de los sistemas de salud disminuyeron entre 2020 y 2021, con caídas del 2.8%, 6.7% y 11.1%, respectivamente. En contraste, se registraron aumentos en la asistencia para la salud neonatal e infantil (10.3%), el VIH/sida (2.2%), la malaria (13.6%), otras enfermedades infecciosas (que incluyen la COVID-19) (26.1%) y la tuberculosis (2.1%) durante el mismo período. Por otro lado, en el marco de esta dinámica, la financiación de los donantes no siempre se alineó con las regiones que se vieron más afectadas por el virus, lo que subraya la distribución inequitativa de los recursos y dependiente del interés de los financiadores.⁴ En resumen, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto varios aspectos clave en la dinámica de la salud global. En primer lugar, el papel preponderante de algunos Estados, en particular los más ricos, en la financiación de la salud mundial. En segundo lugar, la creciente influencia

de las alianzas público-privadas en la agenda mundial de la salud. En tercer lugar, la disminución del poder de las organizaciones multilaterales. En cuarto lugar, las limitaciones del modelo de cooperación norte-sur para abordar problemas de desarrollo. En quinto lugar, la falta de preparación de los sistemas de salud y la escasez de sus recursos para enfrentar crisis como esta, al recibir menos financiamiento en términos proporcionales. Finalmente, y ante una agenda global de salud que se ha vuelto cada vez más fragmentada y enfocada en intervenciones específicas, la necesidad de integrar las agendas y abordar la cooperación internacional de manera más cohesionada y efectiva.

La pandemia representó una oportunidad perdida para mejorar las capacidades de los países y para integrar adecuadamente en las agendas los temas esenciales, como la salud y el medio ambiente.

Cooperación Sur-Sur en salud: una agenda alternativa en salud en América Latina

La presencia de la salud en la agenda regional no es nueva. De hecho, la región de las Américas ha sido pionera en la cooperación en este campo, ya desde la OPS en 1902, donde se establecieron las primeras acciones de cooperación en salud y donde la salud ha sido la trazadora de las relaciones internacionales.

Asimismo, en cada uno de los procesos regionales, en diferentes etapas, la salud ha sido un área de cooperación entre los países miembros. Con distintas formas de institucionalización y niveles de consolidación de cada uno de los proyectos de integración, lo destacable es que todos cuentan con instancias dedicadas al tema de la salud.

Sin embargo, a pesar de este escenario, la llegada de la COVID-19 a América Latina ocurrió en un momento de debilidad y fragmentación de los mecanismos de integración en la región, sobre todo en América del Sur. A pesar de ser una de las regiones más afectadas por la pandemia, América Latina ha recibido una cantidad muy limitada de dosis de vacunas. Casi dos años después de la llegada de las primeras vacunas a la región, COVAX ha logrado administrar solamente el 11% de ellas. Once países aún no han alcanzado la meta del 40% de inmunización contra la COVID-19 establecida por la OMS, y en Haití, el país más empobrecido de la región, solo el 2% de la población ha sido vacunada.

La mayoría de las vacunas se adquirieron de forma bilateral, a través de negociaciones entre cada país y las empresas farmacéuticas. No se produjo una respuesta conjunta para abordar la crisis, sino que prevalecieron las acciones individuales, lo que contribuyó a una mayor fragmentación de la agenda regional de salud, en un escenario político complejo caracterizado por el distanciamiento entre países. La pandemia ha sido también una oportunidad perdida para fortalecer la integración regional. A este panorama se sumó, además, la ausencia de UNASUR, una de las instancias que ha tenido un rol más protagónico en salud en toda la región de las Américas. La falta de una respuesta coordinada y la dependencia de las adquisiciones bilaterales de vacunas han contribuido a una mayor fragmentación de la agenda regional de salud. La región de América Latina enfrenta desafíos significativos en lo que respecta a la gestión de crisis sanitarias y a la cooperación en salud..

Llegados a este punto, cabe marcar las diferencias entre los dos principales modalidades de cooperación entre países, tanto a nivel regional como internacional.

La cooperación internacional en salud, en su modalidad norte-sur, ha transformado gradualmente el papel central del Estado en la política sanitaria, favoreciendo la participación del sector privado y destacando el protagonismo de fundaciones filantrópicas. Esta evolución ha tenido un impacto

negativo tanto en la concepción de la salud como en las estrategias de intervención. Ha dado prioridad a intervenciones verticales y sectorizadas, medicalizadas y basadas en la transferencia tecnológica. Esto se refleja en la orientación de los fondos de la cooperación internacional tradicional en salud (la llamada cooperación norte-sur), en la que prevalece la lógica de abordar enfermedades o problemas de salud específicos, como el VIH.

No se trata de menospreciar la importancia de estos fondos en los sistemas de salud o de cuestionar la necesidad de abordar estas enfermedades. El problema radica en la perspectiva enfocada en el riesgo, que no cuestiona ni revierte las condiciones de vida subyacentes que generan estas enfermedades. Estas condiciones están arraigadas en procesos estructurales que desencadenan desigualdades en la salud. Además, esta perspectiva se basa en relaciones asimétricas entre los países, dada la dependencia que genera y perpetúa en las naciones receptoras de los fondos.

En cuanto a la Cooperación Sur-Sur, se observa una tendencia a la disminución en los últimos años. Hacia comienzos del año 2020, con el inicio de la pandemia de COVID-19, existió un claro foco en la promoción de iniciativas dentro del sector, con proyectos que buscaron fortalecer la salud en su más amplia concepción: enfermedades transmisibles y ENT; promoción de salud a lo largo del ciclo de vida; sistemas de salud, prevención, vigilancia y capacidad de respuesta, entre otros. Más específicamente, durante el período 2020-2021, la atención a la salud concentra cerca del 60% de las iniciativas impulsadas bajo propósitos sociales, y casi una de cada cinco (18.6%) de las 661 registradas para el bienio.⁵

En consecuencia, es posible afirmar que, entre las iniciativas bilaterales y dentro de la temática social, el sector de la salud fue uno sobre los que más se trabajó. La Cooperación Sur-Sur y Triangular (CSSyT) en el ámbito de la salud ha evolucionado hacia enfoques más horizontales y transversales, en comparación con las políticas tradicionales de cooperación que se centran en enfermedades específicas mediante programas específicos, como el VIH o la tuberculosis.⁶ Analizando la distribución de la cooperación bilateral en salud en contraposición a la tradicional, podemos observar marcadas diferencias en cuanto a sus prioridades y objetivos. Por otro lado, la CSSyT en América Latina se ha enfocado en el intercambio de buenas prácticas relacionadas con sistemas y servicios de salud, así como con experiencias en prevención, promoción, cuidado y determinantes sociales de la salud a lo largo de la vida (Figura 6).

También ha buscado fortalecer las instituciones y ampliar el acceso a servicios de atención médica en el ámbito público.^{6,7} A pesar de la pandemia de COVID-19, la cooperación en el sector de la salud continuó enfocándose en el fortalecimiento de capacidades en áreas donde la región tenía una amplia experiencia, como nutrición, seguridad alimentaria, prevención, vigilancia y tratamiento de enfermedades endémicas como el dengue, el zika y el chikungunya, y la mejora de sistemas de vigilancia sanitaria, hospitales, gestión de calidad, desarrollo de tratamientos médicos y formación de recursos humanos (SEGIB, 2022). No obstante, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la CSSyT, con un aumento en la modalidad bilateral, pero una disminución en la cooperación triangular y regional. Según el último informe de la SEGIB,⁵ la participación de la salud en el conjunto de la Cooperación Sur-Sur regional fue relativamente baja, alcanzando solo un 4.4%. Esto está muy por debajo del porcentaje observado en la Cooperación Sur-Sur bilateral, que alcanzó un 18.6%. Además, en términos absolutos, se realizaron 123 iniciativas de intercambio bilateral en salud en Iberoamérica, en contraste con las escasas cinco a nivel regional. Esta tendencia podría interpretarse como un esfuerzo por movilizar recursos de manera más directa entre países para abordar las necesidades urgentes de salud, en un contexto en el que la cooperación norte-sur enfrentó debilidades en la respuesta a la pandemia y el acaparamiento de vacunas por parte de los países centrales. También es posible que los países estén optando por enfocarse más en la cooperación bilateral, en parte debido a una cooperación regional fragmentada y a la falta de integración regional.⁸

La Cooperación Sur-Sur, una herramienta epidemiológica

En este contexto, se produce una reconstrucción conceptual que parte de la idea de que las relaciones regionales y globales pueden ser estratégicas en un sentido colectivo. La distribución de flujos de cooperación horizontal sur-sur en salud, que se diferencia en prioridades y objetivos de la cooperación tradicional. Se observa mayor distribución de flujos en la categoría de los Determinantes y en la de Sistemas de Salud, lo que indica un enfoque en el intercambio de buenas prácticas relacionadas con sistemas y servicios de salud y experiencias en promoción de la salud, mientras que la categoría de Enfermedades Transmisibles muestra menor actividad. Lo relevante es que todos los países de la región recibieron al menos una acción o proyecto, lo que indica un perfil dual de colaboración, incluso para aquellos que ofrecen cooperación, como Brasil y Argentina.⁵

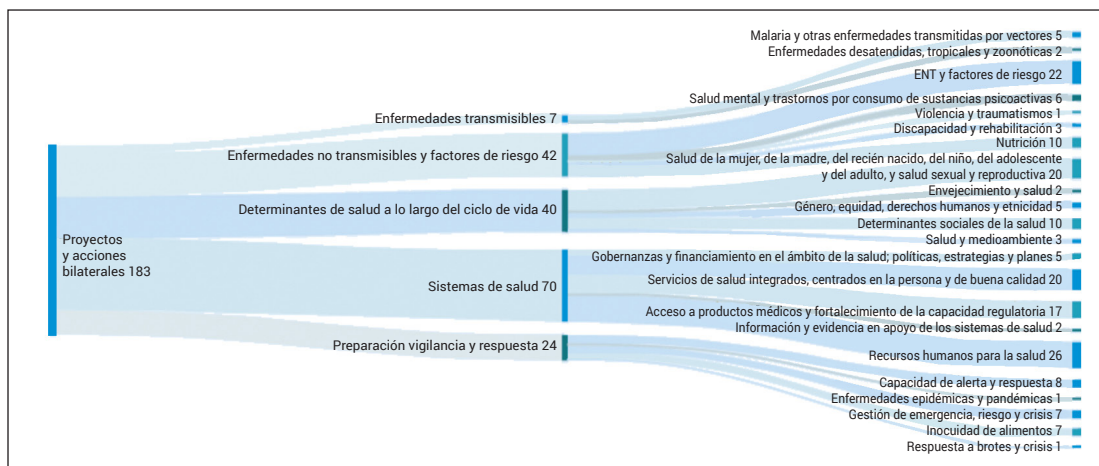


Figura 6. Cooperación Sur-Sur bilateral en salud por área de actividad.

Fuente: SEGIB, Informe de la CSS en Iberoamérica 2018, corte sectorial realizado en conjunto por OPS y SEGIB.10

La Cooperación Sur-Sur en salud representa un enfoque más amplio y cooperativo, promoviendo el fortalecimiento de los sistemas de salud y la consideración de los determinantes sociales de la salud, con énfasis en la colaboración horizontal y el respeto por la soberanía.⁶

Cabe destacar que, en el proceso de construcción de la agenda regional de salud, particularmente desde 2000 en adelante, influyeron dos corrientes latinoamericanas de pensamiento crítico en salud que emergieron en la década de 1970 y fueron consolidándose, a lo largo de las décadas subsiguientes, como la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. Se fue conformando así una trayectoria intelectual y política propia en la región, con una visión muy crítica y contrahegemónica que, a partir de paradigmas propios, cuestionan los parámetros de la salud pública tradicional.⁹

En esos años, con el ascenso de gobiernos progresistas, muchos de estos referentes del pensamiento latinoamericano en salud ocupaban áreas de gobierno locales, nacionales e incluso regionales, como por ejemplo en el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), e incluso participaron en la conformación de UNASUR y del Consejo Suramericano de Salud. De este modo, el pensamiento crítico latinoamericano abrió posibilidades creativas de cómo pensar una nueva salud internacional y lograron influir en la agenda sanitaria regional, con un enfoque más horizontal e integral, basado en conceptos claves como los de derecho a la salud, determinación social de la salud, soberanía sanitaria, sistemas universales de salud, interculturalidad, género y, en suma, el buen vivir de los pueblos.

Esto es relevante si tenemos en cuenta que con el inicio de la pandemia del COVID-19 ha existido, desde la cooperación sur-sur en América Latina, un claro foco en la promoción de iniciativas dentro del sector salud.¹⁰ Los 227 proyectos que buscaron fortalecer la salud en su más amplia concepción, se orientaron a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la promoción de salud a lo largo del ciclo de vida, el sistema de salud, la preparación, vigilancia y capacidad de respuesta, entre otros.⁵

La pandemia y la crisis sanitaria y climática muestran la urgencia de avanzar en el diseño de políticas públicas que actúen sobre la salud desde un enfoque integral. Para ello, es necesario que nuevos actores sociales tengan protagonismo en pensar la agenda de salud, como los movimientos sociales, las voces de los pueblos originarios y las organizaciones en defensa de la salud y el medio ambiente. Los gobiernos subnacionales también desempeñan un rol fundamental en estos tiempos, y brindan la posibilidad de promover agendas más dinámicas, inclusivas y con el horizonte del derecho a la salud.

Como dice Mario Rovere, "El conjunto sorprendente de crisis económica, calentamiento global, catástrofes no tan

naturales, pérdida acelerada de biodiversidad, sequías, inundaciones, crisis alimentarias, nuevas pandemias..." son, en definitiva, "...un conjunto de resultados que muestran la increíble incompetencia de los gobiernos y los líderes mundiales que pidiendo 'votos de confianza' y 'cheques en blanco' para operar en nuestro nombre, nos condujeron a la más fuerte e inédita encrucijada de la historia".¹¹

Conclusiones

El financiamiento de la salud global se caracteriza por un fuerte desequilibrio entre las contribuciones obligatorias y voluntarias, otorgando un poder significativo a donantes ricos y al sector privado en la determinación de las prioridades de financiamiento. La influencia de actores como la Fundación Bill y Melinda Gates y la creciente presencia de alianzas público-privadas han modificado la agenda de la salud global y han debilitado la autoridad de organizaciones multilaterales, como la OMS. Si bien durante la pandemia de COVID-19 se observó un aumento en la financiación, se registró también una distribución desigual de recursos, lo que subraya la necesidad de una financiación más equitativa y coherente, así como mayor atención al fortalecimiento de los sistemas de salud y la coordinación efectiva en la cooperación internacional en salud global.

En segundo lugar, la pandemia destacó las debilidades en la preparación de los sistemas de salud para crisis como esta, con un enfoque insuficiente en el fortalecimiento de dichos sistemas. La fragmentación de la agenda global de salud y el debilitamiento de la integración regional en América Latina dejan enormes desafíos para la región.

Lejos de fortalecer y consolidar la integración regional reeditando los principios de solidaridad, horizontalidad y soberanía sanitaria que había impulsado la cooperación sur-sur, la pandemia acentuó la fragmentación regional. En este sentido, se generaron más bien acuerdos bilaterales orientados, en general, a resolver problemas urgentes y específicos, en un escenario global caracterizado por el predominio de los países más ricos y del sector privado y la consiguiente distribución inequitativa de los recursos.

La cooperación sur-sur y triangular es una potente herramienta para la integración y la soberanía regional, en un marco de relaciones más igualitarias entre los miembros y sobre la base de un abordaje más horizontal y transversal de la salud.

Para ello, es esencial involucrar en la formulación de políticas de salud no solo a los gobiernos subnacionales sino también a nuevos actores, como los líderes de movimientos sociales, la voz de los pueblos originarios y las organizaciones en defensa de la salud y el medio ambiente.

Estos desafíos son cruciales en un momento en el que se requiere una respuesta más efectiva y colectiva para abordar las complejas intersecciones entre la salud internacional y los problemas medioambientales y sociales.

Agradecimientos

La autora agradece a Adriana Greco por los valiosos comentarios sobre versiones anteriores de este artículo y su contribución en la edición de estilo.

Bibliografía

1. Herrero MB, Belardo M. Salud Internacional y Salud Global: reconfiguraciones de un campo en disputa. *Relaciones Internacionales* 95(2):63-91, 2022.
2. Herrero MB, Tussie D. UNASUR Health: a quiet revolution in health diplomacy in South America. *Glob Soc Policy* 15(3): 261-277, 2015.
3. Sacchetti L, Belardo M. Historia de la salud argentina y latinoamericana: una experiencia innovadora en la carrera de Medicina. *Interface (Botucatu)* 19(55):1243-1252, 2015.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2021: global health priorities in a time of change [Internet]. Seattle, WA: IHME, 2023. [Consultado Diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2023/FGH_2021.pdf
5. Secretaría General Iberoamericana. Informe de la Cooperación Sur-Sur y Triangular en Iberoamérica 2022 [Internet]. Madrid: SEGIB; 2023. [Consultado Diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.segib.org/wp-content/uploads/Mensajes-principales-Informe2022_ES.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud; Secretaría General Iberoamericana. La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica. 2018. Washington, D.C.: OPS, SEGIB; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50514/9789275320556_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
7. Belardo M, Loza J, Herrero MB. Trayectorias de pensamiento, integración regional y soberanía sanitaria en Suramérica. *RevISE Revista de Ciencias Sociales y Humanas* 12(12):75-89, 2018.
8. Herrero MB, Nascimento Lins de Oliveira B. COVID- 19 in Latin America and the Caribbean: the visible face of a health regional cooperation in crisis. *Rev Bras Polit Int* 65(1):e003, 2022.
9. Herrero MB, Loza J, Belardo M. Collective health and regional integration in Latin America: an opportunity for building a new international health agenda. *Rev. Global Public Health* 14(6-7):835-846, 2019.
10. Herrero MB, Peixoto J, Lanzieri S. Evolución de la Cooperación Sur-Sur y Triangular en América Latina: un análisis en salud y medioambiente (2007-2021). *Revista Relaciones Internacionales*. 96:149-179, 2023. [Consultado Abril 2024]. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ri/article/view/19427/29578>
11. Rovere M. Desarrollos (in)sustentables. *Posibles* 4:29-35, 2009.