



Ciudad de Panamá. Foto propia.

Cuando hace un año hicimos el trabajo acerca de las teorías de la justicia y documentos sobre equidad en salud una de las cosas que más nos llamó la atención ver en un documento oficial fue la afirmación por parte de un gobierno africano (Tanzania) de que sus acciones prioritarias en materia de salud pública responderían, en una parte notable, a los intereses y condiciones que llegaran en forma de imposición de las instituciones donantes de fondos económicos para la realización de dichas actividades.

Pueden existir una necesidades que, además, se hayan convertido en demandas por parte de la población y de las instituciones locales, pero si la institución internacional XXX, donante de fondos para cooperación en salud pública, decide que su foco de interés es otro distinto (en virtud de una mezcla de criterios técnicos y vete-tú-a-saber-qué-...-piensa-mal-y-y-tal), entonces el gobierno local debe cambiar sus prioridades.

Esta es la forma de neocolonialismo salubrista más rápida, la financiadora; sin embargo, existe otra forma de poder blando mucho más potente y efectiva (y con mayor proyección de futuro) que es la de conseguir que las prioridades de salud pública se establezcan desde os países de rentas altas sin necesidad que haya financiaciones de por medio, solamente dibujando un marco de lo posible en el que las opciones planteadas no respondan a un análisis que parta del territorio, sino a uno que provenga de instituciones supranacionales. En cierto modo sería una versión institucionalizada-estatalizada del concepto de [psicopolítica de Byung-Chul Han](#).

Algo sobre este tema lo comentamos en un artículo publicado en Agenda Pública acerca de cómo pierden años de vida las personas de diferentes regiones del mundo, en relación con la imposición de la narrativa de las enfermedades crónicas en países que se encuentran tremendamente lejos de controlas las enfermedades infecciosas cuya erradicación es técnicamente posible pero políticamente inasumible [no solo económica, sino sobre todo políticamente]. Esta narrativa de las enfermedades crónicas, los Chronic Care Models, paradigmas y chiringuitos es una de las muchas que pueden difundir desde los países que en los que las enfermedades crónicas (o, mejor, la cronicidad compleja o pluripatológica) es un problema epidemiológicamente de primer orden hacia otros países en los que las prioridades deberían ser otras.

En el caso del cáncer y concretamente la vacuna frente al cáncer de cuello de útero puede haber un poco de esto. Es cierto que la vacuna frente a algunos serotipos del virus del papiloma humano merece más la pena en aquellos países de alta incidencia de enfermedad*, de hecho los estudios de evaluación económicas más favorables se centran en países de rentas medias-bajas; lo que ocurre es que la relación coste-efectividad no es más que la primera parte del proceso de financiación, el análisis de impacto presupuestario debería ser la segunda y -la pieza clave- el análisis marginal el tercero.

¿De donde surge esta repentina necesidad de soltaros esta micro(i)rreflexión? Pues de una noticia que, como tantas otras, contaba cómo en un país en el que se plantean problemas por desigualdad

Prioridades en salud pública: ¿neocolonialismo salubrista?

Publicado en Periódico Diagonal (<https://www.diagonalperiodico.net>)

en el acceso a algo tan básico como el agua potable se priorice una intervención de salud pública tan centrada en actuar "cascada abajo" en la cadena causal del desarrollo del cáncer de cérvix como es la vacunación frente al virus del papiloma humano, máxime con la baja evidencia disponible en torno a la efectividad de vacunar varones -cosa que no se hace casi en ningún país de renta alta-.

* La administración de esta vacuna es un ejemplo de ley de cuidados inversos en el ámbito de la salud pública, siendo administrada de forma más inmediata y extensa en aquellos países con una baja tasa de cáncer de cérvix que en los que la incidencia es mayor; complejizándolo aún más, como ya comentamos en un texto en este blog, en algunos países de rentas altas se ha visto que dentro de ellos los colectivos con una mayor incidencia de cáncer de cuello de útero (con mayor necesidad o beneficio potencial frente a la vacunación) eran los que menos accedían a la vacuna.

Etiquetas:

[salud pública](#)