

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Un acercamiento a la interacción de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la salud en América Latina, desde el punto de vista del pensamiento complejo [An approach to the interaction of poverty, inequality, malnutrition, neoliberalism and health in Latin America, in terms of complex thinking]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Selva Sutter, Ernesto Alfonso
Publisher	CLACSO
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-03 20:18:13
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/154800

Un acercamiento a la interacción de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la salud en América Latina, desde el punto de vista del pensamiento complejo

Ernesto Alfonso Selva Sutter

Resumen

América Latina y el Caribe (ALC) sufren la interacción de pobrezas, desigualdades y malnutriciones, con salud precaria; carga perversa, viciada, además, por la hegemonía mundial estadounidense, propiciadora de la globocolonización neoliberal y protectora de empresas transnacionales, apoyándose en sus creaciones multilaterales (BM, FMI, OMC), una superentidad corporativa, la OPS/OMS, etc., sin importar la consecuente pauperización de la mayoría de la humanidad. El individualismo de mercado, instrumento ideológico globocolonizante, también impide alcanzar la salud poblacional y el cambio estructural exigidos por la pobreza, estimada conservadoramente en

Abstract

Latin America and the Caribbean (LAC), suffer from the interaction of poverty, inequality, and nutritional diseases, with poor health, further viciated by the United State of America's global hegemony, also a proponent of the neoliberal global colonization and protective of transnational corporations, relying on its multilateral creations (WB, IMF, WTO), a corporate super entity, PAHO/ WHO, etc., regardless of the impoverishment of the majority of mankind. Market individualism, a globalization ideological instrument, also prevent of achieving population health and structural change demanded by poverty now damaging 29.5% of the LAC population, and by the region's epidemiological profile, formed by: epidemics of

i+c

Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

29,5% de la población de ALC, y por su perfil epidemiológico conformado por epidemias interactuantes de enfermedades infecciosas y no infecciosas, de violencia y lesiones, de enfermedades mentales, deficiencias alimentarias/nutricionales coexistentes con sobrepeso y obesidad, inmersas en un medioambiente deteriorado. El enfoque complejo de la causalidad estructural/socionaturalidad de procesos se aplica para analizar la problemática de ALC, donde domina el pensamiento lineal inherente a la pseudociencia, el cual resulta un impedimento para comprender la patogenicidad del mercado, que la desnutrición (proteico-calórica-vitaminica-mineral) materna, fetal e infantil, dependiente de subalimentación e infecciones, es el enlace intergeneracional entre las enfermedades infecciosas y las no infecciosas prevalentes en poblaciones pobres, o que la salud es una necesidad humana fundamental.

infectious and non-infectious diseases, violence and injury, mental illness, dietary/nutritional deficiencies coexistent with overweight and obesity, immersed in a deteriorated environment. The approach of structural causality/social natural essence of processes is applied to analyze the problems of LAC, where linear thinking, inherent to pseudoscience, dominates, and becomes an impediment to understanding: the pathogenicity of the market, that maternal, fetal and infant malnutrition (proteins - calories - vitamins - minerals), infection and undernourishment dependent, is the intergenerational link between infectious and non-infectious diseases prevalent in LAC, or to comprehend health as a fundamental human need. The access to the Pension requires the fulfillment of certain conditions; the fulfillment of the goals established by the State although they represent a great advance in the social protection system; still they have not been covered in the period 2007 - 2011.

An approach to the interaction of poverty, inequality, malnutrition, neoliberalism and health in Latin America, in terms of complex thinking

i+c
Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

Ernesto Alfonso Selva Sutter

Doctor en Salud Pública (UNC, Chapel Hill), catedrático UCA, El Salvador y ex Rector Interino UES, El Salvador.

Recientemente ha publicado: *La Farmacocracia en la Macabra Mascarada de la Globocolonización*, 1ª. y 2ª. Parte; y *Sobre la pauperización y la exclusión contemporánea de la Salud Pública*.

PhD in Public Health at University of North Carolina at Chapel Hill. Professor at UCA and El Salvador. Former Acting Chancellor at UES, El Salvador. He has published, recently: La Farmacocracia en la Macabra Mascarada de la Globocolonización, Part I and II; and Sobre la pauperización y la exclusión contemporánea de la Salud Pública.

ERNESTO ALFONSO SELVA SUTTER

Palabras clave

1| Interacción 2| globocolonización 3| hegemonía 4| superentidad 5| individualismo de mercado 6| causalidad estructural/socionaturalidad 7| enlace intergeneracional

Keywords

1| Interaction 2| global colonization 3| hegemony 4| super entity 5| market individualism 6| structural causality/social natural 7| intergenerational link

Cómo citar este artículo [Norma ISO 690]

SELVA SUTTER, Ernesto Alfonso. Un acercamiento a la interacción de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la salud en América Latina, desde el punto de vista del pensamiento complejo. *Revista latinoamericana de investigación crítica*, (1): 65-104, primer semestre de 2014.

Un acercamiento a la interacción de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la salud en América Latina, desde el punto de vista del pensamiento complejo

Introducción

Hay poco espacio para dudar de que la pobreza, la desigualdad, la desnutrición, el neoliberalismo y la mala salud mantienen influencias recíprocas transformables y transformadoras y una organización estructural como un todo continuamente cambiante; o para dudar de que superar estas amenazas mortales y alcanzar la salud constituyen un requisito para producir un cambio radical en América Latina y el Caribe (ALC).

La interacción dialéctica permite destacar, entre otras cosas su relación con la conexión universal de los fenómenos, la ley más general de la existencia del mundo (Rosental y Iudin, 1971); el hecho de que siendo el cambio la característica de todos los sistemas en todos los aspectos, cada uno de los elementos se recrean uno a otro según las totalidades de las que son parte (Levins y Lewontin, 1985); que en el mundo no existen problemas aislados y que aun los problemas teóricos abstractos se vinculan con los sociales reales y se llenan de contenido histórico (Burlatsky, 1981).

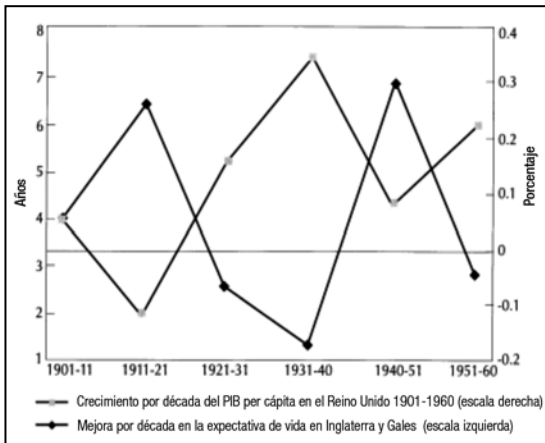
La interacción entre la pobreza, la desigualdad, la desnutrición y la mala salud fue planteada brillantemente, desde la lógica formal, por Amartya Sen en 1995. En efecto, Sen habló de una pobreza relacionada con la terrible situación del mundo; es decir, de una pobreza que no se define únicamente por el bajo ingreso y se refirió a una pobreza relacionada con los duros hechos de las vidas acortadas, las existencias agobiantes y con la muerte de personas desposeídas, entre las que muchas veces están incluidos niños que viven en ambientes agresivos; y señaló que si bien tal situación no puede separarse de la

pobreza de ingreso, también refleja provisiones inadecuadas de salud pública y de soporte nutricional, deficiencias en los sistemas de seguridad social, la ausencia de responsabilidad social y la ausencia de una gobernanza realmente sensible (Sen, 1995).

Sen argumentó que el Producto Nacional Bruto per cápita puede ser un buen indicador del ingreso real promedio de una nación, pero que los ingresos que tiene cada persona y su calidad de vida dependen también del patrón de distribución del ingreso nacional así como de varias condiciones físicas y sociales (Sen, 1995).

En la Figura 1, presentada por Sen para ilustrar su planteamiento, sobresale, tanto que el patrón del incremento de esperanza de vida es casi exactamente lo opuesto a la expansión del producto doméstico bruto per cápita durante las primeras seis décadas del siglo XX en Inglaterra y Gales, como que los incrementos en la esperanza de vida son más bien moderados (de 1 a 4 años) para cada década, excepto para el caso de las décadas 1911-1921 y 1941-1951, cuando dicho indicador se elevó a 7 años por década, siendo estas las décadas de la primera y segunda guerras mundiales (Sen, 1995), cuando, a primera vista, era menos probable tal elevación, particularmente en Gran Bretaña.

Figura 1. Crecimiento por década del PIB real per cápita (Reino Unido) y los aumentos por década de la expectativa de vida al nacer (Inglaterra y Gales)



Fuente: la figura sobre crecimiento es de Madison (1982), y la información sobre expectativa de vida es de Preston *et al.* (1972). Esta figura es de dominio público y fue obtenida de internet, pero originalmente la misma figura se encuentra en Sen, A. *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure*, UNICEF, 1995.

Sen centra su explicación en que las mejoras en el abastecimiento público de comida y servicios de salud durante esas décadas, contingente-

mente asociadas con el esfuerzo de guerra, hizo más efectivo el uso de sistemas de distribución pública e introdujo más equidad en la distribución de la comida mediante el sistema de racionamiento, lo cual a su vez hizo declinar la desnutrición; además de que hubo más espíritu para compartir en los años de guerra al igual que mayor acción cooperativa; de manera que deja en evidencia las influencias de la organización económica y del medioambiente social sobre las tasas de mortalidad (Sen, 1995). Sen también ilustró que a mejor distribución de servicios que verdaderamente ayuden a las personas y a mejor alimentación, se obtienen mejores perspectivas de calidad de vida (Sen, 1995).

La nociva interacción pobreza, iniquidad¹ y salud, también es apreciable en el cúmulo de cifras que convencionalmente describen a la región de Latinoamérica, en donde el total de la población ya alcanza 599 millones (Population Reference Bureau, 2012); además el ser una región con el 78% de su población viviendo en zonas urbanas, con al menos un 72% de enfermedades debidas a procesos de salud-enfermedad *no transmisibles*, con un 3% de niños menores de 5 años con peso bajo para su edad y con poca equidad de ingresos (Population Reference Bureau, 2012).

Hasta hace poco, según CEPAL, América Latina y el Caribe se mantenía como la región más inequitativa (e injusta) del mundo sobre la base del coeficiente de Gini; además, según OPS/OMS, la región soporta una triple carga de enfermedades: no infecciosas, infecciosas y por causas externas (OPS/OMS, 2012).

A finales de 1911, en ALC se contaban 177 millones de personas viviendo bajo la línea de pobreza, 70 millones de ellos en extrema pobreza; también sólo 283 millones de toda la población económicamente activa tenía empleo y 61,6 por ciento de esos empleos estaban en el sector servicios (OPS/OMS, 2012).

Sin embargo, sobre la base de diversos reportes del estado de la salud del mundo, el perfil epidemiológico que caracteriza a la región de ALC, aunque con variaciones entre países, es más bien aquel marcado por enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas de masas, emergentes y re-emergentes (WHO, 1999); enfermedades no infecciosas en claro ascenso como para alcanzar la categoría de epidemia (Epping-Jordan, *et al.*, 2005; Sirinath Reddy *et al.*, 2005; Strong, *et al.*, 2005; Wang, *et al.*, 2005); por una epidemia de violencia y lesiones

1 Iniquidad o inequidad: Son dos vocablos distintos, aunque por su escritura y pronunciación se pueden confundir. El primero significa "maldad, injusticia grande", el segundo "falta de equidad".

(Krug, *et al.*, 2003; Pellegrini, 1999; WHO, 1999; OPS/OMS, 2012); y por otra de enfermedad mental muy ligada al alcoholismo y a otras adicciones (Konh, *et al.*, 2005; OMS, 2004; Ranum, 2007; Roses Pe-riago, 2005; Saraceno, *s/f*); todo ello en un marco de hambre, de deficiencia nutricional² silenciosa y silenciada (UNICEF, 1998; 2000; 2001; Vivas, 2009) coexistente con sobrepeso y obesidad (Joint WHO/FAO, 2003; Selva Sutter, 2004; Prentice, 2003, 2006; OPS/OMS, 2012) y de pobreza; es decir, por una más bien quíntuple carga de enfermedad con causa sionatural-estructural (Selva Sutter, 1986; Selva Sutter, 2005a), todo ello en un contexto de deterioro ecológico, de marcado abuso al medio ambiente, al menos en el caso de El Salvador (OPS, 2007).

La relación con los Estados Unidos afecta la estabilidad política, económica y social de la región, porque es una relación de dominio neoliberal (Selva Sutter, 2012c). Además, EUA compra el 40% de todo lo que exporta Latinoamérica y las inversiones estadounidenses representan el 40% de las inversiones foráneas en Latinoamérica, aparte de que el 90% de las remesas que recibe la región (U\$s 60 mil millones) procede de ese país (OPS/OMS, 2012).

De Políticas, Imperio, Globocolonización, Ciencia y Pseudociencia

La concreción de un proyecto de salud pública que pretenda contribuir a alcanzar niveles de salud de calidad humana para todos, depende de la ejecución adecuada de políticas de salud y dado que éstas no sólo son cuestión de voluntad y conveniencia de actores políticos, sino que, como toda política, son además cuestión de contenidos apropiados, de procesos y de poder (Walt, 1994), resulta crítico comprender también que la ejecución de dichas políticas no es únicamente “cosa del sector salud”.

También conviene comprender que el término globalización, así como la mayoría de los términos que se usan para referirse al proceso que este identifica, son eufemismos de lo que en rigor llamamos globocolonización (Sabini Fernández, 2010; Selva Sutter, 2011; 2012a y b), porque este término describe más apropiadamente al proceso como instrumento neoliberal, imperial, colonizador y decisivo para la realización de las metas de sus dueños, tal como lo explicó y aplicó originalmente Luis E. Sabini Fernández (Sabini Fernández, 2010).

2 Ya en 1998 Carol Bellamy, directora ejecutiva de UNICEF, advertía que tres cuartas partes de los niños del mundo morían debido a causas relacionadas con la desnutrición, que estos niños eran calificados como leve o moderadamente desnutridos y que, además, a los ojos de un lego no mostraban signos o síntomas de esta emergencia invisible (UNICEF, 1998).

La introducción de los principios que dan pie al surgimiento del neoliberalismo se acompañó de las conocidas propuestas para “dejar hacer” y para liberar el uso de los medios de producción (capital, tierra, trabajo y organización), etc. (Selva Sutter, 2011), sentó las bases para extender el sistema de mercado a todo el mundo, convirtiendo en áreas de libre comercio a naciones “soberanas” (Chossudovsky, 2002), con la intención de favorecer a las empresas transnacionales, dictando, además, la dirección del movimiento de las economías mundiales menores, dentro de un proceso explotador y de integración mundial sin precedentes, tanto en lo relativo a su extensión, intensidad y velocidad, como en cuanto a su marcado irrespeto a los capitales locales y el desprecio a la calidad de vida (Hinkelammert, 1997; Montoya, 1996; Rico Velasco, 1997; Selva Sutter, 2011, Selva Sutter, 2012a y b), tal y como luego lo pusieron en práctica a escala significativa Reagan, Thatcher y Pinochet, por mencionar algunos.

De hecho, pauperización, pobreza, derrota, muerte, subyugación multidimensional, desmantelamiento de las instituciones sociales, debilitamiento o eliminación de muchas instituciones estatales y *la desorganización de las comunidades y las familias*, se cuentan entre las consecuencias de la globocolonización para los países y las personas pobres, en vías de pauperización y pauperizables del mundo, mientras, las corporaciones transnacionales (CT), el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y, por supuesto, los Estados Unidos de América (EUA) y los demás países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) obtienen una posición ventajosa (Chossudovsky, 2002; Farmer, 2005; Selva Sutter, 2011 y Selva Sutter, 2012a y b; UNRISD, 1995).

Tampoco algunas organizaciones y expertos vacilan en designar a los EUA como el emperador y dueño de la globocolonización. Se ha dicho que este fenómeno disfraza la intención de penetración de los EUA en otros países (ECA, 1999), otros señalan que EUA es un imperio en vías de consolidación mediante la guerra y la globalización (Chossudovsky, 2002). Jon Sobrino lo da por consolidado (Sobrino, 2004). El gobierno estadounidense es señalado como la fuerza que empuja la globocolonización (UNRISD, 1995), está documentado que el Departamento del Tesoro de EUA ha impuesto su ideología, que no es más que la de Corporate America, a organizaciones como el BM y el FMI que representan a las empresas transnacionales (Homedes y Ugalde, 2004); e incluso se ha planteado que la burbuja de hipotecas de 2008 representó una íntima conexión con una *nueva configuración de la economía del mundo bajo la hegemonía de los EUA* (Cámara Izquierdo, 2012).

También se dice que la hegemonía de los EUA es un mito; sin embargo, es un hecho que sectores de la economía que usan intensivamente mano de obra han sido relocalizados en países con bajos costos de mano de obra, especialmente en América Latina y Asia; así como que la antigua Unión Soviética y China están incorporados al mercado mundial capitalista, y que, conscientemente o no, lo está el resto del mundo (Cámara Izquierdo, 2012).

En el área de salud, tal hegemonía se expresa a través de las presiones del Banco Mundial sobre la Organización Mundial de la Salud para imponer sus políticas de salud en el mundo (The World Bank, 1993).

No importa si los gobiernos son neoliberales y amigables con la empresa privada, si son socialistas de mercado, social demócratas, etc., la globocolonización siempre ha sido cuestión de gobiernos: dentro del capitalismo, el sector público o gubernamental guía y protege al sector privado (Heilbroner y Milberg, 2009); durante las décadas de los ochenta y los noventa, las elites globalizadoras tomaron el poder del Estado en la mayoría de países del mundo para promover la globocolonización, sin medir las consecuencias de su accionar, de manera que ahora la elite recurre a la acumulación militarizada, a la especulación financiera inmisericorde y al saqueo de las finanzas públicas para apuntalar sus ganancias (Robinson, 2012).

Ciertamente ha habido grupos humanos y países que pudieron evadir, hasta cierto punto, los efectos negativos de la globocolonización y que alcanzaron niveles de equidad sin crecimientos económicos dramáticos; sin embargo, en las actuales circunstancias, la mayoría de ellos ya han sufrido las más graves consecuencias del neoliberalismo (Selva Sutter, 2003b y c).

Cabe aclarar que ya se cuenta con evidencia cuantitativa que revela tanto la red de conexiones de propiedad como la estructura de control a nivel global, con todas las uniones entre las diferentes transnacionales; redes, conexiones y uniones que además revelan la existencia de una “superentidad” económica/financiera dentro de la red global de corporaciones transnacionales (CT) (Vitali *et al.*, 2011).

Está documentado que la globocolonización es una relación caracterizada por asimetrías entre países desarrollados y países subdesarrollados debido a la explotación ejercida por los países desarrollados (PNUD, 2005a y b), lo que vuelve falacia al conocido eufemismo “países en vías de desarrollo”.

La globocolonización también produce otros efectos secundarios indeseables, entre los que cabe señalar la sobrecarga ecológica, problemas morales y *la insistencia en poner a la sociedad al servicio del mercado y no al revés*; es decir, la glorificación y la imposición

del mercado y de la cultura comercial como árbitros de lo moral, con la destacada ayuda de la capacidad de manipulación de los medios de comunicación de masas.

Otro elemento contribuyente a la imagen macabra de la salud pública mundial es que la ciencia no sólo es el desarrollo del conocimiento genérico humano, sino que también es un producto social que tiene dueños (Levins, 2004); que, más bien, la ciencia es un producto socionatural/estructural, a menudo aplicado con la finalidad de producir mercaderías y otros instrumentos de poder, así como artefactos dirigidos a la destrucción, la dominación y el terror (Selva Sutter, 1986, 2005b, 2010; Tesh, 1981, 1988).

Sin embargo, además, es imperativo comprender que la práctica científica tradicional tiende a desnaturalizarse, entre otras cosas, puesto que el cumplimiento de la reproducibilidad de los hallazgos científicos por la comunidad científica, uno de los pasos indispensables para la constatación del hecho científico, se obvia sistemáticamente, muchas veces escudándose en el “ordenamiento” nocivo implícito en la ilegitimación de los abstractos impulsada por la corriente neoliberal globalizante (Busaniche, 2005; Santory, 1996; Selva Sutter, 2002, 2010); mientras en otras oportunidades dicho requisito es obviado pretextando que dichos hallazgos son secreto industrial, militar o de seguridad nacional (Levins, 2004). Material y métodos es una sección crítica de cualquier pieza de investigación.

Como si esto fuera poco, sobre todo en las colonias, el apuntalamiento del dominio del hacer sobre el pensar, particularmente la ilegitimación del pensar en el porqué y el cómo de los procesos, instrumento de dominación impuesto por la globocolonización (Selva Sutter, 2002, 2010, 2011), se juntan con la tendencia de los países subdesarrollados a no producir sino a copiar ciencia, aparte de combinarse con la vía de desnaturalización de la metodología científica ya señalada y con otras formas de desnaturalización del proceso científico, fomentando así a la pseudociencia. Tampoco se cumple siempre con el prerrequisito de establecer el punto de partida, a través de la correspondiente revisión de la literatura científica, antes de intentar establecer un nuevo hecho científico.

Pensamiento complejo, causalidad estructural, socionaturalidad y salud socionatural con causalidad estructural

J. Montero Tirado plantea que aunque los desafíos del futuro exigen diferentes reformas, hay una que debe ser abordada urgentemente y ésta es la de la reforma de la manera de ver y de pensar; la de la necesidad de aplicar pensamiento complejo, para abordar con éxito la compleji-

dad del número y diversidad de los desafíos científicos del presente, lo cual es difícil de lograr con el pensamiento lineal; entre tales desafíos destaca la acumulación de saberes y medios de producción en manos de unos pocos países (Montero Tirado, 2005).

Además, el autor agrega que:

“La segmentación de la realidad para conocerla más profundamente ha desvirtuado la calidad del conocimiento, porque ninguna parte de la realidad se explica y justifica por sí misma. Lo que durante mucho tiempo ha sido considerado como la estrategia mejor para el conocimiento, hoy con otra visión y conocimiento de la naturaleza de lo existente, resulta una estrategia radicalmente insuficiente y potencialmente fuente de error por parcialización de la verdad [Así como que] no hay partes aisladas ni seres simples. Todo está religado, es interactivo y es complejo.” (Montero Tirado, 2005).

Naturalmente. El reduccionismo cartesiano ha plagado el proceso del conocimiento, incluso el área de la causalidad con nociones erradas (Levins y Lewontin, 1985). La causa es un fenómeno *que necesariamente provoca un efecto, un proceso que, si está presente, debe producir el efecto y, consecuentemente, es una provocación necesaria*; además, es una interacción simultánea e interactuante con su efecto, de manera que *confirma un complejo causa/efecto* que está constituido por un conjunto de condiciones todas ellas igualmente necesarias (e individualmente insuficientes; pero suficientes en conjunto interactuante), el cual actúa como un todo único y como un mecanismo único, peculiar y efímero, para cada abstracción, parcial o total, que se quiera hacer del proceso confrontable con la realidad (Sagatovsky y Antipov, 1966; Selva Sutter, 1986, 1997, 2005a).

Esta noción de causa estructural, que fue introducida en el ámbito de las ciencias de la salud en 1966 (Sagatovsky y Antipov, 1966), y puntualizada en 1986 para darle la forma en que ahora se presenta (Selva Sutter, 1986, 2012), se forma a partir de reconocer y superar muchas ambigüedades, reduccionismos, mucho agnosticismo³ y validar la definición de causa como provocación necesaria e instantánea (Sagatovsky y Antipov, 1966; Selva Sutter, 1986, 1987, 2005a). Esto debe ser así en atención a la relación absolutamente necesaria exigida por la

3 La causa eficiente externa, monocausalidad, cajas negras, causa última; multicausalidad (la causa debe ser única); la causa y las condiciones, determinismo causal o pluralidad conjuntiva de causas etc. (Selva Sutter, 1986, 1987).

categorización apareada de la relación causa/efecto, en la cual la causa es considerada una provocación necesaria, tal como debe ser, puesto que causa que no actúa no es causa, dado que, como consecuencia, el referente idóneo de ella, su indicador, es justamente su efecto y cualquier fracción de tiempo y/o espacio entre la causa y el efecto rompe la relación absolutamente necesaria (Sagatovsky y Antipov, 1966; Selva Sutter, 2005a).

Se le llama estructural, porque se le concibe como una entidad que representa una totalidad dinámica aunque instantánea, con conexiones y relaciones recíprocas entre sus partes y elementos –cada uno de ellos necesario pero insuficiente para la conformación y la acción de dicha entidad– lo suficientemente estable para conferirle peculiaridad como sistema y porque, además, está sujeta a ley (Selva Sutter, 1986, 1987, 2012c).

En resumen, la causa estructural es un todo interactuante peculiar⁴, única pero no simple, compleja pero definida, heterogénea; objetivamente completa y concreta en un instante, pero dinámica y cambiante (Selva Sutter, 2005a).

Negar la principalidad o la preponderancia de cualquiera de los participantes en el proceso con base en la interacción múltiple y recíprocamente transformadora, permite comprender que si la aplicación de lo aceptado como la metodología científica, indica que algunos de los llamados factores sociales participan en algún proceso de determinación (en el origen, en el curso o en el mecanismo de funcionamiento de algún proceso) no hay razón para considerar menor su importancia en relación con la de otros factores participantes, ni para adjudicarles a tales factores sociales posiciones secundarias o distantes en la determinación advirtiendo, a la vez, que tampoco hay razones para otorgarles mayor importancia a ellos que a otros factores (Selva Sutter, 1986, 1987 y 2005a).

Sin embargo, precisamente por ser así las cosas ¿Cuán singularizable o encerrado en sí mismo es lo social o es lo natural, cuan excluyente de lo uno es lo otro? Después de todo el humano es quien desarrolló la conciencia y lo social dentro de lo natural a lo cual transforma conscientemente (Selva Sutter, 1986, 1987, 2005a).

La respuesta es la socionaturalidad de los procesos, particularmente aquella de los procesos salud-enfermedad, incluyendo los procesos de salud/enfermedad relacionados con lo genético, de los procesos de salud/enfermedad infecciosos, de los procesos que ejemplifi-

4 Un complejo causa/efecto (Selva Sutter, 1986, 1987, 2005a).

can la falsa dicotomía infeccioso y no infeccioso; la sionaturalidad de los procesos llamados no infecciosos, de lo mental; y la validez de la concepción sionatural/estructural de la salud (Selva Sutter, 1986, 1987, 2005a). Posteriormente, sobre esta base se estableció la causalidad estructural y la sionaturalidad de la depresión (Henríquez, 2000).

La tesis sobre lo sionatural sostiene que la realidad está constituida por procesos particulares de interacción continua de lo conocido como inorgánico con lo conocido como orgánico (incluyendo lo biológico) y con lo llamado social; que lo que se da en dicha realidad es una interacción sionatural continua y extremadamente versátil de condiciones, todas ellas sionaturales en esencia; así como que tales procesos se expresan abruptamente en fenómenos peculiares como producto del desarrollo de formas de movimiento cuantitativas y cualitativas, en función de que una o varias condiciones de las que conforman los procesos muestran un incremento o una disminución en términos de tamaño o número para luego determinar, en cierto punto⁵, una transformación cualitativa que es indicada o evidenciada por un cambio brusco en su apariencia y/o en su función, de manera que las condiciones participantes y el mismo proceso se convierten en otras cosas, aunque algunas condiciones particulares y el nuevo todo permanezcan esencialmente iguales en términos de sus principales relaciones constituyentes (Atwood, *et al.*, 1997; Ollman, 1986). Incluso alguna condición de inicio o resultante del mecanismo de interacción del proceso puede desaparecer en virtud de la interacción (Lewin y Lewontin, 1985) y, por supuesto, nuevas condiciones pueden aparecer por la misma razón.

La concepción sionatural/estructural de los procesos de salud/enfermedad obligó a tomar en cuenta que los subprocesos de salud y enfermedad se encuentran indisolublemente ligados entre sí y pueden concebirse como las caras/procesos de una misma moneda-proceso de mayor amplitud con base en la naturaleza y versatilidad de los nexos de interacción; cada uno de ellos (los subprocesos) de igual naturaleza que el proceso de mayor amplitud del que forman parte, es decir, cada uno de ellos debe ser comprendido como causado estructuralmente y sionatural en esencia. Así, tampoco se puede reconocer bidimensionalidad en alguno de estos subprocesos en tanto que sea social su causa y sean biológicos como efectos. Lo llamado salud o lo llamado enfermedad no es reducible a lo biológico (Selva Sutter, 2005a).

5 El cual tiende a ser peculiar para cada tipo de millones de procesos.

Diversos paradigmas identifican a la salud con la ausencia de enfermedad, con la normalidad, el bienestar etc., de manera que el término salud carece de concepto propio; la dificultad se acrecienta en la actualidad por la intromisión del liberalismo que es promovida en el campo de la salud latinoamericana por OPS/OMS; tanto que en nuestro medio esta organización ha pedido que se abandone el amplio concepto de salud de la OMS y propugna porque la salud sea considerada la realización del potencial biopsíquico de las personas y de las poblaciones de acuerdo a las diversas circunstancias en las que vive, en atención a las “dificultades operativas” que presentan definiciones amplias (OPS/OMS, 2002a).

Consecuentemente, la tarea de definir responsablemente a la salud se constituyó y se constituye en un imperativo y, afortunadamente, la tesis estructural/socionatural⁶ pudo poner a trabajar sus propios postulados y aprovechar los estudios acerca del desarrollo a escala humana y de las necesidades humanas fundamentales (NHF) (Max Neef, *et al.*, 1986) en favor de la tarea de definir la salud; es decir, el planteamiento socionatural/estructural se apoyó en estudios que planteaban que el desarrollo se refiere a las personas, que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, así como que las necesidades humanas fundamentales son pocas, delimitadas, clasificables y las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos, de manera que lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para su satisfacción, los satisfactores legítimos (Max Neef, *et al.*, 1986).

Sin embargo, la teoría socionatural/estructural también orienta a prever la producción de las condiciones capaces de actuar como agentes etiológicos⁷, a evitar su conformación como factores de

6 Este nuevo planteamiento fue avanzado por Selva Sutter en 1986 mediante la publicación primordiana “La Articulación Social del Proceso Salud-Enfermedad a través de su Causalidad Estructural propuesta teórica-conceptual en el desarrollo del pensamiento epidemiológico”. Su evolución al presente ha conducido a la formulación como Epidemiología Socionatural publicada en su primera versión en 1992 y en la segunda en 2005.

7 Resulta un nuevo nivel fundamental de prevención puesto que, hasta ahora, el sistema de prevención se ha limitado a evadir la exposición a tales condiciones, a destruirlas una vez producidas, pero antes de su “ataque” directo al humano. O dicha prevención se ha limitado a alertar nuestras defensas contra la siempre existente posibilidad de “agresión” de parte de tales condiciones; o a tomar medidas contra esas condiciones (o a reemplazarlas en el caso de las deficiencias) cuando ya han participado en la producción de efectos para evitar otros más graves, o incluso a recuperar las condiciones remanentes después del daño. En suma, la prevención se ha concentrado en contrarrestar la potencial acción de “factores de riesgo” (Selva Sutter, 2005a).

la etiopatogenia, sobre la base de su postulado de que todas las condiciones que actúan en los procesos de salud-enfermedad son productos parciales del quehacer humano (Selva Sutter, 2005a).

Según este concepto, la salud no puede ser obtenida sólo a través de los diversos servicios ofrecidos por el “sector salud”; reclama la satisfacción y *el empoderamiento de la gente*, aparte, por supuesto, de un sistema de atención médica y de salud pública orientado a lograr y mantener el mayor nivel de salud para la población general, apuntalado por la solidaridad, la equidad y la orientación poblacional (Selva Sutter, 2003a, 2003c, 2005a).

Así se alcanza la concepción de la salud como una necesidad humana fundamental (NHF) para el desarrollo y, por lo tanto, como un derecho humano fundamental; así le llega a su concepción como una necesidad que sólo puede realizarse relativa y transitoriamente mediante la satisfacción constante de otras necesidades humanas fundamentales (la subsistencia, la protección, el afecto, el entendimiento, la participación, la recreación, la creatividad, la identidad y la libertad) –cuya concreción en la realidad ya implica integración de categorías axiológicas y existenciales– en interacción con acciones especializadas provenientes y ejecutadas por un sector de salud reorganizado y reorientado justamente para la realización de tal necesidad (Selva Sutter, 2005a).

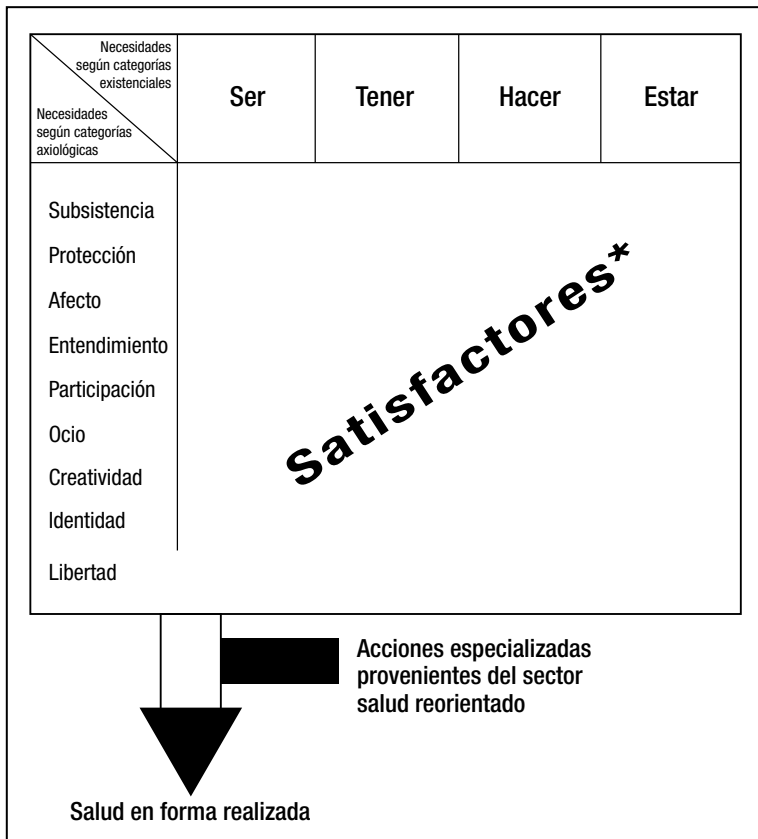
Esta nueva concepción de la salud se sintetiza y representa en la Figura 2, en la página siguiente.

Tal como se presenta en la Figura 2, los satisfactores, cuya eficiencia está influenciada por los bienes materiales (Max Neef *et al.*, 1986) participan interactuando entre sí y con otros elementos, para alcanzar la salud realizada a través de *un permanente, aunque dinámico y cambiante, ser, tener, hacer y estar en subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creatividad, identidad y libertad*, que nunca llega a constituirse en un absoluto, para alcanzar una realización que exige también la participación de acciones especializadas del usualmente reconocido como el sector salud (Selva Sutter, 2005a; 2012c).

En otras palabras, la idea que debe quedar bien establecida es que la vivencia y materialización concreta de la subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, no puede realizarse en abstracto, idealmente, sino que forzosamente debe procurarse que el humano simultáneamente sea, tenga, haga y esté en subsistencia, así como en cada una de las restantes ocho necesidades humanas fundamentales de las nueve enunciadas por Max Neef y colaboradores. *No hay, por tanto, tal cosa como unas necesidades*

axiológicas y otras necesidades existenciales cada una de ellas con gozo de autonomía en la realización de la salud. Las categorías de valores son indispensables para señalar que su satisfacción es siempre deseable y su insatisfacción siempre indeseable y las categorías existenciales son siempre indispensables para reivindicar lo real.

Figura 2. Concreción de la necesidad humana fundamental salud en su forma realizada. Un proceso sometido a constante tensión entre consolidación y cambio que exige un sustrato que favorezca la vuelta a la consolidación a mayores niveles de realización cada vez que se produzca la inevitable desarticulación de la consolidación precedente



Fuente: Selva Sutter, E. A. 2005 *La epidemiología sacionatural en el nuevo milenio*. Colección Cuadernos de Cátedra, Vol. 42 (San Salvador: UCA Editores).

* La eficiencia de los satisfactores es influenciada por bienes materiales.

Precisamente partiendo de ello es que la epidemiología sacionatural/estructural avanzó esta contribución, la cual, contrariamente a lo

planteado por Max-Neef y colaboradores, identifica a la salud como otra necesidad humana fundamental que sólo es posible comprender y concretar a partir de contar con las nueve necesidades humanas original y dialécticamente planteadas por los autores citados; de manera que la salud es rescatada de la categoría de satisfactor (tanto de salud física como de salud mental) que, extrañamente, le asignan Max-Neef y colaboradores en sus matrices y textos; es decir, la salud es rescatada de la condición de satisfactor para asignarle una nueva dimensión, la cual ya no es un absoluto (como tienden a presentarla otras definiciones de salud), sino un concreto efímero, producto de una continua dinámica de consolidación y cambio, según las otras NHFD, los satisfactores, los bienes materiales y un sistema justo y reorientado de protección, promoción, atención de salud pública lo permitan; según lo permita la interacción de dichas condiciones (Selva Sutter, 2005a).

Pese a todo, la OPS/OMS y la OMS persisten en servir al neoliberalismo y en contradecirse. Por ejemplo, el planteamiento de las Determinantes Sociales de la Salud, aparentemente constituye una propuesta radical de solución para el problema de la universalidad de las iniquidades en salud, debido a sus, en general, acertadas conclusiones acerca de los daños y abusos que representan dicha iniquidades, y para terminar con la práctica de programas verticales fracasados en los países subdesarrollados (Marmot *et al.*, 2008; *The Lancet*, 2008); sin embargo, en realidad, dicho planteamiento ha quedado reducido a poco más que otro eslogan/señalamiento de la precariedad de la salud mundial.

En efecto, en una publicación de la OMS producida en 2010, después del informe final de la Comisión producida en 2008 (Marmot *et al.*, 2008; *The Lancet*, 2008), se proponen nuevamente programas verticales enfocados al alcohol, las enfermedades cardiovasculares, la salud y la nutrición de los niños, la diabetes, seguridad alimentaria, desórdenes mentales, enfermedades tropicales olvidadas, salud oral, preñez no deseada y resultados de la preñez, uso del tabaco, tuberculosis y violencia e injurias no intencionadas; todos ellos, por supuesto, estudiados en los aspectos de equidad y de sus determinantes sociales y, en algunos casos, en cuanto a sus factores de riesgo, así como expuestos desde el punto de vista de la OMS neoliberal (Blas y Sivasankara Kurup, 2010). Ya en el año 2011 otra publicación de seguimiento de la OMS que clama pasar de lo conceptual a lo práctico, reafirma y focaliza más esta práctica (Blas, Sommerfeld y Sivasankara Kurup, 2011). Nada de soluciones radicales.

Conflictividad y carácter comprometedor del perfil epidemiológico descrito

Aun cuando probablemente el Banco Mundial (BM) ya conocía que los habitantes de los países subdesarrollados se encontraban acosados, casi permanentemente, al menos por un complejo de epidemias de enfermedades infecciosas y no infecciosas, publicó y virtualmente impuso sobre tales poblaciones su ya famosa política de salud pública “Invertir en Salud”, en 1993, la cual se convirtió en la guía universal para desarrollar “las reformas de salud” de corte neoliberal, cuyos objetivos principales son privatizar y descentralizar reservando una precaria atención de salud, dudosamente gratuita, para la población paupérrima de dichos países, servida a través de los llamados “paquetes básicos de salud” (The World Bank, 1993), obviamente insuficientes ante tal carga de enfermedad.

Es un hecho que ya en 1986, las cifras de las primeras cinco causas de muerte en los países subdesarrollados podrían haberse reportado así: IRAS, 10 millones; enfermedades del sistema circulatorio, 8 millones; diarreas, 4.3 millones; sarampión y lesiones, 2 millones cada entidad; y neoplasmas, 1.7 millones, para hacer un total anual de 28 millones de muertes, siendo un 41.8% de ellas debido a entidades concebidas entonces como crónico-degenerativas, no infecciosas (Warren, 1990), aunque ahora sepamos, por ejemplo, que muchos neoplasmas a menudo presentan elementos infecciosos en su causalidad (Selva Sutter, 2005, 2010).

Por supuesto, la imposición de “Invertir en Salud” como pauta de acción se constituyó en una expresión práctica de este desorientado empirismo que propone políticas de reforma de salud con claro tinte neoliberal, fundamentadas en sistemas mixtos público-privados, *ya fracasadas en otros contextos* y que tácita o explícitamente tienen al logro de la disponibilidad de espacios dentro de los sistemas públicos de atención de salud para el desempeño del sector privado de salud con fines de lucro, como el problema-objetivo central de salud; puesto que, de manera muy efectiva, impulsan la privatización y la descentralización de lo potencialmente lucrativo sobre la base de argumentos sin valor, tales como el de que lo público es corrupto e ineficiente, mientras lo privado es transparente y eficiente por definición; así grupos y comisiones que actúan siguiendo, por supuesto, los dictados impuestos por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial para la Salud (OPS/

OMS), continúan prestándose a impulsar, sin reservas, y sin mostrar mayores preocupaciones por las condiciones que dañan la salud de las poblaciones afectadas (Brito *et al.*, 2000; Homedes y Ugalde, 2004; Homedes *et al.*, 2000; OPS/OMS, 2002a; Selva Sutter, 2003a), la misma receta de reforma de salud en todos los países globocolonizados (Homedes *et al.*, 2000).

Sin embargo, ya en el año 2000 el Comité Editorial de la Revista Panamericana de Salud Pública reconocía que “en resumen, las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado hasta ahora en algunos aspectos de gestión y en ciertos aspectos relacionados con la eficiencia económica. En la práctica, las cuestiones de equidad, protección social en salud y salud pública han quedado relegadas a un plano secundario” (López Acuña *et al.*, 2000).

La importante organización de salud también reconoció la alarmante agudización de la exclusión económica, social, étnica y cultural, derivada de la combinación del crecimiento poblacional con el estancamiento del crecimiento económico, el aumento del desempleo, el crecimiento de la economía informal, el recrudecimiento de la pobreza en términos absolutos y relativos, así como con la profundización de las disparidades en la distribución de ingresos; además, desde entonces reconoció la insuficiencia de los mecanismos de protección social en salud existentes (López Acuña *et al.*, 2000).

La misma OPS/OMS sostiene, ya en publicaciones de 2002, que después de muchos años de ajustes y reformas “la mayoría de estos países en América Latina y, en general en el mundo, parece estar en peor situación relativa, y en algunos casos absoluta, que la que tenía antes” (OPS/OMS, 2002a y b).

No obstante, la OPS anunció en el año 2000, de manera sorprendente, que reconocía una gran oportunidad para considerar una nueva generación de reformas con objetivos focalizados, dirigidas a la transformación del modelo de atención y de los servicios de salud con criterios de promoción de salud y que exigían el fortalecimiento de las nuevas funciones esenciales de la salud pública (FESP) (López Acuña *et al.*, 2000).

Sin embargo, lo que se propuso y propone es prescindir de la organización de servicios dirigidos a la atención curativa individual (Muñoz *et al.*, 2000; OPS/OMS, 2002a), prescindir de la prestación y/o el financiamiento de la atención curativa individual, excluida de las FESP. Sin duda un atajo a la privatización... y una enorme iniquidad.

¿Sorprendente? ¡Claro que sí! Sin embargo, la sorpresa se convierte más en sospecha de complicidad cuando, además de cumplir con diligencia el mandato de apoyo, evaluación y orientación de las

reformas neoliberales, la OPS/OMS insiste en la imposición de la misma política, ahora a través de la iniciativa de “La Salud Pública en Las Américas”, pese a reconocer los errores, inconveniencias y fracasos del neoliberalismo (OPS/OMS, 2002a).

Es más, con mayor grado de peligrosidad para la vigencia de la salud pública, la OPS/OMS establece los fundamentos de la renovación conceptual que es parte de la iniciativa “La Salud Pública de Las Américas”, señalando que “...la identificación de la salud con el bienestar plantea dificultades operativas para delimitar las responsabilidades del sector de la salud, al mismo tiempo que establece la responsabilidad de los otros sectores en la salud y la necesidad de actuaciones intersectoriales. En un *sentido más sectorial y operativo, la salud es la realización del potencial bio-psíquico de las personas y de las poblaciones*⁸ de acuerdo con las diferentes circunstancias en las que viven, sin limitaciones por lesiones, incapacidad o enfermedad y, en el caso de que estas ocurran, con la posibilidad de contar con la pronta recuperación o la adecuación funcional en las situaciones de discapacidad irreversible” (OPS/OMS, 2002a).

La OPS/OMS reconoce, en un documento de 2006, que las enfermedades crónicas “tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo económico” (OPS/OMS, 2006) y agrega: “Es más, las poblaciones vulnerables, como los pobres, tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades crónicas y las familias de bajos ingresos tienen mayores probabilidades de empobrecerse como consecuencia de ellas. Los costos sociales asociados con las enfermedades crónicas son abrumadores” (OPS/OMS, 2006); pero la organización ya conocía la presencia y efectos de ellas en ALC en 2002.

Ciertamente, porque, aparte de los datos presentados antes, desde hace mucho se ha venido debatiendo acerca del tema de la programación temprana de la enfermedad del adulto en países que tienen pocos recursos, específicamente acerca de que un genotipo frugal o ahorrativo en combinación con un fenotipo ahorrativo magnifican la predisposición de poblaciones de países subdesarrollados para desarrollar las llamadas enfermedades de la afluencia y de que eso es particularmente cierto para que los países que están atravesando una transición económica y nutricional muy rápida y para las poblaciones de los países pobres que migran a los países ricos (Prentice y Moore, 2005).

8 Las cursivas son nuestras.

Puesto de otra manera, cada vez se acumula más evidencia a favor de la hipótesis del genotipo ahorrador, cuya conformación se atribuye a que el humano primitivo, como forma de supervivencia ante los continuos cambios entre abundancia y escasez de alimentos, desarrolló una gran capacidad metabólica de acumulación de alimentos en las épocas de abundancia y de minimizar el gasto de los mismos ante la escasez; la hipótesis que también postula que el genotipo ahorrativo así desarrollado, en el presente, frente al alto consumo de alimentos combinado con el sedentarismo, permite el desarrollo de los fenotipos que constituyen el síndrome metabólico (De Gerolami y González Infantino, 2008).

Además, hay evidencia acerca de que la inapropiada nutrición fetal y posiblemente algunos productos infecciosos y tóxicos durante la época en que ocurren la gestación y el nacimiento, pueden participar en una alteración permanente del sistema inmune, vía alteraciones en la estructura y la función del timo de aquellos directamente afectados, así como vía alteraciones en la calidad de la leche materna en relación con factores con potencial de actividad trópica sobre el timo (Prentice y Moore, 2005), obviamente, esto abre la puerta a las infecciones y a la desnutrición proteica-energética-vitaminica y mineral.

Por otra parte, dado el hecho de que la hipertensión, la resistencia a la insulina y la enfermedad cardiaca coronaria están asociadas con bajo peso placentario y con condiciones de vida precarias en la niñez, la *prevención primaria* de tales desórdenes depende de mejorar la nutrición fetal y de proteger la nutrición y el crecimiento durante la infancia; además, como otra de esas implicaciones es que si la hipertensión, un perfil de lípidos tetarogenico y el accidente cerebrovascular están asociados con un diámetro externo conjugado en las pelvis maternas, la prevención de estos desórdenes también dependerá de mejoras en la nutrición y el crecimiento de las niñas durante su infancia; y es evidente que las políticas de prevenir la hipertensión mejorando la nutrición de las niñas y de las mujeres jóvenes son preferibles a las políticas que se basan en tratamientos específicos, porque la mejora de la nutrición puede beneficiar a las poblaciones del presente y a las futuras generaciones (Alexander, 2007; Barker *et al.*, 2007).

Sin embargo, el hecho es que, dada la complejidad del problema nutricional, la mejor manera de asegurar la nutrición adecuada de las niñas y las mujeres jóvenes es mejorando la nutrición de la población general y, a la vez, la manera más efectiva de hacerlo (técnica y humanitariamente hablando) es garantizando la disponibilidad generalizada y efectiva de: *ingreso digno, agua potable, energía domiciliaria, higiene, saneamiento y vivienda que albergue, junto a seguridad en el*

trabajo, seguridad alimentaria, seguridad en general y educación (Selva Sutter, 1986, 2005a, 2003a,c, 2010, 2012c).

David J.P. Barker y colaboradores consolidan la noción de que el período entre la pre-preñez y los primeros veinticuatro meses de edad viene a ser una “ventana de oportunidad crítica”, en la que la exposición a múltiples agentes medioambientales puede determinar la naturaleza de las respuestas en el período perinatal y la expresión de estados de enfermedad específicos en períodos tardíos de la vida del humano (Barker *et al.*, 2008).

En dicha publicación, Barker y colaboradores reiteran que la exposición a una amplia variedad de nutrientes, macromoléculas, microbios y otros componentes celulares o solubles del medioambiente dejan huella en la expresión genética relacionada con la programación evolutiva de procesos fundamentales de la vida; que tal fenómeno interactúa con el hecho de que el crecimiento humano ocurre a ritmos específicos (crecimiento alométrico) en diferentes tejidos, mostrando cambios proporcionales y un cambio relativo en relación con el crecimiento del todo; que estas tasas de crecimiento específicas determinan cambios proporcionales en el tamaño de los diferentes órganos, más maduros durante el crecimiento fetal, aunque también son obvios durante la niñez y la adolescencia (Barker *et al.*, 2008).

La publicación citada realza la importancia del bajo peso al nacer en relación con la duración de la gestación, más que la de la prematuridad, con tasas incrementadas de enfermedad cardíaca coronaria y desórdenes asociados a ella, tales como derrame cerebral, hipertensión y diabetes tipo II, así como que estas relaciones son consecuencia de la plasticidad del desarrollo humano, el fenómeno que implica que un genotipo puede dar lugar a diferentes estados fisiológicos o morfológicos en respuesta a diferentes influencias medioambientales que se presenten durante el desarrollo; de manera que, en concreto, las enfermedades señaladas surgen de la exacerbación del crecimiento disminuido en la infancia cuando este es seguido de una ganancia de peso rápida durante la niñez, procesos que, en conjunto, aumentan los efectos del bajo crecimiento prenatal (Barker *et al.*, 2008).

En la operatividad de dicho modelo el incremento de la energía en determinada actividad del organismo (desarrollo cerebral por ejemplo) necesariamente reduce la disponibilidad de ésta para otra actividad (crecimiento de otros órganos, reparación de tejidos), de manera que las personas con bajo peso al nacer son vulnerables al desarrollo posterior de enfermedad a través de tres procesos: primero, disminuida capacidad funcional en órganos clave, tales como el riñón, puesto que, por ejemplo, ya se ha teorizado que la hipertensión

tiene su origen en el reducido número de glomérulos que presentan las personas con bajo peso al nacer; segundo, el afinamiento del manejo de hormonas y del metabolismo, de manera que se pueden desarrollar formas ahorrativas para manejar los alimentos y, por ejemplo, la resistencia a la insulina puede concebirse como la persistencia de una respuesta fetal mediante la cual se mantuvieron las concentraciones de glucosa favorables al desarrollo del cerebro, pero a costa de su disponibilidad para, por ejemplo, el crecimiento muscular; en tercer lugar, mediante el aumento de la vulnerabilidad de las personas con bajo peso al nacer a las influencias adversas del medioambiente en la vida posterior (Barker *et al.*, 2008).

Por otra parte, la crisis alimenticia no es reducible a una fluctuación pasajera de precios ni a escasez momentánea y episódica de alimentos, tampoco a una “tormenta perfecta”; lo documentable es que el mundo se encuentra ante efectos que fueron predecibles y que además son resultado directo de tres décadas de globalización neoliberal; período en el que los alimentos, al igual que muchas otras cosas esenciales para la vida humana, fueron convertidos en una mercancía expuesta a la especulación y al juego del mercado; lo cierto es que esta es la peor crisis alimentaria en cuarenta y cinco años, la cual sumió en el hambre a otros cien millones de personas y que detrás del hambre se encuentran los acuerdos de libre comercio y los infames acuerdos de préstamos de emergencia impuestos a los países por las instituciones financieras internacionales (Selva Sutter, 2010), más conocidos como ajustes estructurales. Nuestra opinión es que la crisis continúa.

Además, la crisis alimentaria es inaceptable porque, aparte de otras consideraciones importantes tales como las de corte ético, *en el mundo actual se cuenta con la tecnología necesaria para alimentar al planeta entero de forma orgánica, local y sustentable* así como porque, en la opinión de gente autorizada, los grupos de presión de las grandes empresas de la alimentación y la energía y el gobierno de los Estados Unidos deben reconocer estas verdades y cambiar de rumbo, tal como lo ha reconocido recientemente el Banco Mundial (Selva Sutter, 2010).

Según Esther Vivas, la insuficiencia aguda de alimentos existe dentro de la crisis sistémica del capitalismo con múltiples facetas: económica, ecológica, social, alimentaria/nutricional, energética, etc.; y no hay duda que el capitalismo ha sido incapaz de proveer la satisfacción de las necesidades básicas de la mayoría de la gente a nivel mundial y, en cambio, ha venido mostrando una marcada incompatibilidad con el mantenimiento de un ecosistema saludable; es decir, no ha podido generalizar el acceso a la comida, a la vivienda o servicios de salud y educación para las mayorías, pero sí ha facilitado la pérdida

creciente de la bio y la agrobiodiversidad y el cambio climático (Vivas, 2009); sí ha podido facilitar el robo de tierras a los campesinos pobres, la especulación con alimentos y tierra cultivable (Selva Sutter, 2010) y ha podido crear espacios al crimen organizado (Grupo ETC, 2013) especialmente al lavado de dinero (Otusanya *et al.*, 2010; Walker y Unge, 2009).

La Organización Internacional de Comercio (OIC) consolidó las políticas de ajuste estructural por medio de los tratados internacionales controlando las leyes nacionales y los designios, lo cual se reconstituyó con los diversos tratados de libre comercio (Vivas, 2009; Selva Sutter, 2012c).

Así se explica en gran parte que los países del Sur que hace poco más de 40 años eran autosuficientes y tenían ganancias envidiables por sus excedentes agrícolas ahora dependen del mercado internacional e importan un promedio de 11 mil millones de dólares en comida anualmente. Aunque el alza de precios también impacta a los países del Norte, la realidad es que en esos países la gente gasta entre 10% y 20% de sus ingresos en alimentos, mientras en el Sur se gasta en promedio entre el 50 y el 60% del ingreso y esta cifra puede elevarse hasta el 80% (Vivas, 2009).

Parece que después de todo lo expuesto, este es el espacio para plantear la tesis de que la desnutrición proteica, energética, vitamínica y mineral resulta ser un punto de encuentro perverso para las enfermedades infecciosas, el estrés y las enfermedades no infecciosas, particularmente en los países subdesarrollados (Selva Sutter, 2010; Selva, 2009).

En las presentes circunstancias no es exagerado decir que virtualmente cualquier familia de bajos o altos ingresos puede verse seriamente afectada por los gastos catastróficos⁹ por motivos de salud si tiene que asumir directamente el costo de la atención, porque si es una familia pobre su capacidad para cubrir las necesidades básicas puede verse disminuida de un día para otro y las familias de altos ingresos pueden necesitar vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros; por su-

9 Los hogares bajo el efecto de gastos catastróficos por motivo de salud se definen como todos aquellos que tienen que usar más del 30% de su capacidad de gasto al financiamiento de la salud y en ese gasto en salud se incluyen el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares, mientras la capacidad de gasto se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, excedente que se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza y el gasto en salud financiado por impuestos (Salud México, 2002).

puesto, las familias más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida y la familias ricas entrar en un proceso de pauperización (Salud México, 2002).

Así, la necesidad de realizar cambios estructurales es obviamente contundente, porque se fundamenta en la evidencia científica actualizada, la cual resalta la influencia inequívoca de la posición social en el estado de salud, así como el hecho de que cuanto más alto se está en la jerarquía social mejor es la salud y el hecho de que esto resulta así cualesquiera que sean los indicadores seleccionados para medir la posición social (Contandriopoulos, 1999).

Comparando visiones de la naturaleza y del papel del medioambiente en el área de salud

La OPS/OMS enfoca los problemas medioambientales desde un punto de vista biomédico, con pensamiento lineal y apegado a las ideas neoliberales que dan soporte a la globocolonización, aunque, en apariencia, los explica adecuadamente. Por ejemplo, en la publicación *La Salud de las Américas* en el año 2012, señala que se estima que el 25% de la carga de enfermedad está relacionada con alteraciones ambientales, así como que el crecimiento demográfico y la incorporación de grandes grupos de personas a una economía global consumista han incrementado por un lado la demanda de energía, agua, fibras minerales y otros productos y por otra parte, la generación de desechos industriales y municipales ha afectado de manera severa a veces irreversible a al menos 15 ecosistemas planetarios en degradación (OPS/OMS, 2012). Señala las dificultades del acceso a agua potable y de saneamiento básico, así como la problemática de los residuos urbanos; estima que en ALC por lo menos 100 millones de habitantes se exponen a aire de baja calidad, tanto que la exposición se asocia a 133 mil muertes anuales aproximadamente; y, por supuesto, destaca que la contaminación del aire de interiores continúa siendo un riesgo particular (hasta de muerte prematura) particularmente para las mujeres y los niños de los países de bajos ingresos, puesto que unos 87 millones de personas todavía usan biomasa como combustible regular e intradomiciliariamente (OPS/OMS, 2012).

La OPS/OMS también identifica varios otros problemas de salud pública y aunque piensa que son pocas las probabilidades de superar el problema medioambiental, toma como bandera la economía verde y, en una especie de atrición, señala que vivimos en un mundo con tecnología muy sofisticada, pero en el que existen más de mil millones de personas que no se alimentan como merecen, en el que el ambiente se destruye en aras del avance a nuevos niveles de productividad y en el que rige un modelo económico dominante concentrador,

consumista y creador de demandas artificiales poco relacionadas con necesidades reales, de manera que se ha desembocado en tres crisis relacionadas: la económica, la social y la ambiental (OPS/OMS, 2012).

Sin embargo, la OPS/OMS no se ocupa de la minería mortal, a cielo abierto, para aires, aguas y suelos y, por supuesto, para las poblaciones humanas y de cualquier otro tipo que habitan lugares en los que se practica (Selva Sutter, 2011).

Y es que dado el agotamiento de las minas de minerales de ley aún en países tan grandes como Argentina, la combinación de las industrias química y minera ha posibilitado la extracción de oro, cobre, plata, bauxita y muchos otros metales a partir de recursos minerales con un grado de concentración muy bajo de esos metales, pero haciendo uso de métodos que conducen a destrozos medioambientales de proporciones casi inimaginables, puesto que implican la pulverización y el envenenamiento de montañas o de grandes extensiones de otros tipos de terrenos, la utilización desmesurada de agua, así como la contaminación de la atmósfera, el suelo y las aguas, aparte de la necesidad de diezmar flora, fauna y poblaciones humanas para obtener, por adición de trazas de los metales extraídos, montos industrialmente rentables del valioso mineral buscado (Sabini Fernández, 2010; Selva Sutter, 2011).

La OPS/OMS tampoco habla del mercado como parte del medioambiente; sin embargo, ya ha sido postulado que el nacimiento de la sociedad modifica a la naturaleza y que con ello la biosfera se convierte sin cesar en noósfera o sea en la zona del planeta abarcada por la actividad racional humana (Rosental y Iudín, 1971). Esto ha sido ratificado por la existencia objetiva de los ciclos vitales, los cuales –en atención a la mejor evidencia– más que biogeoquímicos, son sociobiogeoquímicos (Selva Sutter, 1986).

Esto vuelve socionatural al mercado, lo cual es un factor importante para la legitimación de la integración de la pobreza, la desnutrición, la desigualdad y la salud y para tener una mejor orientación para el cambio.

En 1997 Scott Burris avanzó con toda claridad la tesis de la invisibilidad de la salud pública debida a la prevalencia de la política del “individualismo de mercado” (Burris, 1997).

Es en el carácter de estrategia de razonamiento que el autor considera al individualismo de mercado como un instrumento individualista de utilidad para analizar los problemas de gobernanza desde un enturbado punto de vista. Este instrumento utiliza tres conceptos que en conjunto constituyen una retórica totalmente distanciada de la apropiada para la salud pública legítima y que resultan ser: la suprema-

cía del libre mercado como un artefacto regulatorio de actividades de salud; un arraigo marcado a la creencia en la libertad de elección individual y en la responsabilidad personal; y, finalmente, la concepción de la satisfacción individual como la principal aspiración o meta de la sociedad (Burris, 1997).

Es a esta estrategia de razonamiento a la que Burris más bien plantea como un absurdo, porque “opera no sólo como una herramienta de decisión acerca de la relevancia de los datos científicos, sino también como filtro de conocimientos para definir, tosca pero sistemáticamente, los propios límites de la relevancia” (Burris, 1997).

El individualismo de mercado determina que la explicación dominante en los EUA sea que: *la salud es un asunto personal, de carácter médico, un estado de ausencia de enfermedad que un individuo alcanza con la ayuda de un médico*; además, este punto de vista considera que *toda mejora en salud deriva de la aplicación de ciencia a males especiales del cuerpo humano* y, consecuentemente, el acceso a atención de salud es la principal determinante de salud (Burris, 1997).

El “individualismo de mercado” ha conducido al público a asumir que el mercado es ajeno al proceso de producción de enfermedad, cuando es todo lo contrario y es un hecho que la forma en que se produce y se distribuye la riqueza en una sociedad es crítica para la salud (Burris, 1997).

¡Por supuesto! De hecho, desde al menos 1986 se ha documentado que la forma en que se produce y distribuye la riqueza común en una sociedad es una determinante “calidoscópica”, sacionatural¹⁰ y con causalidad estructural, de iniquidades y otros factores específicos nocivos y de la misma naturaleza que ella, los cuales para poder participar en la causalidad y en el desarrollo de los procesos patológicos, evidente o sutilmente, deben pasar por el proceso productivo como requisito para llegar a constituirse en elementos de la etiología y de la patogénesis de los diversos procesos de salud/enfermedad, tanto cuando estos se dan en las metrópolis como cuando se producen en las colonias de los países capitalistas. Por supuesto que el mercado no es ajeno al proceso de producción de enfermedad a pesar del empeño del razonamiento neoliberal en eximirlo de responsabilidad en ello; de hecho un poco más recientemente, los efectos sociales de la globalización neoliberal han sido calificados como un conjunto de “estados de desorden” que obedecen a la voluntad de fuerzas políticas poderosas y

10 Al inicio se usaba el término biosocial para calificar a lo que ahora se le identifica como sacionatural, por ser lo más cercano a la realidad.

que garantizan que quienes se beneficien de dichos estados de desorden sean las compañías transnacionales a costa de los paupérrimos y pauperizables del mundo (Selva, 2009; Selva Sutter, 1986, 2002, 2005a y b, 2009, 2010; UNRISD, 1995).

Discusión y conclusiones

Es evidente la historicidad de interacción entre la pobreza, la desigualdad y la salud en América Latina y el Caribe; sin embargo, esa interacción está además viciada por el neoliberalismo en el presente, con lo cual acentúa a la pobreza y a la desigualdad y aleja a la salud de la mayoría de la población de América Latina.

Como ha sido planteado en el texto, hay varios factores que normalmente en el área de la salud o no se reconocen o no se tratan con la profundidad requerida; consecuentemente, se ignoran tanto la causa estructural como la sionaturalidad de la interacción de los fenómenos estudiados; este parece ser también el caso del planteamiento de que la desnutrición silenciosa y largamente silenciada es el mediador crucial para las enfermedades infecciosas, el estrés y las enfermedades no infecciosas, particularmente en nuestros países subdesarrollados (Selva, 2009; Selva Sutter, 2010); así como el del postulado de la necesidad de utilizar pensamiento complejo al concebir, concretar y analizar los problemas sociales y de salud, que más bien son sionaturales (Selva Sutter, 2012c).

El yugo de la globocolonización ciertamente plantea el reto de liberarse de ella por “la razón o por la fuerza”, lo cual, sin embargo, resulta particularmente peligroso y difícil para la región en el presente; y esta es otra de las razones por las cuales, al comprenderlo, la opción es pensar en intervenciones parciales con grandes efectos, para las cuales parece haber espacios actualmente, tal como pensar en prevenir y curar la desnutrición que afecta o amenaza con afectar en sus formas más crueles a la población de LAC y en alcanzar la seguridad y la soberanía alimentaria para la gente (Selva Sutter y Cañas López, 2001, 2002).

En primer lugar, la superación de tal problema es una meta plausible y una medida con gran rendimiento en términos de costo/efectividad, desde el punto de vista del desarrollo con rostro humano. En segundo lugar, porque de no tomar medidas para superar la desnutrición se continuará haciendo una afrenta a la necesidad humana (y por ello mismo derecho humano) de subsistencia, así como a otras necesidades humanas para el desarrollo.

En tercer lugar, la superación de la desnutrición acerca a una estrategia de abordaje de la causa de los problemas y, consecuentemente, a abordarlos con mayores probabilidades de aliviar-

los y hasta de curarlos, pero también las probabilidades de prevenirlos; porque la superación de la desnutrición implica combatir y superar inequidades e iniquidades (Selva Sutter y Cañas López, 2001, 2002).

En efecto, la desnutrición es consecuencia parcial de la pobreza y cada vez resulta más evidente que una también es condición de la causa de la otra; existe evidencia científica que destaca la *interacción* de la ingesta alimentaria inadecuada con las enfermedades (particularmente las infecciones provocadoras de estados febriles, y la tensión o estrés con el estado nutricional del afectado); y que existe una tendencia de esta relación a conformar un *círculo vicioso* en el cual la enfermedad y la insuficiente alimentación desnutren y, por tanto, la desnutrición impide la adecuada alimentación y facilita la enfermedad, particularmente la enfermedad infecciosa temprana que también desnutre (Selva Sutter y Cañas López, 2001, 2002).

Además, porque dentro de estas relaciones estrictamente fisiológicas a primera vista, existen factores de índole social, política, económica, cultural, etc.; debido a que la ingestión alimentaria y las enfermedades tienen como determinantes: la inseguridad alimentaria; el inadecuado acceso financiero, material o social a los alimentos y quizá la falta de disponibilidad de los mismos; a lo que se añade la escasez de servicios de agua potable, de servicios sanitarios, un medio ambiente insalubre y a la vez determinado por una vivienda impropia; inadecuada atención sanitaria e inadecuada atención social en general... y, por supuesto, por la globocolonización.

También se propone abordar primero el problema de la desnutrición con una verdadera voluntad de superarlo, porque es una cuestión de carácter urgente; porque de no comenzar a superarlo ahora, las consecuencias serán de suma gravedad. Esto obedece en mucho a que la desnutrición no respeta *barreras intergeneracionales*, de manera que las mujeres desnutridas y de peso inferior al normal, aparte de presentar problemas especiales durante el embarazo, el parto y probablemente en la crianza de sus hijos, tienden a tener niños que son pequeños al nacer, con bajo peso para la edad gestacional. Porque además, diversos grados de retraso mental pueden resultar de la desnutrición durante el embarazo y, especialmente la carencia de yodo, puede producir en los hijos diversos grados de retraso mental con pérdidas entre 10 y 15 puntos en el cociente intelectual y hasta cretinismo (UNICEF, 1998, 2000, 2001).

De hecho, sin presentar complicaciones especiales, los bebés con bajo peso al nacer tienen, como promedio, cocientes intelectuales 5 puntos menores que los niños sanos. La anemia es una de las

complicaciones del embarazo y el parto que puede llevar a la muerte a la embarazada desnutrida; sin embargo, las complicaciones también pueden incapacitarla para atender adecuadamente a su niño/a, además, un niño/a con anemia por carencia de hierro puede tener, entre otras cosas, una reducción de su cociente intelectual de 9 puntos, y si no es amamantado, una reducción de 8 puntos más en ese cociente; así como porque la desnutrición durante el embarazo resulta en daño irreparable al sistema inmunológico (UNICEF, 1998, 2000, 2001) y, porque durante la vida fetal, el incremento de la energía en determinada actividad del organismo (desarrollo cerebral por ejemplo) necesariamente reduce la disponibilidad de ésta para otra actividad (reparación y crecimiento de otros órganos y sistemas) (Barker *et al.*, 2008; UNICEF, 1998, 2000, 2001).

En resumen, es importante superar la desnutrición porque de no hacerlo en la vida fetal y en la niñez, nos puede hacer cortos de talla, pequeños de cerebro, incapaces de defendernos inmunológicamente en forma adecuada tanto siendo niños como siendo adultos y candidatos a enfermedad crónica no infecciosa, discapacidad o muerte prematura por el insulto que provoca a diversos órganos durante la vida fetal (Barker *et al.*, 2008).

Además, la mayor parte del desarrollo del cerebro ocurre entre poco antes del nacimiento y los primeros tres años de vida y es un hecho que en los primeros momentos, meses y años de vida, cada contacto, cada movimiento, cada estímulo y emoción en la vida de los niños/as redundan en una explosiva actividad eléctrica, anatómica y química en el cerebro, pues miles de millones de células se están organizando en redes que establecen entre ellas billones de sinapsis, delicados espacios de interacción que más que el número o tipo de células cerebrales explican la versatilidad del cerebro humano (Kandel and Schwartz, 1981; Kandel *et al.*, 1991; Selva Sutter, 1978, 1986).

Experiencias sensoriales, experiencias cotidianas y el aprendizaje a su vez ayudan a explicar la abundancia de interconexiones neuronales. Tan socionatural es esta relación que la acción de estos procesos puede estimular la activación o la reactivación de las interconexiones y la privación de tales experiencias y del aprendizaje provocan la interrupción efectiva de las interconexiones (Kandel y Schwartz, 1981; Kandel *et al.*, 1991; Selva Sutter, 1986; UNICEF, 1998).

Un estudio relativamente reciente de las Naciones Unidas ha señalado algunos enfoques que han tenido éxito en mejorar la situación alimentaria y confirmó que no es de soñar con una sola fórmula, pero que algunos elementos son esenciales. La nutrición y el creci-

miento económico¹¹ son algunos de ellos; en los países donde el crecimiento económico ha provocado un aumento en el ingreso por hogar y el logro de recursos por parte de los pobres, como en Indonesia, las ventajas han sido amplias; la nutrición y la posición social de la mujer son otros factores, los cuales han quedado demostrados en Tailandia. Además, Zimbawe, después de su independencia en 1980, desarrolló políticas directamente destinadas a resolver la falta de servicios básicos en las comunidades, a invertir en la salud, la educación, el saneamiento y apuntalar otros aspectos sociales, haciendo hincapié en favorecer a mujeres y niñas con estas medidas (UNICEF, 1998).

Por otra parte, la superación de la desnutrición demanda solucionar el problema de alimentación, vivienda, carencia de agua potable, disposición de aguas servidas y aguas negras y de disposición de excretas. Sumado a ello, también implica solucionar el problema de la inadecuada atención médica y de salud pública, las inequidades del sistema educativo y la inadecuada distribución de ingresos, servicios y bienes que imperan en la región. Si estos problemas son solucionados efectivamente se construyen las bases firmes para la conformación de una sociedad más equitativa que aumente las probabilidades de alcanzar el objetivo fundamental de la vida en sociedad: la realización colectiva, la razón fundamental por la que los humanos nos organizamos en sociedad (Selva Sutter y Cañas López, 2001, 2002).

Se le coloca en el centro de la propuesta, porque superar la deficiencia nutricional promete ser también un ataque frontal y un paso firme en el combate a la carga de malestar, enfermedad y muerte que soporta nuestra población en general y en particular la niñez; así como también se convierte en un ataque a la base misma de la pobreza, ya que surge como una interacción prometedora en la superación del sufrimiento por hambre y otros tipos de privaciones; es también un fortalecimiento de nuestros sistemas protectores orgánicos, es prevención en la vida fetal y en la niñez de los problemas de salud de los adultos, es a la vez prevención de discapacidades y hasta “inmunización” contra el estrés (Selva Sutter y Cañas López, 2005). La superación de la desnutrición es, por si lo anterior fuera poco, protección de la mujer, es poner un alto al despilfarro que aún permitimos en términos de inteligencia humana y de integridad física e inmunológica, aparte de que es una oportunidad de vivir mejor en una sociedad mejor, por todo ello es que resulta ser un insulto a nuestro sentido común no intentar su erradicación.

11 En un ambiente capitalista/neoliberal no es posible evadir este factor.

Por otra parte, tampoco es posible atestiguar que las ciencias sociales hayan hecho esfuerzos notables para liberarse de la colonización cultural intrínseca y de la ilegitimación de los abstractos o del pensamiento lineal, para abordar los mecanismos que influyen en la salud y los derechos a la misma de las comunidades y naciones o para dar respuestas parciales efectivas a los problemas de los grupos sociales, particularmente a mujeres, niños y pueblos indígenas. Las reformas en salud han sido la punta de lanza de la mercantilización de los servicios de salud en América Latina, lo cual ha conducido a conformar una elite económica más exclusiva y dominante, así como a una pauperización más profunda de los pauperizados y a mayores probabilidades de pauperización para los pauperizables. El área de la salud no retoma como parte de su gestión el intercambio de ideas con el sector social y otros sectores para que todos comprendan que la salud es más que el sector salud.

También en la academia se ha conformado una elite artificial reproductora de la ideología que se corresponde con el neoliberalismo, de manera que propuestas reivindicadoras son rechazadas como radicales y, en cambio, propuestas globocolonizantes estructuradas por “instituciones internacionales” son aplaudidas hasta por los mismos “antineoliberales” engañados o autoengañados; por ejemplo, reformas de salud ejecutadas por Ministerios de Salud de ALC con apoyo de OPS/OMS guiadas y financiadas por el BM o el FMI.

Desgraciadamente y por múltiples razones, aún en las universidades, la penetración neoliberal es palpable y, si la hay, la producción de la evidencia a favor de nuestras poblaciones no siempre puede difundirse suficientemente. Las instituciones oficiales y muchas ONG dictan política docente, investigativa y de proyección social a los centros académicos y a los académicos de izquierda y derecha.

En este desorden global tan relacionado con las transnacionales, el sector social de ALC no ha producido algo similar a lo que señalamos en el texto: la demostración de que existen núcleos de poder de empresas transnacionales (Vitali *et al.*, 2011) y las denuncias de la globalización y de la globocolonización producidas esporádicamente en el área no pueden alcanzar el nivel de otras publicaciones (UNRISD, 1995).

Muy poco de lo escrito en profundidad está a disposición de la gente interesada en los abusivos tratados de libre comercio, en cuanto a cómo y cuánto realmente nos limitan; y son estudios como los de Marcia Angell, los que abren los ojos de algunos y exponen a la farmacocracia como una funesta mascarada de la globocoloniza-

ción (Angell, 1999, 2005, 2010) y algo muy parecido se podría decir de los escritos de Burris (Burris 1997); Chernomas (Chernomas, 1999); Choussudovsky (Choussudovsky, 2002); Homedes y Ugalde (Homedes y Ugalde, 2002, 2004); Farmer (Farmer, 2005); Navarro (Navarro, 2004); entre otros.

Se cerrará con una pieza de reflexión con respecto a la lejanía que hay entre las declaraciones de los dueños de la globocolonización y lo que hacen.

En la *Guía para el informe sobre el desarrollo mundial 2003* del Grupo del Banco Mundial, los autores plantean: “¿Cómo se puede proporcionar trabajo productivo y una buena calidad de vida en términos que sean sostenibles tanto ambiental como socialmente a los 2,5 a 3 mil millones de personas que *ahora* viven con *menos de US\$ 2 diarios* y a los *3 mil millones* de personas que probablemente se *habrán sumado* en los países en desarrollo hasta el año 2050?” (Grupo del Banco Mundial, 2003).

En esa época, el crecimiento poblacional anual se estimaba en 80 millones de personas y que casi la totalidad de ese crecimiento se daría en países subdesarrollados (Grupo del Banco Mundial, 2001; Selva Sutter, 2005b; WHO, 1998). De hecho, tomando la palabra al Grupo del Banco Mundial y aplicando los datos antes señalados, se puede concluir que el 79,6% de personas que pudieran sobrevivir a la dinámica nacimiento/muerte (que pudieran nacer y perdurar) en el período entre 2003 y 2050, *deberán ser pobres*, porque deberán sobrevivir con menos de US\$ 2 al día (Selva Sutter, 2005b).

Quizá siga siendo sabio saber distinguir las lágrimas del cocodrilo, sobre todo para poder reconocer que, manteniéndose las cosas como están o cambiando sólo para poder continuar como estaban, el futuro para América Latina y los países subdesarrollados del mundo es de pobreza, tal como le corresponde a una globocolonia.

Bibliografía

- Alexander, B.T. 2007 “Divergent Origins of Slow Fetal Growth: Relevance to Adult Cardiovascular Disease. Editorial Commentaries. Hypertension” 50 (3). Consulta del 15/11/2008 <<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/50/3/465>>.
- Angell, M. 1999 “The American Health Care System Revisited. A New Series.” Editorial NEJM. 340:1,48. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/340/1/48.asp>.
- Angell, M. 2005 *The Truth About the Drug Companies* (Random House Trade Paperbacks Edition: United States).
- Angell, M. 2010 “Big Pharma, Bad Medicine. How corporate dollars corrupt research and education” en *Boston Review.net*. Consulta del 13/7/ 2011 <http://bostonreview.net/BR35.3/angell.php>.

- Atwood, K., Colditz, G.A. and Kawachi, I. 1997 "From Public Health Science to Prevention Policy: Placing Science in Its Social and Political Contexts" en *American Journal of Public Health*; Vol. 87, No. 10.
- Barker, D.J.P., et al. 2007 "Maternal and Social Origins of Hypertension" en *Hypertension*. 50.
- Barker, D.J.P., Bergmann, R.L. y Ogra, P.L. 2008 "The Window of Opportunity: Pre-Pregnancy to 24 Months of Age" en *Nestle Nutrition Institute*.
- Blas, E. and Sivasankara Kurup, A. (Eds.) 2010 *Equity, social determinants and public health programmes* (Geneva: World Health Organization).
- Blas, E., Sommerfeld, J., and Sivasankara Kurup, A. (eds.) 2011 *Social determinants approaches to public health: from concept to practice* (Geneva: World Health Organization).
- Brito, P. et al. 2000 "Número especial sobre Reforma del Sector de la Salud" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8 No. 1/2, (Washington, D.C).
- Burlatsky, F. 1981. *Materialismo dialéctico* (Moscú: Editorial Progreso).
- Burris, S. 1997 "The Invisibility of Public Health: Population-Level Measures in a Politics of Market Individualism." en *American Journal of Public Health*, Vol. 87, No. 10.
- Busaniche, B. 2005 "Las ideas y las cosas: la riqueza de las ideas y los peligros de su monopolización" en Villarreal, J., Helfrich, S. y Calvillo, A. (Eds.), ¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y del conocimiento (El Salvador: Centro América).
- Cámara Izquierdo, S. 2012 "Génesis, naturaleza y crisis del capitalismo neoliberal: una perspectiva estructural" en *Revista Estudios Centroamericanos* (ECA), Vol. 67; No. 729.
- Chernomas, R. 1999 "The social and economic causees of disease" en *The Canadian Centre for Policy Alterantives*, March.
- Chossudovsky, M. 2002 *Guerra y globalización. Antes y después del XI/IX/MMI* (México: Siglo Veintinuno Editores).
- Contandriopoulos, A-P 1999 *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales ruptures* (Canadá: Universidad e Montreal).
- De Gerolami, D.H. y González Infantino, C.A. 2008 *Clínica y Terapéutica en la nutrición del adulto* (Buenos Aires: El Ateneo).
- Epping-Jordan, J.E. et al. 2005 "Preventing chronic diseases: taking stepwise action" en *The Lancet*, Vol. 366.
- Farmer, P. 2005 *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor* (California: University of California).
- Grupo del Banco Mundial 2001 "La pobreza continúa siendo un problema mundial de enormes proporciones" *Informe Anual*. Consulta del 26/11/2003 <<http://www.worldbank.org/html/extdr/extcs/es/060199-060499es.htm>>.
- Grupo del Banco Mundial 2003 *Guía para el Informe sobre el Desarrollo Mundial 2003. Desarrollo sostenible en una economía dinámica* <<http://www.worldbank.org>>.
- GRUPO ETC. 2013 "2012, El año que no quisimos. Algunas reflexiones sobre el tormentoso 2012 y los horrores tecnológicos para los años que vienen" en *Revista Biodiversidad, Sustento y Culturas* No. 76. Consulta del 15/6/2013 <http://www.eco-sitio.com.ar/node/13596>.
- Heilbroner, R. y Milberg, W. 1999 *La evolución de la sociedad económica* (México: Editorial Prentice Hall).

- Henríquez, J.L. 2000 “La causalidad estructural y la sionaturalidad de la depresión clínica: un tópico para la reflexión sobre la crisis de la salud pública” en *Revista Realidad* 76.
- Hinkelammert, F. 1997 “El huracán de la globalización: la exclusión y la destrucción del medioambiente vistos desde la teoría de la dependencia” en *Economía Informa* Marzo (UNAM).
- Homedes, N., y Ugalde, A. 2002 “Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica” en *Gac Sanit* 16 (1).
- Homedes, N., y Ugalde, A. 2004 “Why neoliberal health reforms have failed in Latin” in *America Health Policy*. Vol. 71: 83-96.
- Homedes N., et al. 2000 “Health Reform: Theory and Practice in El Salvador” en Lloyd-Sherlock, P. (Ed) *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. Institute of Latin American Studies. School of Advanced Study (London: University of London).
- Joint WHO/FAO Expert Consultation 2003 “Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases” en *WHO Technical Report Series 916* (Geneva: World Health Organization).
- Kandel, E.R., and Schwatz, J.H. 1981 *Principles of Neural Science* (North – Holland New York, Amsterdam, Oxford: Elsevier).
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., and Jessell, T.M. 1991 *Principles of neural science*. (Connecticut: Appleton & Lange).
- Konh, R. et al. 2005 “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública” en *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4/5).
- Krug, E. G. et al. (Eds.) 2003 “Informe Mundial sobre la violencia y la salud” en *Publicación Científica y Técnica* No. 588, OPS/OMS (Washington, D.C).
- Levins, R. 2004 “Sorpresas, errores y dudas” en *Revista Cubana Salud Pública*, Julio-Septiembre, Vol. 30, No. 3.
- Levins, R., and Lewontin, R. 1985 *The Dialectical Biologist* (Harvard University Press).
- López Acuña, D. Et Al. Comité Editorial 2000 “Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones” en *Revista Panamericana Salud Pública* 8(1/2).
- Marmot, M. et al. 2008 “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” in *The Lancet*. Vol. 372.
- Max-Neef, M., et al. 1986 *Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro*. (Uppsala: Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld. Development Dialogue).
- Montero Tirado, J. 2005 *Aporte de la Pedagogía Ignaciana a los desafíos del futuro* (Universidad UNISINOS).
- Montoya, A. 1996 “Globalización... ¿nada más?” en *Revista Centroamericana ECA*. 570.
- Muñoz, F., et al., 2000 “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud” en *Revista Panamericana Salud Pública* 8 (1/2).
- Navarro, V. 2004 “The world health situation” in *International Journal of Health Services*, Vol. 34. 1:1-10.
- Ollman, B. 1986 “The Meaning of dialectics” in *Monthly Reviews*, November, 42.
- OMS 2004 *Invertir en Salud Mental*, Organización Mundial de la Salud Ginebra, Suiza <http://www.who.int/entity/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf>.

- OPS/OMS 2002a “La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción” en *Organización Panamericana de la Salud*. Publicación Científica y Técnica No. 589 (Washington, D.C.).
- OPS/OMS 2002b “La Salud en las Américas” Vol I. *Organización Panamericana de la Salud*, Publicación Científica y Técnica No. 587 (Washington, D.C.).
- OPS/OMS 2006 “Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud 47º”, Consejo Directivo. 58ª. Sesión del Comité Regional. (Washington, D.C.).
- OPS 2007 *Panorama de la salud en la región. Salud en las Américas 2007*. Organización Panamericana de la Salud (Washington, D.C).
- OPS/OMS 2012 “Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país” *Organización Panamericana de la Salud*, Publicación Científica y Técnica No. 636, (Washington, D.C.).
- Otusanya, O.J., S.O. Ajibolade, and E.O. Omolehinwa 2012 “The role of financial intermediaries in elite money laundering practices: Evidence from Nigeria” *Journal of Money Laundering Control*, Vol. 15 Iss: 1.
- Pellegrini Filho, A. 1999 “La violencia y la salud pública” in *Revista Panamericana Salud Pública*. 5(4/5).
- PNUD 2005a *Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*. (New York: Ediciones Mundi-Prensa) Consulta en <http://hdr.undp.org/en/media/HDR05_sp_complete.pdf>.
- PNUD 2005b Resumen. “Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual” en Charlotte Denny (Ed.) *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (New York).
- Population Reference Bureau 2012 “2012 World Population Data Sheet”. Consultada en <http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf> March 13, 2013.
- Prentice, A.M. 2003 “Intrauterine factors, adiposity, and hypersulinaemia” en *British Medical Journal* (BMJ). Consultada en <http://www.bmj.com/cgi/content/full/327/7420/880> (04/11/2008).
- Prentice, A.M. 2006 “The emerging epidemic of obesity in developing countries” in *International Journal of Epidemiology* 35(1).
- Prentice, A.M. and Moore, S.E. 2005 “Early programming of adult diseases in resource poor countries” in *British Medical Journal* (BMJ) 90. Consulta del 5/11/2008 <<http://adc.bmj.com/cgi/content/abstract/90/4/429>>.
- Ranum, E.C. 2007 “El crimen violento y la democracia en El Salvador” en *Revista Estudios Centroamericanos ECA*, No. 703 – 704, Vol. 62, (San Salvador: UCA Editores).
- Rico Velasco, J. 1997 “Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos” en *Colombia Médica*, 28, (Cali: Universidad del Valle).
- Robinson, W.I. 2012 “¿El capitalismo global en jaque? Crisis estructural y rebelión popular transnacional” en *Revista Estudios Centroamericanos (ECA)* Vol. 67; No. 729.
- Rosental, M.M. y Iudin, P.F. 1971 *Diccionario filosófico* (Ediciones Tecolut).

- Roses Periago, M. 2005 "Mental health: a public health priority in the Americas" in *Revista Panamericana Salud Pública* 18 (4/5).
- Sabini Fernández, L.E. 2010 "¿Exportación de conocimiento o sólo de explotación?: el caso de la minería quimiquizada y la crisis de su paradigma" [en línea]. *Ecoportal.Net*. Consulta del 16/12/2010 <<http://www.ecoportal.net/>>.
- Sabogal, Cleóbulo 2005 "Píldoras gramaticales" en *El Tiempo*. Consulta del 24/6/2013 http://fluidos.eia.edu.co/lecturas/esquina/39_Inequidad.pdf.
- Sagatovsky, V. N. y Antipov, I. G. 1966 "Acercas de la correlación entre los conceptos 'causa', 'condición', 'etiología' y 'patogénesis'" en *Vestu. Akad. Med. Nauk. SSSR*, 21, 1.
- Salud: México 2002 "Gastos catastróficos por motivos de salud" Consulta del 9/4/2013 <<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>>.
- Santory Jorge, A.O. 1996 "Un solo mundo. Responsabilidades y vínculos globales" en *Revista Estudios Centroamericanos ECA*, No. 570 (San Salvador: UCA Editores).
- Saraceno, B. *La ciudadanía como forma de tolerancia*. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud) Documento sin fecha. Consulta en <http://www.educared.edu.pe/especial/articulo.asp?tipo=ST&id_articulo=523>.
- Selva, E. 2009 "Un enlace perverso entre la infección y el estrés y la enfermedad no infecciosa: la deficiencia alimentaria/nutricional proteica-energética-vitaminica-mineral" en *Boletín Newsletter* 1-2009 <http://www.amnet.info>.
- Selva Sutter, E.A. 1978 *Interacción de la nutrición y la infección* (Universidad de El Salvador: Editorial Universitaria).
- Selva Sutter, E.A. 1986 *Articulación social del proceso salud-enfermedad a través de su causalidad estructural. Nueva propuesta teórica conceptual en el desarrollo del pensamiento epidemiológico* (Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador: Publicaciones del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública).
- Selva Sutter, E.A. 1987 *La continuada interacción sociobiológica en la causalidad estructural y en la articulación social de los procesos salud-enfermedad* (Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador: Publicaciones del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública).
- Selva Sutter, E.A. 2002 "Tropelías a la salud pública en tiempos de la globalización" en *Revista Centroamericana ECA* No. 648 (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E. A. 2003a Evolución de los conceptos acerca de salud, salud individual, salud colectiva y salud pública. Evolución de la salud pública en Latinoamérica y su situación actual. Informe del Paquete de Trabajo 7 de la Evaluación del efecto/impacto de las reformas de salud en relación con los programas e intervenciones en salud pública. INCO. Comisión Europea INCO-DEV Contractnumber: ICA 4-CT-2000-30037. Marzo.
- Selva Sutter, E. A. 2003b "La descentralización y la reforma de salud neoliberal" en *Revista Centroamericana ECA*, No. 660 (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E.A. 2003c "Reforma de salud reivindicativa, democrática y con enfoque público" en *Revista Centroamericana ECA*. 651-652 (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E.A. 2004 "Obesidad y sobrepeso" en *Colección Cuaderno de Cátedra*. UCA Editores, No. 35 (San Salvador: UCA Editores).

- Selva Sutter, E.A. 2005a “La epidemiología siconatural en el nuevo milenio” en *Colección Cuaderno Cátedra. UCA Editores*, No. 42 (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E.A. 2005b “La estrategia neoliberal de reducción de la pobreza. ¿vale la pena esperar?” en *Revista Centroamericana ECA.*, No.675-676 (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E.A. 2010 “Desnutrición: un punto de encuentro perverso para las enfermedades infecciosas, el estrés y las enfermedades no infecciosas en los países subdesarrollados” en *Colección Cuadernos de Cátedra*, No. 75. (San Salvador: UCA Editores).
- Selva Sutter, E.A. 2011 *La Minería Moderna: Perversidad Emblemática de la Mascarada Globalizante*. 1ª. Edición. FESPAD, (El Salvador: Ediciones San Salvador).
- Selva Sutter, E.A. 2012a “La Farmacocracia en la Macabra Mascarada de la Globocolonización” en *Mundo Médico Salvadoreño en Revista Órgano Oficial de Colegio Médico de El Salvador*. No. 01, (El Salvador).
- Selva Sutter, E.A. 2012b “La Farmacocracia en la Macabra Mascarada de la Globocolonización(continuación)” en *Mundo Médico Salvadoreño. Revista Oficial del Colegio Médico*, No. 2, (El Salvador).
- Selva Sutter, E.A. 2012c “Sobre la pauperización y la exclusión contemporánea de la Salud Pública” en *Colección Cuadernos de Cátedra*. UCA. No. 90, 1ª Edición (El Salvador: Ediciones San Salvador).
- Selva Sutter, E.A. y Cañas López, S.A. 2001 “La pobreza crónica de la salud de la niñez y un paso para su superación” en *Flacso-Programa El Salvador Colección Apuntes* N° 12.
- Selva Sutter, E. A. y Cañas López, S. A. 2002 “En un vistazo: la pobreza crónica de la salud de la niñez y un paso para su superación” en *Departamento de Salud Pública, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”*.
- Sen, A. 1995 *Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure* (Italy: UNICEF International Child).
- Sirinath Reddy, K. et al. 2005 “Responding to the threat of chronic diseases in India” en *The Lancet* Vol. 366.
- Strong, K. et al. 2005 “Preventing chronic diseases: how many lives can we save?” en *The Lancet* Vol. 366.
- Tesh, S. 1981 “Disease causality and politics” in *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, 6, No. 3.
- Tesh, S. N. 1988 *Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy*, (New Brunswick and London: Rutgers University Press).
- The Lancet 2008 “Can Health equity become a reality?” Editorial en *The Lancet* Vol. 372.
- The World Bank 1993 *World development report 1993: Investing in Health*, (New York: Oxford University Press).
- UNICEF 1998 *Estado Mundial de la Infancia 1998. Nutrición* (New York, Ginebra: UNICEF).
- UNICEF 2000 *Estado Mundial de la Infancia 2000* (New York, Ginebra: UNICEF).
- UNICEF 2001 *Estado Mundial de la Infancia 2001. Primera infancia*. (New York, Ginebra: UNICEF).
- UNRISD 1995 *Estados de desorden. Los efectos sociales de la globalización. Un informe del UNRISD para la Cumbre mundial sobre desarrollo social*.

Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Palais des Nations. (Ginebra).

Vitali, S., Glattfelder, J.B. y Battiston, S. 2011 "The network of global corporate control" arXiv:1107.5728v2 [q-fin.GN].

Vivas, E. 2009 "Food crisis. Causes, consequences and alternatives" en *International Viewpoint*. Consulta del 31/10/2011 <<http://www.internationalviewpoint.org>>.

Walker, J., and Unger, B. 2009 Measuring Global Money Laundering: "The Walker Gravity Model". Consulta del 15/2/2014 <<http://www2.econ.uu.nl/users/unger/publications/RLE2.pdf>>.

Walt, G. 1994 Health Policy. An introduction to process and power. (London and New Jersey: Witwatersrand University Press, Johannesburgo: Zed Books).

Wang, L. et al. 2005 "Preventing chronic diseases in China" en *The Lancet* Vol. 366.

Warren, K.S. 1990 "Tropical Medicine or Tropical Health: The Heath Clark Lectures, 1988" en *Reviews of Infectious Diseases*. Vol. 12, No. 1.

WHO 1998 "Fifty Facts from The World Health Report.

(Recibido el 30 de mayo de 2014)

(Evaluado el 13 de junio de 2014)

i+c

Año I
Nº 1
Julio
Diciembre
2014

ERNESTO ALFONSO SELVA SUTTER