

# Los determinantes geopolíticos de la salud y el desafío de navegar sin naufragar



Por Federico Tobar\*

En el siglo XXI se registra punto de inflexión donde algunos indicadores epidemiológicos se estancan y las brechas de equidad entre países ricos y pobres aumentan. Impacta en los países en desarrollo con una doble carga de enfermedades, de transmisibles y de crónicas. Los nuevos medicamentos amenazan a la sostenibilidad de las coberturas médicas, más de lo que curan a los pacientes. Las respuestas normativas en salud pública que hoy exigen de una revisión crítica profunda

Los mayores peligros que enfrenta Ulises en su largo periplo en *La Odisea* no son tormentas, ni naufragios, sino perder el destino por sucumbir ante el canto de las sirenas. El riesgo no consistía en que ellas mintieran, sino en que seducían, prometiendo conocimiento, sentido y orientación. Es esa ilusión lo que las tornaba tan peligrosas. El héroe clásico decide enfrentarlas sin dejar de escucharlas, pero reconociendo su poder, así como su propia incapacidad para pilotar la travesía. Se ata al mástil y ordena a su tripulación que se tape los oídos. El mito nos enseña que el error no radica en escuchar el canto de las sirenas, sino en dejarse guiar por ellas.

Los paradigmas dominantes de la salud pública ac-

túan hoy como las sirenas de Homero. Aunque siguen siendo intelectualmente seductores, coherentes y normativamente atractivos, nos conducen hacia destinos erróneos. Esto se debe a que fueron concebidos para navegar otros mares, con diferentes corrientes y reglas de navegación. Persistir en su uso sin revisión no es fidelidad intelectual sino desorientación.

Desde la segunda mitad del siglo XX, la salud pública se estructuró en torno a dos grandes marcos conceptuales. En primer lugar, el enfoque de los determinantes sociales de la salud permitió desplazar la mirada de la biología individual hacia las condiciones sociales, económicas y educativas que moldean los resultados sanitarios. En segundo lugar, la noción de la

\* El autor es asesor de Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.



salud como bien público global, que aportó los pilares para una arquitectura global de la salud y promovió la cooperación internacional frente a riesgos compartidos, desde las enfermedades transmisibles, pasando por la vigilancia epidemiológica, hasta la armonización de la regulación.

Ingresando en el segundo cuarto del siglo XXI hemos coleccionado un conjunto de hechos sanitarios que resultan difíciles de explicar desde la perspectiva de los paradigmas sanitarios acuñados en la posguerra. A continuación, se describe brevemente una sucesión de situaciones anómalas que insinúan una posible crisis paradigmática.

## Restricciones del enfoque de determinantes sociales de la salud

La arquitectura de los sistemas de salud se promovió sobre la base de una hipótesis: era posible extender las protecciones sociales a un costo marginal decreciente. En la Inglaterra de posguerra, partiendo del Informe Beveridge (1942) era sustentable promover que toda la

población tuviera los mismos derechos sociales suplementando con recursos fiscales las contribuciones y aportes de los trabajadores<sup>1</sup>. Alcanzar la equidad, y en particular la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, resultaba técnicamente factible y políticamente viable.

Así se forjó la equidad en salud como un ideal positivo, tanto a nivel nacional como internacional, con el eslogan incumplido de “salud para todos en el año 2000”. Las restricciones radicaban en los resultados epidemiológicos, pero no necesariamente en el acceso y el financiamiento. Porque se verificó que, en los países que incorporaron el Estado de Bienestar en forma temprana, se seguían registrando diferencias en los resultados de salud. David R. Williams, uno de los principales teóricos contemporáneos de los determinantes sociales de la salud, enunciaba que el código postal pronostica mejor que la raza y la genética la salud y la esperanza de vida de las personas<sup>2</sup>.

Se consolidó el enfoque de determinantes sociales distinguiendo cuatro principales factores explicativos de los resultados de salud: estilos de vida, biología, am-

biente y sistemas de salud. Durante décadas, estudiamos y repetimos que las condiciones de vida explican nuestros resultados de salud: “Donde vivimos, donde trabajamos explica de qué nos enfermamos”<sup>3</sup>.

El paradigma vigente en el que nos formamos generaciones de especialistas en salud pública desde 1950 en adelante funcionaba. Se desplegó de forma progresiva un esquema normativo que apuntaba a incorporar modelos de protección universales y a reducir las desigualdades en el acceso y la financiación, partiendo de los determinantes sociales.

Las mejores prácticas que integraron, desde entonces, el arsenal de la salud pública se centraron en la difusión global del acceso a antibióticos, vacunas y otros medicamentos esenciales (todos ellos genéricos y de muy bajo costo). También al saneamiento básico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sistematizaron el control de la mortalidad infantil bajo el concepto de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)<sup>4</sup>. También, junto a UNFPA, definieron los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)<sup>5</sup>. Nociones como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG) y la propuesta de lograr una Cobertura Universal en Salud aportaron dirección a los esfuerzos mundiales en el marco del paradigma.

La reproducción y diseminación del paradigma contribuyó a que los países de ingreso bajo y medio logran ganancias rápidas en años de vida. Entre 1960 y 1980, muchos países pobres ganaban 2–3 años de esperanza de vida por década, más rápido que los países ricos. Esta reducción de las brechas en la esperanza de vida entre los países posicionó a la salud como un motor del desarrollo, generando procesos más igualitarios que el crecimiento económico.

Pero en el siglo XXI se registró un punto de inflexión. No solo los progresos en los indicadores epidemiológicos se estancaron, sino que las brechas de equidad entre países ricos y pobres pasaron a aumentar.<sup>6</sup> La relación es hoy la inversa, y las brechas de ingresos de los países se reducen más que las brechas epidemiológicas.

Caduca la noción de transición epidemiológica porque los países en desarrollo acumulan, al mismo tiempo, altas cargas de enfermedades transmisibles y crónicas. El costo marginal de extender las coberturas aumenta de forma exponencial. Cada nuevo medicamento más que una ventaja médica constituye una amenaza a la sostenibilidad de las coberturas.

Las evaluaciones epidemiológicas sobre la pandemia de COVID-19 demostraron que los sistemas de salud inspirados en el informe

Beveridge no fueron los que generaron las mejores respuestas.<sup>7</sup> La preocupación por la salud pública que coyunturalmente ocasionó la pandemia no se tradujo en mejores condiciones estructurales para

producir salud ni tampoco contribuyó a impulsar reformas sanitarias.

Desde entonces, se acumulan un conjunto de situaciones difíciles de explicar con los libros con que estudiamos dos o tres décadas atrás. No imaginábamos entonces que un día enfermedades milenarias como el sarampión se volverían reemergentes, con epicentro en los barrios más ricos de California y con un brote de más de un año en Canadá (el único país del continente sin pobreza estructural). No imaginábamos que la cobertura de vacunación contra enfermedades antiguas y con vacunas conocidas y seguras comenzaría a decrecer. Tampoco imaginábamos que el acceso a la información corroería la confianza en los servicios médicos. Que emergería una creciente violencia de los usuarios contra los trabajadores de la salud. Que habría una pandemia de burnout entre los médicos y que, aun registrando ingresos anuales cercanos al millón de dólares, en Estados Unidos crecería el retiro anticipado de médicos. No imaginábamos que las consultas médicas a la inteligencia artificial pudieran superar las a profesionales humanos, ni que en un número significativo de prácticas clínicas los profesionales miraran a la computadora más tiempo que a los pacientes.

Pero, tal vez, el presupuesto que más afecta al paradigma de los determinantes de la salud y a su impacto sobre la equidad, como ideal, es la existencia de una perspectiva solidaria como base de las acciones sociales

**“La preocupación por la salud pública que coyunturalmente ocasionó la pandemia no se tradujo en mejores condiciones estructurales para producir salud ni tampoco contribuyó a impulsar reformas sanitarias”.**

y políticas. Tanto a nivel micro (“sobre mi cuerpo decido yo”), como a nivel macro (“primero nosotros y después los demás”) el ideal solidario se deterioró en forma progresiva.

En conclusión, las respuestas normativas en salud pública que se desarrollaron desde la posguerra requieren hoy de una revisión crítica profunda. Como hizo Ulises con el canto de las sirenas, debemos escucharlas, pero desconfiando de nuestra capacidad para pilotar la nave sanitaria al enfrentar nuevas travesías.

## Límites del enfoque multilateral en salud

Durante la pandemia de H1N1 de 2009, resultó evidente que la asimetría en las capacidades de producción entre los países, junto con las limitaciones de los organismos multilaterales para garantizar la provisión de insumos críticos, impidieron el abastecimiento mundial de oseltamivir. Ello se sumó a la lentitud y a las barreras para autorizar la producción genérica del antiviral por motivos de salud pública.

Un segundo capítulo de esta historia se registra luego, en 2014, porque resultó evidente que el derecho internacional depende del consentimiento de las grandes potencias. Cuando Rusia invadió Crimea, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 68/262 reafirmando la integridad territorial de Ucrania y declarando inválido el referéndum propuesto por Rusia. Pero, aunque la misma resultó políticamente significativa, no fue jurídicamente vinculante.

Crimea marcó el fin de la ilusión pos-Guerra Fría mostrando un límite estructural del multilateralismo: “no se puede disciplinar a quienes lo gobiernan”. Es decir, si una potencia nuclear decide violar el Derecho Internacional, no existe un mecanismo coercitivo efectivo en la ONU.

Las dificultades para organizar la provisión y la distribución de vacunas se hicieron más notables durante la pandemia de COVID-19 en 2020-2021. Y la sostenibilidad de los sistemas de salud resultó aún más afectada. Los países de ingresos medios y bajos no solo no

invierten más en salud, sino que también redujeron sus inversiones en salud, y las brechas mundiales en financiamiento se agravaron.<sup>8</sup>

La nueva invasión rusa a Ucrania (en febrero de 2022) aceleró la erosión del multilateralismo en salud. Los flujos financieros de la cooperación internacional para el desarrollo (ODA) se retrajeron en la misma proporción en que aumentó el gasto en armas de los países ricos. En los países de bajos ingresos se discontinuaron varios de los programas estratégicos de salud. Podríamos concluir que hoy, para pronosticar los resultados sanitarios, explica más el pasaporte que el código postal.

## La crisis paradigmática y el nuevo paradigma

El paradigma de los determinantes sociales y el de la salud como bien público global, iluminaron nuestros recorridos cuando navegamos en las aguas de la posguerra. Emergieron en un contexto histórico preciso: el del Estado de bienestar tardío, la expansión de capacidades estatales, y un orden internacional multilateral relativamente estable. Presuponen estados con margen fiscal para incrementar el gasto público, con legitimidad política para intervenir desde mercados hasta la vida cotidiana. También con reglas compartidas y un horizonte de cooperación sostenida a nivel global.

Lo que falla, ahora, no es la lógica que fundamenta estos modelos explicativos. El problema no es conceptual. Es histórico. Lo que ha cambiado ni siquiera son los desafíos que enfrenta la salud pública; son las aguas que hoy nos toca navegar.

Los determinantes sociales de la salud siguen describiendo con notable precisión las desigualdades sanitarias. Educación, ingresos, empleo, género, territorio y etnicidad continúan siendo variables centrales para entender quién vive, quién enferma y quién muere. Sin embargo, su capacidad prescriptiva se debilita en contextos en los que los Estados han perdido margen fiscal y regulatorio, la financiación de la salud permanece vinculada a los salarios en medio de una pandemia de

**“En otras palabras: los determinantes sociales explican bien los problemas, pero prescriben soluciones que presuponen capacidades estatales y consensos políticos cada vez menos disponibles. Lo que proponemos aquí no es una crítica moral sino una constatación analítica”.**

trabajo informal. Los sistemas de salud permanecen fragmentados (hay diferentes respuestas para diferentes personas con necesidades similares) y las políticas redistributivas enfrentan crecientes vetos económicos y geopolíticos.

En otras palabras: los determinantes sociales explican bien los problemas, pero prescriben soluciones que presuponen capacidades estatales y consensos políticos cada vez menos disponibles. Lo que proponemos aquí no es una crítica moral sino una constatación analítica.

Algo similar ocurre con la noción de la salud como bien público global. Este enfoque descansa en supuestos claros:

cooperación, confianza, reglas multilaterales, externalidades compartidas y mecanismos de cumplimiento. Pero, como hemos mencionado, la pandemia de COVID-19 expuso con fuerza los límites de esos supuestos. La nacionalización de insumos críticos, la diplomacia de vacunas, la competencia tecnológica, las restricciones a las exportaciones y el debilitamiento de las instituciones multilaterales evidenciaron que, ante el riesgo, los Estados priorizan la soberanía y la seguridad antes que la cooperación.

La salud dejó de ser tratada, en la práctica la salud pública deja de ser considerada un bien público global, para ser gestionada crecientemente como un activo estratégico nacional. En 2025, dos eventos de política internacional clave muestran las aristas de un nuevo marco geopolítico de determinantes de la salud.

1) En la nueva inserción internacional de Argentina, la estabilidad macroeconómica también se negocia en el terreno de la política sanitaria. El apoyo de Estados Unidos a la estabilización económica argentina no se expresa en un trueque explícito, sino en una convergencia de expectativas: alineamiento geopolítico, seguridad jurídica y respeto irrestricto a la propiedad intelectual. Dentro de esa alineación, el respeto estricto a la propiedad intelectual, en particular a las patentes farmacéuticas, ocupa un lugar relevante. Estados Unidos ha sostenido históricamente —en Argentina y en otros países— que la seguridad jurídica

para la industria farmacéutica es parte integral de un clima de inversión “previsible”, y ha resistido el uso extensivo de licencias obligatorias o interpretaciones flexibles del acuerdo ADPIC (TRIPS).

Para evaluar las consecuencias de un eventual rechazo a las flexibilidades de Doha en Argentina consideremos el caso del tratamiento de la obesidad.

La OMS acaba de incorporar a la semaglutida en la

lista de medicamentos esenciales. Esto significa que, en el corto plazo, terminará siendo incorporada en la mayoría de los países a la canasta de medicamentos que los sistemas de salud deberán proveer a la población. Según el World Obesity Atlas casi el 39 % de los

**“Los determinantes sociales siguen siendo esenciales para entender las desigualdades. Los bienes públicos globales siguen siendo un horizonte normativo deseable. Pero ninguno de los dos puede operar hoy como si el orden multilateral liberal siguiera intacto”**

adultos en Argentina vive con obesidad, ubicando al país entre los más afectados de Sudamérica.<sup>9</sup> **Más de ocho millones son obesos y más de 21 millones tienen sobrepeso. El costo del tratamiento de la obesidad con semaglutida se duplicaría o triplicaría en Argentina si el país, presionado por EE.UU incorpora un uso estricto de patentes. Eso implica un costo marginal potencial de hasta 3 mil millones de dólares.**

2) En Kenia, el apoyo sanitario de Estados Unidos ilustra con claridad cómo una nueva cooperación bilateral en salud se entrelaza con intereses estratégicos. Programas centrales como PEPFAR y el trabajo del CDC no solo financian servicios y medicamentos: estructuran los sistemas de vigilancia sanitaria. El acceso a recursos está condicionado a la provisión regular de datos epidemiológicos, indicadores programáticos y reportes estandarizados, diseñados para responder a las exigencias de rendición de cuentas del gobierno estadounidense. Los marcos bilaterales de cooperación incluyen el reporte de datos genómicos y muestras de patógenos con riesgo epidémico— lo que ha abierto debates locales sobre soberanía sanitaria, control de la información y privacidad. La cooperación no se presenta como coerción, pero redefine quién observa, quién clasifica y quién accede a los datos que permiten anticipar riesgos globales, desplazando la vigilancia desde

una función técnica nacional hacia un engranaje de la seguridad sanitaria internacional.

## La emergencia de los determinantes geopolíticos de la salud

En este nuevo escenario, resulta insuficiente analizar la salud solo desde variables sociales o institucionales internas. Las trayectorias sanitarias nacionales y regionales están crecientemente condicionadas por lo que podríamos llamar determinantes geopolíticos de la salud.

Entre ellos:

- a) la posición de un país en las cadenas globales de valor farmacéuticas,
- b) el acceso a tecnologías críticas y propiedad intelectual,
- c) la capacidad de producción local de insumos estratégicos,
- d) el poder regulatorio y negociador en foros internacionales,
- e) y los alineamientos geopolíticos que facilitan —o restringen— cooperación y comercio.

Estos factores operan antes y por encima de muchos determinantes sociales clásicos. No los reemplazan, pero los enmarcan y, en muchos casos, los condicionan.


La consecuencia más profunda de este giro es conceptual: la salud deja de ser pensada exclusivamente como política social y reaparece como componente de soberanía, seguridad y política industrial. Esto no implica abandonar la equidad como valor, pero sí reconocer que el eje normativo es objeto de un doble desplazamiento. Por un lado, desde la universalidad abs-

tracta, hacia la resiliencia estratégica. Por el otro lado, desde la cooperación garantizada, hacia la competencia gestionada. La salud pública entra así, de lleno, en el terreno de la economía política internacional. En esas nuevas aguas, como plantearía Carl Schmitt, toda acción política se ejerce contra alguien. La cooperación pasa a segundo plano y cede espacio a otras figuras estratégicas como la coerción.

Revisar los paradigmas vigentes de la salud pública no implica descartarlos. Del mismo modo que Ulises no renuncia al conocimiento que ofrecen las Sirenas, sino que evita que gobiernen su navegación. Los determinantes sociales siguen siendo esenciales para entender las desigualdades. Los bienes públicos globales siguen siendo un horizonte normativo deseable. Pero ninguno de los dos puede operar hoy como si el orden multilateral liberal siguiera intacto. Persistir en esa ficción analítica debilita, paradójicamente, la capacidad transformadora de la salud pública.

## Conclusión

Durante siglos, la navegación se basó en estrellas que parecían fijas. Cuando las corrientes cambiaron y el mundo se amplió, no fue la astronomía la que falló, sino la pretensión de universalidad de ciertos mapas.

La salud pública enfrenta hoy un dilema similar. Cambiar instrumentos de navegación no es traicionar sus valores fundacionales. Es la única forma de seguir avanzando sin naufragar. Reconocer los determinantes geopolíticos de la salud no es un giro cínico. Es un acto de realismo intelectual en un mundo que, definitivamente, cambió de mares. 

## Bibliografía

- 1 Fleury, Sonia (1994). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 2 Williams, D. R., & Collins, C. (2001). Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health. , 116(5), 404–416.
- 3 Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. S. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. , 32(4), 244–249.
- 4 World Health Organization & UNICEF. (1997). . WHO Bulletin, Supplement 1 to Volume 75, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- 5 World Health Organization, UNICEF, & UNFPA. (1997). . Geneva: World Health Organization.
- 6 World Health Organization. (2024). Geneva: World Health Organization.
- 7 Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 **The Lancet**, Volume 403, Issue 10440, 1989 – 2056. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/fulltext)
- 8 Fan V & Gupta S. How to Heal Health Financing. IMF. December 2024.
- 9 [https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025?utm_source=chatgpt.com)