

¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?: dos paradigmas en conflicto*

Social determinants or social determination of health? Two paradigms in conflict

Silvia Támez González 1

RESUMEN

El artículo trata sobre la reciente epidemia de Ébola, declarada por la Organización Mundial de la Salud como "una emergencia de salud pública de preocupación internacional". Desde la visión de la explicación unicausal y biologicista del proceso salud-enfermedad la epidemia se explicaría a partir de características que determinan la alta patogenicidad del virus; sin embargo, ante este planteamiento surge la pregunta ¿por qué la epidemia se origina en los países más pobres y/o más desiguales e inequitativos de África? Por este motivo se exponen las principales características de la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad, posteriormente se analiza el último brote de Ébola y explica su aparición a causa del modelo capitalista y neoliberal que, por medio de la empresa privada y su invasión al territorio de los países pobres del continente africano, ha desplazado la población nativa hacia ecosistemas no habitados por humanos donde por años ha vivido el vector transmisor. Se realiza una reflexión acerca de las condiciones desfavorables de la población africana (sistemas sanitarios desmantelados por reformas estructurales que no permiten la atención prioritaria a los infectados). Se concluye que tanto el actual brote como los anteriores tienen como causa fundamental la desenfrenada explotación de los recursos naturales de la región, que acelera brutalmente sus niveles de pobreza, la distribución asimétrica de la propiedad y del poder, dando lugar a la ocurrencia de formas de opresión que profundizan la inequidad social.

PALABRAS CLAVE:

Ébola, pandemia, neoliberalismo, inequidad, proceso salud-enfermedad.

ABSTRACT

The article discusses the recent Ebola epidemic, declared by the World Health Organization as "a Public Health Emergency of international concern". From the unicausal explanation and biologicist point of view of the health-disease, epidemic would be explained by characteristics that determine the high pathogenicity of the virus; however, before this statement arises the question: why the epidemic originates in the poorest and/or most unequal and inequitable countries in Africa? For this reason, the main features of the theory of social determination of the health-disease process are shown, afterwards the last outbreak of Ebola is analysed and its appearance is explained as caused by the capitalist and neoliberal model that by means of private enterprise and its invasion of the territory of the poorest countries in the African continent, has displaced the native population to ecosystem uninhabited by humans where the transmitter vector has lived for years. A reflection on the unfavourable conditions of the African population is performed (sanitary systems dismantled by structural reforms that do not allow priority assistance to those infected). It is concluded that both the current outbreak as previous ones, have as fundamental cause, the uncontrolled exploitation of natural resources of the region, which thoroughly accelerates poverty levels, the asymmetric distribution of property and power, giving rise to the occurrence of forms of oppression that deepen social inequality.

KEY WORDS:

Ebola, pandemic, neoliberalism, inequality, health-disease process

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de [reflexión](#).

1 Médica Cirujana, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud. Miembro de área de investigación Estado y Servicios de Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México). Dirección postal: Santa Cruz 135-12. La Candelaria. Coyoacán. CP 04380. México, D.F. Correo electrónico: stamez2@yahoo.com

Citación sugerida

Támez S. ¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?: dos paradigmas en conflicto. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 4(2): 11-20. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	5 de noviembre de 2014
Aprobado	2 de diciembre de 2014
Publicado	30 de diciembre de 2014

“Quiero un país donde no haya asesinatos, donde toda la gente tenga las mismas oportunidades. No podemos seguir así, sentados sobre huesos, sobre fosas. Tenemos una causa común, la causa del amor que le tenemos al país y a nosotros mismos y el cuidado de los que vienen después, no sólo de los hijos propios, sino de todos los niños del mundo. ¿Qué les estamos dejando, qué les vamos a decir cuando nos pregunten y tú qué estabas haciendo?”

Elena Poniatowska

“...Sería un error creer que estos crímenes tengan que ver con un supuesto ‘atraso’ de México. Son, por el contrario, acontecimientos absolutamente modernos, ‘banales’ en el sentido que denunciaba Hannah Arendt cuando, horrorizada, hablaba de la banalidad del mal. Un crimen como el de Iguala podría suceder en cualquier parte: en Palestina, Siria, Irak, sin duda, pero también en Francia, Estados Unidos, Italia... La dictadura de la economía burocrática debe acompañarse de una violencia permanente. Todos somos seres colectivamente prorrogados con fecha de caducidad; ya no somos mortales como individuos, sino como grupo cuya existencia sólo está autorizada hasta nueva orden”.

Claudio Albertani

A manera introductoria: el Ébola y sus razones

El 8 de agosto de 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de Ébola como 'una emergencia de salud pública de preocupación internacional'. La declaración llegó cuatro meses después que la OMS reportara un brote en Guinea (África Occidental). Posteriormente, la epidemia se extendió a Liberia, Sierra Leona y Nigeria, aunque, hace unos meses este país anunció haber controlado el brote. Hasta el 27 de noviembre de 2014, la cifra de infectados llegó a un total de 15.935 casos, de estos han muerto 6.000 (1).

Desde la perspectiva unicausal y biologicista del proceso salud–enfermedad, la epidemia se explicaría básicamente a partir de detalladas características que determinan la alta patogenicidad del virus. Se han identificado cinco subtipos distintos: Zaire, Bundibugyo, Sudán, Reston y Taï Forest, su virulencia varía de acuerdo a cada subtipo. La tasa de letalidad ha llegado en epidemias anteriores hasta 90%; el tipo Reston, tiene una letalidad muy baja. El subtipo de Ébola que es responsable del actual brote, es el Zaire, con tasas de letalidad hasta del 60% o más (2). Es decir, bajo esta visión, el 'agente biológico' es 'la causa' y los efectos estudiados a nivel clínico se relacionan con datos que expresan solo los daños biológicos, esto es, el curso de la enfermedad el cuál puede llegar a la muerte.

Otra característica biológica a resaltar, desde esta perspectiva, es que estos subtipos son diferentes en su estructura peptídica en el patrón de oligonucleótidos del RNA y en su antigenicidad; además, en animales de laboratorio se ha encontrado que difieren también en su poder letal: el Ébola Zaire es el más virulento. Algunos expertos tienen una explicación distinta pues consideran que la epidemia actual pudiera deberse a una cepa de Ébola aerófila, como la gripe, o que podría mutar a esta forma (3).

La epidemiología clásica conserva esta concepción sobre el 'agente biológico' pero incorporan a su modelo explicativo, de las formas de enfermar y de morir los grupos humanos, el 'huésped' y el 'ambiente' conformando la denominada 'triada ecológica'. Desde esta perspectiva, cambios en cualquiera de estos 'componentes' pueden ocasionar 'desequilibrio' en la relación agente-huésped-ambiente y producir una epidemia, cuya amenaza de propagación está latente debido a migraciones de ese continente a diferentes regiones del mundo.

La actual epidemia de ébola es el mayor brote ocurrido después de registrado oficialmente el primer caso en 1976; algunos expertos opinan que el peligro de una nueva etapa de expansión persiste, esto ha dado lugar al envío de recursos humanos y financieros para contrarrestarla. Lleva aproximadamente 10 meses causando víctimas y propagándose de forma 'natural'. La transmisión ocurre de humano a humano, aunque informaciones recientes plantean que puede haber infección a partir de objetos que estuvieron en contacto con los enfermos. No se ha podido controlar porque no existen medicamentos convencionales para su tratamiento ni tampoco vacunas (3).

Sin embargo, a pesar de la simplicidad y el reduccionismo que caracterizan este modelo, con la sola aplicación de un pensamiento lógico surgen preguntas como ¿por qué la epidemia se origina en los países más pobres y/o más desiguales e inequitativos de África? ¿por qué los infectados que llegan a sus países de origen tienen muchas más posibilidades de sobrevivir? La terca realidad hace que expertos con sensibilidad se planteen las siguientes cuestiones:

Como el río Hanta de Corea, que en 1951 cedió su nombre a una extensa familia de virus hemorrágicos conocidos ahora como Hantavirus, el río Ébola del Zaire, en cuyas márgenes tuvo lugar la epidemia en la que se identificó el virus, y la rivera Este del río Nilo, que ha dado identidad a una meningoencefalitis producida por otro virus, conducen a preguntar: ¿cuántos otros ríos cederán su nombre a enfermedades que están por ser descubiertas en los próximos años? ¿Cuántos ríos serán recordados con temor por las enfermedades que llevarán su nombre? (4)

El mismo investigador se indaga respecto a la importancia de incorporar el 'ambiente' en las respuestas de solución:

[...] la respuesta en parte depende de la forma en que podamos detener el deterioro del ambiente en que vivimos y a la vez preservemos los ecosistemas del espacio que nos tocó compartir. Esta es la tarea por hacer antes que irremediablemente prosiga la 'sexta extinción', que para algunos, ya ha comenzado" (4).

Aunque estas preguntas, cargadas de humanidad y sentido común, trascienden con mucho los fríos reportes epidemiológicos o de la virología convencional, no dan cuenta de las causas reales de la epidemia en cuestión, ni mucho menos de su distribución tan peculiar y sus repercusiones tan dramáticas. Aquí aparece dentro del esquema ecológico o de la triada el otro aspecto: el ambiente o ecosistema, que es mencionado como si se tratara de un elemento externo, casi ajeno al investigador, sin comprender cabalmente que el 'ambiente' es la naturaleza misma a la pertenecemos.

Por supuesto las reflexiones anteriores no pretenden plantear una discusión profunda sobre las características de estos modelos explicativos, más bien introducir una reflexión que nos permita entender cabalmente la situación respecto a la epidemia de ébola en curso actualmente.

1. La determinación social del proceso salud—enfermedad. Perspectiva desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana

En mayo de 2004 la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisorio supremo de la OMS, analizó los principales problemas de salud de la humanidad: enfermedades como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, la obesidad, la falta de acceso a servicios de salud, el tabaquismo, los accidentes de tránsito, los problemas de salud mental, el control del VIH/SIDA, o la posible erradicación de varias enfermedades infecciosas. Junto a la puesta en marcha de muchas estrategias y resoluciones, el entonces Director General de la OMS, el coreano Lee Jong-wook, anunció la creación de una “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud” que reuniera la evidencia existente sobre las causas sociales (por ejemplo políticas y económicas) que generan las desigualdades en salud y las posibles formas de reducirlas.

Sintéticamente, los principales objetivos de la Comisión fueron: recoger y resumir la información científica disponible sobre cómo factores sociales como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil, determinan desigualdades de salud en el mundo entero, y generar recomendaciones políticas para su reducción.

Como resultado, los informes de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) publicados en 2007 (5) constituyeron una respuesta a la necesidad de cambiar las condiciones que configuran, en el mundo, una situación apremiante respecto al nivel de vida de grandes grupos poblacionales y por lo tanto al estado de salud a nivel global.

Diversos análisis en torno a estos informes han subrayado su importancia, pues aportan un abordaje diferente al modelo ecológico, tanto para explicar la problemática de salud como para las intervenciones sobre ella. Aún reconociendo los aportes brindados por la CDSS, desde 2008, algunos análisis provenientes de los más representativos exponentes de la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) señalaron que este abordaje muestra limitaciones teóricas para explicar la situación de salud a nivel mundial (6). Estos análisis indican que esta corriente ha producido multitud de desarrollos teóricos y evidencias empíricas desde la década de los setentas del siglo pasado bajo la perspectiva de la determinación del proceso salud—enfermedad¹.

Sin embargo, el enfoque de la OMS de los determinantes sociales, se ha constituido en referente para un sinnúmero de investigaciones y análisis teóricos, y sin duda constituye un avance respecto a las concepciones reseñadas anteriormente pero adolece de varios problemas teóricos y metodológicos que limitan su capacidad explicativa. No obstante, la comparación entre la teoría de los determinantes de la OMS y la de la determinación social de la SCL excede los objetivos de este análisis pero puede ser consultada en el libro *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* que recoge las memorias del taller de ALAMES realizado en México en 2008.

A continuación se exponen las principales características de la teoría de la determinación social de proceso salud—enfermedad para posteriormente analizar la reciente epidemia de ébola con las categorías propuestas por esta perspectiva teórica.

¹ En este campo de la medicina social se pueden consultar las obras de Cristina Laurell, Naomar Almeida Filo, Juan Samaja, Jaime Breilh.

1.1. La determinación social en el siglo XXI

La teoría de la determinación social de la salud ofrece otras explicaciones sustentadas en supuestos teóricos muy distintos. Al respecto, acertadamente, Breilh describe el contexto donde ocurre el debate de la determinación social del proceso salud-enfermedad, caracterizado por este autor como 'extractivismo progresista' (7), en el cual algunas regiones de África y de América Latina representan gran atractivo para los capitales internacionales por su riqueza en recursos naturales como petróleo, oro, cobre, uranio, litio, etc., y sus amplísimos cultivos de agroindustriales y biocombustibles.

Asimismo, considera que el eje actual de la determinación es la aceleración global del capitalismo y el despojo que corresponde a esa 'civilización de la muerte', "construida alrededor de las ingenierías extractivistas, química, automotriz, genética y nanotecnología, que son expresión máxima de la ciencia y la tecnología de la modernidad capitalista del siglo XXI" (7).

Un triste pero preciso ejemplo lo encontramos en México con las compañías mineras canadienses, asentadas en el norte del país, que explotan nuestros recursos naturales sin pagar siquiera impuestos; lo hacen a cielo abierto produciendo destrucción y contaminación de mantos acuíferos y tierras, o la reciente contaminación del río Sonora debido a desechos industriales de Minera México.

Dentro de esta concepción, la relación entre lo social y lo biológico

[...] no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción (subordinación) a lo social (7).

Por su parte, la epidemiología clásica plantea asuntos de orden teórico-metodológico cuestionados por la salud colectiva y que han sido materia de debate desde los primeros trabajos. Por ejemplo, se plantea que existe la necesidad de superar la noción epidemiológica de lo social como construcción inductiva desde lo individual, como resultado del traslado mecánico del ámbito clínico a la salud de los colectivos sociales, ya que desde la perspectiva de la MS y la SCL "...la determinación comprende los modos de vida en inequidad y, no solamente, estilos de vida malsanos" (7).

Este planteamiento combate también la idea reduccionista de la epidemiología clásica que construyó la explicación de los problemas de salud desde el inductivismo, donde las partes determinan el todo y las variables causales o independientes actúan sobre las dependientes, que siempre están relacionadas con la salud o la enfermedad, y donde ciertas condiciones pueden actuar otras condicionantes denominadas mediadoras.

De esta forma de abordaje se desprende un asunto de sentido común que el discurso mediático de la salud ha vuelto realidad científica: los 'estilos de vida' como responsables de la situación de salud de los grupos sociales. Al respecto, la SCL considera que en el marco de los modos de vivir grupales,

y los estilos de vida individuales se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores.

En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica) (7).

En contracorriente de la visión generalizada, la propuesta de la MS y la SCL ofrece una visión mucho más amplia involucrando los aspectos que implican el 'buen vivir'. En este sentido, Benach afirma:

Hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud. Entre ellos encontramos factores tan importantes como poder tener una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud (8).

Habitualmente solemos escuchar por parte de las autoridades sanitarias mensajes muy conocidos que, supuestamente, constituyen lo más importante para proteger nuestra salud: "no fumes", "haz ejercicio", "bebe con moderación", etc.

En una entrevista Benach comentó que para ayudar a contrarrestar esa visión tan "individualista" de la salud, hace ya años, David Gordon, un salubrista británico tuvo una idea curiosa: sugerir una lista de recomendaciones alternativas centradas en lo social. Por ejemplo, él decía cosas como: "no seas pobre, pero si lo eres deja de serlo lo antes posible"; "no vivas en un barrio pobre y contaminado"; "no realices un trabajo precario y mal pagado", etc.

La participación de los grupos sociales y las luchas por la salud como actores fundamentales para avanzar en la solución real de los problemas colectivos de salud es un tema central para la SCL y establece gran diferencia con la concepción de los determinantes de la CDSS, que la ubica como un problema de negociación y *lobby* con los gobiernos y los actores económicos de la salud (6).

Si revisamos las luchas más recientes de movilizaciones en torno a las reformas de salud en nuestro continente, en Perú y Colombia, encontramos que la maduración de los planes neoliberales de mercantilización de la salud ha trasladado buena parte de estas lidias al terreno jurídico, y de manera central al de justiciabilidad y exigibilidad del derecho a la salud, que ha sido reducido a mero derecho a la atención médica curativa.

Dentro de estas luchas se encuentran, por supuesto, las de los trabajadores de la salud; sin embargo, precisamente a la luz de estas experiencias cobra sentido la consideración de Benach, ejemplificada muy bien por el reciente movimiento de personal sanitario colombiano pues considera que "...los activistas y los políticos de izquierda han de dedicar tantos esfuerzos a evitar la privatización de los servicios sanitarios que no tienen tiempo, energía o interés en analizar y oponerse a un tema fundamentalmente político y no sanitario" (8), como es la determinación de los modos de vida desventajosos de grandes grupos poblacionales.

2. La determinación social y el Ébola

Análisis epidemiológicos detallados muestran que la virulencia de esta enfermedad, desde lo biológico, no explica la magnitud de sus efectos epidémicos; incluso, autores consideran que la patología radica más bien en "...nuestra sociedad y la arquitectura global política y económica" (2). No es un accidente que el Ébola haya afectado a tres de los países más pobres en el mundo; Liberia, Guinea y Sierra Leona, ubicados, respectivamente, en los puestos 175, 179 y 183 según el Índice de Desarrollo Humano de un total de 187 países. En estas condiciones, sus sistemas de salud son ineficaces y casi inexistentes en muchas regiones.

En los países afectados la pobreza extrema lleva a la gente a penetrar en zonas profundas de los bosques a buscar alimento y combustible, allí entran en contacto con animales que actúan como reservorios; por ejemplo, los murciélagos de fruta y los chimpancés. Se cree que muchos de los brotes humanos han comenzado con la ingestión de la carne de estos animales, quienes no manifiestan síntomas de la enfermedad.

Ocurre que, recientemente, el área afectada en Guinea es la Zona de Sabana que ha sido blanco de inversiones de industrias británicas agroindustriales. En 2010 estas empresas compraron grandes extensiones de tierras de labranza para el cultivo de soya y maíz. Asimismo, la empresa de energía italiana Nuove Iniziative Industriali ha comprado más de 700.000 hectáreas para cosechas de biocombustibles (2). Es decir, éste país ha estado sometido a una explotación depredadora de sus recursos naturales; esto corresponde al 'extractivismo progresista', planteado por Breilh, como parte del despojo y la aceleración de los ciclos de explotación global capitalista.

En Liberia, la tierra agrícola ya era usada para cultivos industriales hace casi un siglo. La transición de la agro-economía a una de exportación de cultivo industrial, controlada por empresas extranjeras, comenzó en 1925 con la entrada de la Empresa Firestone, que ha adquirido 1.000.000 de acres durante 99 años en 6 centavos por acre, sometiendo a poco más de 20.000 habitantes indígenas del área a trabajar en condiciones de esclavitud. Hoy, Liberia tiene la proporción más alta de inversión extranjera directa del PIB en el mundo. En menos de una década, ha firmado acuerdos de concesión de hierro e industrias de aceite de palma con varias empresas extranjeras. Las condiciones de depredación ocasionadas por esta forma de explotación de los recursos naturales produjeron importantes cambios ecológicos agravados por la deforestación masiva de la región causada por las actividades de extracción.

Por su parte, las guerras civiles en Liberia² y Sierra Leona involucran intereses poderosos locales que trabajan a encargo de corporaciones transnacionales y los países capitalistas del Norte. La minería de diamante, por ejemplo, fue una de las causas principales de la guerra civil de Sierra Leona en 1991. Estas guerras han conducido a enormes desplazamientos de la población local y por consiguiente han aumentado la presión sobre el terreno forestal y también ha acelerado la migración de áreas que abrigan animales forestales.

Liberia, Guinea y Sierra Leona no son pobres por opción y el ajuste estructural impuesto por Fondo Monetario Internacional (FMI), desde hace varias décadas ha jugado un papel muy importante, en conjunto con organismos como la Organización Mundial del Comercio (OMC), que bajo la promesa de mayor prosperidad, apoyó la liberalización comercial que devastó sus economías.

2 En su historia reciente, Liberia se vio inmersa en dos guerras civiles sucesivas. La primera entre 1989 y 1996, y la segunda entre 1999 y 2003 que han desplazado a cientos de miles de sus ciudadanos y devastado su economía.

Además, estos países también subsidian a los sistemas de salud de los países ricos, pues un gran número de médicos y trabajadores de la salud, nacidos en estos países, migran a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en busca de trabajo. Sus sistemas de salud empobrecidos frecuentemente actúan ampliando la red de contagio. Ya sucedió en Monrovia (Liberia) cuyos 5 principales hospitales tuvieron que cerrar gracias a que, frecuentemente, el personal de salud no cuenta con ningún equipo y muchas veces ni con agua para la atención de los pacientes. Para el *People Health Movement* esta situación está agravada por un sistema de salud pública casi inexistente e incapaz de responder con eficacia.

Marcus Rowcliffe, de la Sociedad Zoológica de Londres, considera que la magnitud de la crisis que aqueja a Liberia, Sierra Leona y Guinea más bien se debe a "un desastre de salud pública, más que un problema de gestión de la vida silvestre" (9). Por ejemplo, en Sierra Leona hay un informe que detalla cómo la sangre, el vómito y la orina se encuentra en el suelo del hospital y al enfermar seis enfermeras, el personal de salud se declaró en huelga y abandonó los hospitales. Por supuesto no faltan las iniciativas privadas que, en su afán de lucro y sin considerar las normas rigurosas para la atención de estos pacientes prestan el servicio.

Además, pese a conocer la enfermedad desde hace 40 años habría que preguntarnos ¿por qué la ciencia no ha producido una vacuna o algún antibiótico que ataque eficientemente al virus? Se ha reportado también que ninguna empresa farmacéutica está interesada en producir medicamentos para pobres que no tienen con qué pagar y pasan a engrosar la larga lista de patología que sigue asolando la región como Kala Azar, Malaria, Tuberculosis (TB), Chagas y muchas más (4).

3. La actuación de la OMS

Recientemente, a instancias de la convocatoria hecha por la OMS, empieza a llegar la ayuda tan necesaria para detener la expansión de la enfermedad, aunque se considera que esto debía suceder mucho antes pues la OMS recibió el primer informe sobre casos Ébola en Guinea y tardó más de tres meses en convocar una reunión de ministros de la salud regionales y abrir una coordinación regional central.

La OMS responde a los lineamientos establecidos por el FMI y por el Banco Mundial, haciendo ajustes económicos importantes a la atención de este tipo, tan grave, de problemas. Por ejemplo, de 2013 a 2014 recortó el presupuesto, para dar respuesta a situaciones de crisis, poco más del 50% (de 469 millones de dólares a 228 millones de dólares) y curiosamente, recientemente, anunció que se requieren 71 millones de dólares para poner en práctica su plan de respuesta contra el brote de Ébola (2).

Desde esta perspectiva, resultan esclarecedores los planteamientos de Edmundo Granda sobre la sociedad del riesgo; este autor señala en uno de sus trabajos: podemos afirmar que el mundo actual se caracteriza, hoy más que nunca, por la proliferación de "...riesgos sociales, políticos, ecológicos, económicos que tienden cada vez más a escapar del monitoreo y protección de las instituciones" (10) creadas para ello; y que éstas mismas instituciones "se constituyen en las productoras y legitimadoras de los peligros que no pueden controlar" (10).

Se ha evidenciado que la OMS hace parte de maniobras cuestionables en este tipo de epidemias. Para el caso de la mal denominada 'pandemia' de influenza AH1N1, originada supuestamente en

México en 2009, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa solicitó a un grupo de expertos una investigación en la cual dentro de sus principales conclusiones destacó como urgente que las agencias de salud a nivel mundial, tales como la OMS y algunos organismos europeos relacionados con el tema, tomen medidas para evitar volver a repetir una próxima pandemia.

En su texto, el informe de la Asamblea Parlamentaria destaca la inaceptable relación de poder establecida entre gobiernos y compañías farmacéuticas al momento de negociar los contratos, y señala, particularmente, las presiones indebidas que las compañías han ejercido sobre los gobiernos forzándolos a tomar decisiones sobre la conveniencia y las características de las campañas de vacunación nacionales sin disponer de la debida información (11).

Conclusiones

Tanto el actual brote de Ébola como los anteriores, tienen como causa fundamental la desenfrenada explotación de los recursos naturales de la región, que a su vez acelera, brutalmente, sus niveles de pobreza. La expansión del fenómeno que ha producido tanta alarma internacional también está íntimamente relacionada con la debilidad de sus sistemas de salud, tanto de su red hospitalaria como de sus entidades de salud pública; esto obliga a la, urgente, tarea de reforzar dichos sistemas en la región. Evidencia de lo anterior es que en Nigeria se han hecho importantes esfuerzos al respecto y, sin duda, a eso se debe el control logrado sobre la progresión de la epidemia. Por lo demás, existen grandes probabilidades de que la epidemia será controlada, aunque dejará un rastro de muerte y destrucción que profundizará aún más los problemas para la sobrevivencia en la región.

Sin embargo, aunque es verdaderamente indispensable el aumento progresivo y sostenido del gasto en salud para estos países y también en muchos de nuestra América Latina, esto no significa la solución de fondo pues en un futuro inmediato aparecerá otro nuevo flagelo. Es decir, la ejecución de medidas reales de solución demanda tener en cuenta que: 1) en formas de organización social donde hay una distribución asimétrica de la propiedad y del poder, y se dan formas de opresión de unos grupos sociales sobre otros, se desarrollará como consecuencia la inequidad social y 2) el ciclo acelerado de explotación del capitalismo global no parece dar tregua y pronostica más bien su profundización.

Quiero cerrar esta reflexión con una pregunta planteada por el People Health Movement: ¿habremos aprendido algo de esta experiencia o se volverá nuevamente un mero asunto de negocios para los grandes capitales?

Referencias bibliográficas

1. **El Universal.** Contagios por ébola suman casi 16 mil. El Universal [en línea]. 27 de noviembre de 2014. [Fecha de consulta: noviembre 27 de 2014]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/el-mundo/2014/impreso/contagios-por-ebola-suman-casi-16-mil-89034.html>
2. **People's Health Movement (PHM).** Ebola epidemic exposes the pathology of the global economic and political system. PHM Potition Paper [en línea]. [Fecha de consulta: noviembre 27 de 2014]. Disponible en: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm_ebola_23_09_2014final_0.pdf
3. **Garza-Almanza V.** Epidemia de Ébola, 2014 [en línea]. *CULCyT. Reporte Especial, 2014* [fecha de consulta: octubre de 2014]; 11(53): 5-7. Disponible en: <http://www2.uacj.mx/IIT/CULCYT/Mayo-Agosto%202014/4%20Reporte%20Especial%20Ebola.pdf>
4. **Vega L.** La amenaza del virus Ébola como ejemplo del desafío de las nuevas enfermedades infecciosas. *Rev Mexicana de Pediatría* 2000; 67(5): 204-5.
5. **WHO.** Statement on the 3rd meeting of the IHR Emergency Committee regarding the 2014 Ebola outbreak in West Africa. WHO statement, 23 October 2014.
6. **Cabrera AC, Cortés N, Eibenschutz C, et al.** Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R (Comps). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? . México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
7. **Breilh J.** Las tres 'S' de la determinación de la vida, 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: R.N.P (Editor). *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiros de Estudos de Saúde CEBES, 2010.
8. **Benach JC.** Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner realizada por Salvador López Arnal. In: *Socials SD-D* (Editor). 2008.
9. **La Jornada.** La epidemia del ébola es una desastre de salud pública, afirma zoóloga en Londres. *La Jornada* [en línea]. [Fecha de consulta: noviembre 2 de 2014]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/11/03/sociedad/040n1soc>
10. **Granda E.** Globalización de los riesgos en salud. IV Congreso Internacional de Salud Pública "Globalización, Estado y Salud". Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía 10, 11 y 12 de noviembre; 2005.
11. **Forcades.** Pandemia 2009-2010 por gripe A: la importancia de evitar que las alarmas sanitarias sean rentables. *Rev Salud Colectiva* 2010; 6(3): 245-9.