

**Lograr sociedades saludables: ideas y
aprendizaje de diversas regiones para un futuro
compartido**

**Rene Loewenson, Eugenio Villar,
Rama Baru, Robert Marten**

Training and Research Support Centre

Noviembre de 2020

**Documento encargado por
The Alliance for Health Policy and
Health Systems Research**

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo.....	2
1. Introducción	5
2. Los paradigmas sobre las sociedades saludables y su influencia en las políticas.....	7
2.1 Marcos europeo, norteamericano y mundial	8
2.2 "Buen vivir" y la medicina social en América Latina	18
2.3 La lucha y los paradigmas coexistentes en África oriental y meridional.....	21
2.4 La trayectoria de la India de paradigmas para sociedades saludables	26
3. Las ideas de las diversas ideas de las sociedades saludables.....	30
3.1 Prestar mayor atención a la pluralidad de ideas.....	30
3.2 Superar las consecuencias de un paradigma biomédico impuesto.....	31
3.3 Comprometerse con los determinantes de una globalización neoliberal cada vez más profunda	32
3.4 Pasar de las ideas a la influencia y la adopción de políticas	34
3.5 Avanzar, moverse en círculos o llegar a puntos de inflexión... ..	36
4. Reflexiones finales	37
4.1 Promoción de conocimientos basados en valores, reflexivos y dependientes del contexto.....	37
4.2 Posibilitar diversas formas de conocimiento sobre sociedades saludables.....	38
4.3 Sin agencia y autodeterminación, no hay una sociedad saludable	39
5. Referencias.....	41
Apéndice 1: Cronología de los principales acontecimientos contextuales, paradigmáticos y de política (en inglés)	46

Citado como: Loewenson R, Villar E, Baru R, Marten R (2020) 'Achieving healthy societies - ideas and learning from diverse regions for shared futures', Training and Research Support Centre

Agradecimientos: Los autores tuvieron una reunión rica e informativa (a distancia) con los revisores del documento y les agradecen sus comentarios y perspectivas de revisión. Los revisores fueron el profesor Ghanshyam Shah, el Dr. Moeketsi Modisenyane, el Dr. Carlos Dora, el Dr. Oscar Feo, la Dra. Sharmila Mhatre y el profesor Kelley Lee. También agradecemos el apoyo financiero de la Alliance for Health Policy and Health Systems Research, que encargó este trabajo y Jorge Lembcke por la traducción.

Resumen ejecutivo

Dentro de los países y entre ellos han surgido con el tiempo diferentes ideas sobre lo que se entiende por una sociedad saludable y lo que la determina, con repercusiones en las políticas y medidas aplicadas para lograrla. Las ideas se han convertido en dominantes, ya sea por la fuerza o el consentimiento, influenciadas por las formas de poder militar, material, sociopolítico, institucional e ideológico, pero también por lo que abarca la sociedad.

En este documento se reconoce esta diversidad de pensamiento y experiencia y se intenta presentar evidencias y reflexiones para contribuir al diálogo y la investigación sobre nuestra comprensión de las sociedades saludables y la forma de lograrlas.

Exploramos la trayectoria y el contenido de los marcos sobre sociedades saludables a partir de la década de 1970, al tiempo que aportamos información pertinente sobre los paradigmas históricos anteriores al decenio de 1970, pero que siguen informando las agendas contemporáneas. Sobre la base de una revisión de información de los documentos publicados, examinamos esta cuestión a nivel mundial, con sus influencias de Europa y los Estados Unidos de América, y en América Latina, África Oriental y Meridional y la India. En el documento no se examina en qué medida se aplicaron esas políticas ni los factores que afectaron dicha implementación, ya que se trata de una esfera separada e importante para el análisis de seguimiento.

En la **Sección 2** se describen las principales características de los paradigmas que tuvieron una influencia política más amplia o sostenida, con sus impulsores contextuales, institucionales y sociales y ejemplos de su influencia política a nivel mundial y para cada una de las regiones geográficas abarcadas, que se muestran en el cuadro que figura a continuación. Esos paradigmas han tenido diferentes períodos de predominio e influencia en las políticas, y han surgido en nuevos espacios y formas a medida que evolucionan las condiciones políticas y económicas.

Europea, Norteamericana y mundial	América Latina	África Oriental y Meridional	India
El paradigma patogénico y biomédico	El paradigma patogénico y biomédico	Enfoques biomédicos poscoloniales	El paradigma "Nehruviano"; la mercantilización de la salud
La medicina social y el paradigma de bienestar de los determinantes sociales	El paradigma de la medicina social	Determinantes sociales y nacionalismo de recursos	El paradigma de salud comunitaria de Gandhi de la mente, el cuerpo, y el alma
Paradigma basado en los derechos			La salud de la gente en manos de la gente
La salud planetaria como paradigma de bienestar ecológico	Buen vivir y salud intercultural	Reciprocidad en los sistemas de salud tradicionales, <i>ubuntu</i>	Los paradigmas tradicionales
Un paradigma centrado en la bioseguridad		Enfoques patogénicos coloniales	Imposición colonial de la medicina alopática

La **Sección 3** se basa en estas evidencias para esbozar las características y conocimientos clave. Las regiones demuestran características comunes y diferentes de los discursos convincentes sobre las sociedades saludables. Tanto el paradigma patogénico/biomédico como el de los determinantes sociales contrastantes han existido durante siglos en todas las regiones, aunque con características únicas en diferentes regiones, y con enfoques de derechos que interactúan con ambos.

Sin embargo, no ha habido una idea singular de sociedades saludables, y sugerimos que tampoco se imponga. Si bien los valores pueden ser compartidos, la salud es tanto sociocultural y política como técnica y material, y las ideas sobre las sociedades saludables están arraigadas en las historias, políticas y alianzas dentro de los países y entre ellos. Escuchar voces más amplias y aprender de una diversidad de pensamientos y enfoques aporta nuevos valores, ideas y prácticas por trabajo sobre sociedades saludables, que son vitales para abordar los numerosos retos de salud aún no resueltos.

Un paradigma patogénico y un mayor conocimiento biomédico informaron una expectativa optimista en el discurso mundial y del norte de que las causas de las enfermedades podrían ser erradicadas por una 'modernización' impulsada por la tecnología. Los enfoques biomédicos han contribuido a mejorar la salud de la población en sociedades en las que los servicios médicos y las tecnologías de la salud son accesibles y se prestan universalmente como un derecho.

Sin embargo, la imposición del paradigma patogénico durante la expansión colonial suprimió los conocimientos y las culturas locales y, con la expropiación colonial de los recursos naturales, ha generado un legado que aún debe ser abordado en las actuales interacciones mundiales en sociedades saludables. En las tres regiones del Sur, esto ha implicado la reivindicación y el respeto de las culturas indígenas y las ecologías locales (como en salud Intercultural o el paradigma de Gandhi); el reconocimiento de los derechos (como en "la salud de las personas en manos de las personas"); la reafirmación de los intereses colectivos y la reciprocidad (como en el *ubuntu*) y el tratamiento de la equidad y la justicia en la economía política nacional y mundial (como en los determinantes sociales y los enfoques de medicina social, en el Buen Vivir y el nacionalismo de recursos).

En su forma extrema, la singular conexión que se estableció entre la enfermedad y la biología individual en la eugenesia permitió que se pronunciaran discursos racistas y discriminatorios en todas las regiones abarcadas, lo que puso de relieve la necesidad de incorporar los principios éticos, la solidaridad y los derechos colectivos y los beneficios en el pensamiento sobre la salud pública.

La evidencia y la atención a los determinantes sociales de la salud han aumentado en todo el mundo, con ideas asociadas para la acción intersectorial, enfoques de "todo el gobierno", "la salud en todas las políticas" para integrar los determinantes sociales en la política y la práctica. La creciente experiencia y crítica de las desigualdades y daños a las sociedades saludables de los determinantes comerciales en una globalización neoliberal han motivado un cambio de enfoque más allá de los determinantes individuales hacia la determinación social y para integrar los determinantes estructurales, mundiales y comerciales de la salud. La liberalización, la extracción de recursos y la mercantilización de los sistemas públicos han sido más intensas y prolongadas en las regiones del sur, generando demandas de derechos y justicia dentro de los países y demandas más radicales de cambio en la economía política mundial de las tres regiones del sur que las que se acomodan actualmente en las plataformas mundiales.

Sin embargo, esto está cambiando a nivel mundial, en parte como consecuencia de las alianzas entre los agentes, movimientos e instituciones técnicos y sociopolíticos, incluso dentro de los países de altos ingresos. Los marcos de derechos mundiales han prestado nueva atención al derecho al desarrollo, y los procesos mundiales han solicitado una acción colectiva mundial para hacer frente a las poderosas fuerzas comerciales que trabajan para contrarrestar la salud. El paradigma de los determinantes sociales se ha extendido a la integración de los ecosistemas, la equidad intergeneracional y las responsabilidades mundiales colectivas en la articulación de la salud planetaria. Las ideas de reciprocidad y de ubicación de la salud dentro de los ecosistemas holísticos que existían hace siglos en las regiones meridionales están adquiriendo un nuevo perfil en el pensamiento mundial.

Las trayectorias de los paradigmas esbozados en este documento sugieren que las ideas sí importan para producir el cambio y que hay diversas ideas y caminos para una sociedad sana. La "batalla por las ideas" ha infundido los debates sobre cómo mejorar la salud de la población, y ha pedido espacios para interactuar con sus proponentes en todas las regiones, disciplinas y grupos sociopolíticos. El flujo de ideas en las nuevas colaboraciones y alianzas internacionales en un mundo multipolar también sugiere que un 'modelo de circulación' puede adaptarse mejor al desarrollo de paradigmas sobre sociedades saludables, con un mayor intercambio horizontal entre regiones para construir ideas globales.

En la **Sección 4** se discuten las implicaciones para futuros encuadres, acciones e investigaciones. La confluencia en 2020 de una prolongada pandemia de COVID-19, el cambio climático, la degradación del medio ambiente y la pérdida de biodiversidad, y la extrema desigualdad, y el actual momento Gramsciano de viejas y nuevas ideas, ponen de relieve nuestra necesidad de desarrollar paradigmas que nos sirvan mejor para hacer frente a esas crisis y construir sociedades saludables a nivel mundial. Esto plantea la cuestión de qué prácticas de investigación pueden generar

conocimientos que apoyen ese cambio. En un nivel, esto se relaciona con la forma de construir una investigación y práctica más basada en valores, transdisciplinaria y exhaustiva sobre sociedades saludables, una que sea más auto-determinada e incrustada en la experiencia vivida, con espacios para plantear ideas alternativas y para cuestionar la hegemonía actual, y una comprensión más estratégica de las relaciones, los intereses y el poder que afectan a la forma en que las ideas ganan influencia. También sugiere una práctica de investigación que se vincule más directamente a los procesos y actores que producen el cambio hacia sociedades saludables.

Las experiencias en el documento apuntan también a la naturaleza crítica de la política y la mentalidad pública. Un cambio de paradigma que haga avanzar la salud en su marco integral depende de las poblaciones y los países que consideren que el insalubre statu quo ya no es aceptable, y que tengan la conciencia, las ideas y la confianza para actuar colectivamente para producir el cambio. Sin ese interés colectivo y sin esa voluntad auto-determinada, ¿podemos realmente hablar de sociedades saludables?

1. Introducción

¿Qué entendemos por sociedades saludables y cómo las conseguimos? Aunque la pregunta puede parecer simple, la respuesta no lo es. Diferentes ópticas disciplinarias e institucionales, discursos y sistemas de conocimiento y política, ideologías, culturas y regiones tendrían diferentes respuestas. Ciertamente se habría respondido de manera diferente en diferentes momentos de la historia.

Como reconoció la Constitución de la OMS hace más de 70 años, la salud implica algo más que la ausencia de enfermedades y la duración de la vida. Implica también en forma colectiva el bienestar físico, social y mental, y no sólo la cantidad sino la calidad de vida (OMS, 1948). La salud se ve afectada por las condiciones de vida, laborales y socioeconómicas que conforman las realidades cotidianas. Esta es la realidad que experimentan las personas. Gran parte del trabajo sobre las sociedades saludables se centra en la forma de abordar estos determinantes de la salud, en particular las desigualdades que llevan a muchas personas a vivir sin agua potable, aire limpio, alimentos y vivienda adecuados, trabajo decente o con violencia y otras formas de privación.

Estas condiciones, los resultados de la equidad en materia de salud de la población y el bienestar de las generaciones actuales y futuras se ven influidos por determinantes socioculturales, económicos y políticos desde el nivel local hasta el internacional. En la actualidad se ven cada vez más afectados por las diferentes dimensiones de una globalización transnacional y neoliberal, incluso en relación con el clima, la biodiversidad y otras condiciones ecológicas. La interconexión y el equilibrio entre estos diferentes determinantes y su prestación a las personas dentro de los países y entre ellos se ven afectados por los valores, ideologías, conocimientos, políticas, relaciones de poder y derechos que influyen en las políticas, servicios, instituciones, tecnologías, capacidades y acciones.

La forma en que las sociedades saludables y sus impulsores son conceptualizadas dentro de los países por actores sociopolíticos con diferentes grados de poder e influencia juega un papel en la conformación de las políticas y acciones implementadas para lograrlas. Dentro de los países y en el plano internacional, coexisten diferentes ideas y algunas asumen el dominio o la hegemonía por diversas razones, ya sea por la fuerza o el consentimiento. En un análisis constructivista, la hegemonía de determinadas ideas es consecuencia de muchos factores, entre ellos las relaciones de producción y el uso del poder material para dominar a otros, las fuerzas y relaciones sociopolíticas, y las instituciones, estándares y procedimientos utilizados para imponer, negociar, crear convergencia y mantener el consentimiento en torno a ideas particulares, y para suprimir otras (Ravenhill, 2008; Schmidt, 2018).

Un análisis social constructivista trae al público a este análisis, argumentando que el poder hegemónico se ejerce cuando las ideas dominantes son aceptadas por la sociedad. Por lo tanto, no sólo importan las ideas avanzadas o impuestas por las elites socioeconómicas y los estados, sino también las promovidas por los actores sociales y que existen en la mentalidad pública (Schmidt, 2018).

Así pues, a lo largo del tiempo y en todos los países han existido diferentes paradigmas subyacentes a las explicaciones, los conocimientos, las políticas y las medidas relativas a las sociedades saludables, arraigados en las historias y las economías políticas y derivados de intereses e ideas contrapuestos. Han surgido y existen diferentes conceptos en diferentes regiones y a nivel mundial. Van Olmen et al. (2012:1) sostienen que esos marcos:

son productos de su tiempo, que surgen de discursos específicos. Tienen un propósito, no son neutralmente descriptivos, y están conformados por las agendas de sus autores. La evolución del pensamiento a lo largo del tiempo no refleja una acumulación progresiva de conocimientos. Por el contrario, las teorías y los marcos de trabajo parecen desarrollarse en reacción al otro, en parte en línea con los paradigmas imperantes y en parte como respuesta a las muy diferentes necesidades de sus desarrolladores.

En una reciente reunión internacional sobre sociedades saludables se señaló que no existe un consenso mundial sobre cómo lograrlas (HSHPG, 2020). Una razón es que, como se ha señalado anteriormente, no todos los actores sociales y los estados comparten intereses y experiencias comunes, y no todas las políticas comparten el mismo pensamiento sobre lo que constituye una sociedad saludable, o cómo lograrla. Para que un "consenso" mundial sobre las sociedades

saludables no refleje simplemente una perspectiva hegemónica mundial impuesta, es necesario que comprendamos mejor la naturaleza, la trayectoria, los motores y la influencia política de los diferentes paradigmas que han surgido sobre las sociedades saludables, no sólo a nivel internacional y mundial, sino también los que han surgido e influido en la política de diferentes regiones del mundo.

En este documento se reconoce esta diversidad de pensamiento y experiencia y se intenta presentar evidencias y reflexiones para contribuir al diálogo y la investigación sobre nuestra comprensión de las sociedades saludables y la forma de lograrlas.

Exploramos la trayectoria y el contenido de los marcos sobre sociedades saludables a partir de la década de 1970, al tiempo que aportamos información pertinente sobre los paradigmas históricos anteriores al decenio de 1970, pero que siguen informando las agendas contemporáneas.

Examinamos esta cuestión a nivel mundial, con sus influencias de Europa y los Estados Unidos de América, y en América Latina, África Oriental y Meridional y la India.

El documento se centra en la *Sección 2* en las principales características de los paradigmas que tuvieron una influencia política más amplia o sostenida, con sus impulsores contextuales, institucionales y sociales y ejemplos de su influencia política. El documento no explora hasta qué punto se aplicaron esas políticas ni los factores que las afectaron, ya que se trata de un área separada e importante para el análisis de seguimiento.

En la *Sección 3* nos basamos en la evidencia de los paradigmas y sus trayectorias en las diferentes regiones y niveles geopolíticos cubiertos para esbozar las características y percepciones compartidas y diferentes para el encuadre de sociedades saludables.

En la *Sección 4* discutimos las implicaciones para el futuro diálogo e investigación sobre sociedades saludables.

El documento, elaborado a finales de 2020, se basa en una revisión de información de documentos publicados de dominio público. Cubrimos las influencias europeas y estadounidenses y las tres áreas geopolíticas, a las que llamamos "regiones" en el documento, dada su importante participación en la población mundial, recurriendo a la literatura en inglés y español. Nos centramos en los paradigmas más dominantes, persistentes o influyentes después de 1970, y ejemplificamos los acontecimientos políticos que señalan su aceptación, sin pretender ser exhaustivos. Si bien la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) de 1978 es el punto de partida del documento, la cronología del Apéndice 1 muestra una historia más larga que ha contribuido a los paradigmas posteriores a 1970 en todas las regiones abarcadas. Utilizamos una definición compartida de paradigmas como sistemas de creencias, ideas, valores y acciones que son modelos de pensamiento sobre el mundo real y de una sociedad saludable como una que no espera a que la gente se enferme.

Reconociendo la necesidad de un nivel de pluralismo epistémico para abordar las principales áreas de interés, el documento ha sido escrito por autores con experiencias personales de las regiones abarcadas y se ha basado en fuentes disciplinarias diversas y no singulares, aunque con la salud de la población como punto de entrada clave. Se utilizó un amplio marco analítico para documentar los objetivos, ideas y enfoques dentro de los paradigmas y los sistemas culturales, sociopolíticos, materiales y de conocimientos en los que se basaron. Realizamos un análisis temático fundamentado de los materiales obtenidos para identificar los temas clave. Una reunión de revisión en la que participaron personas con experiencia en la materia de las regiones abarcadas y a nivel mundial contribuyó a la validación y la revisión de la retroalimentación de los hallazgos.

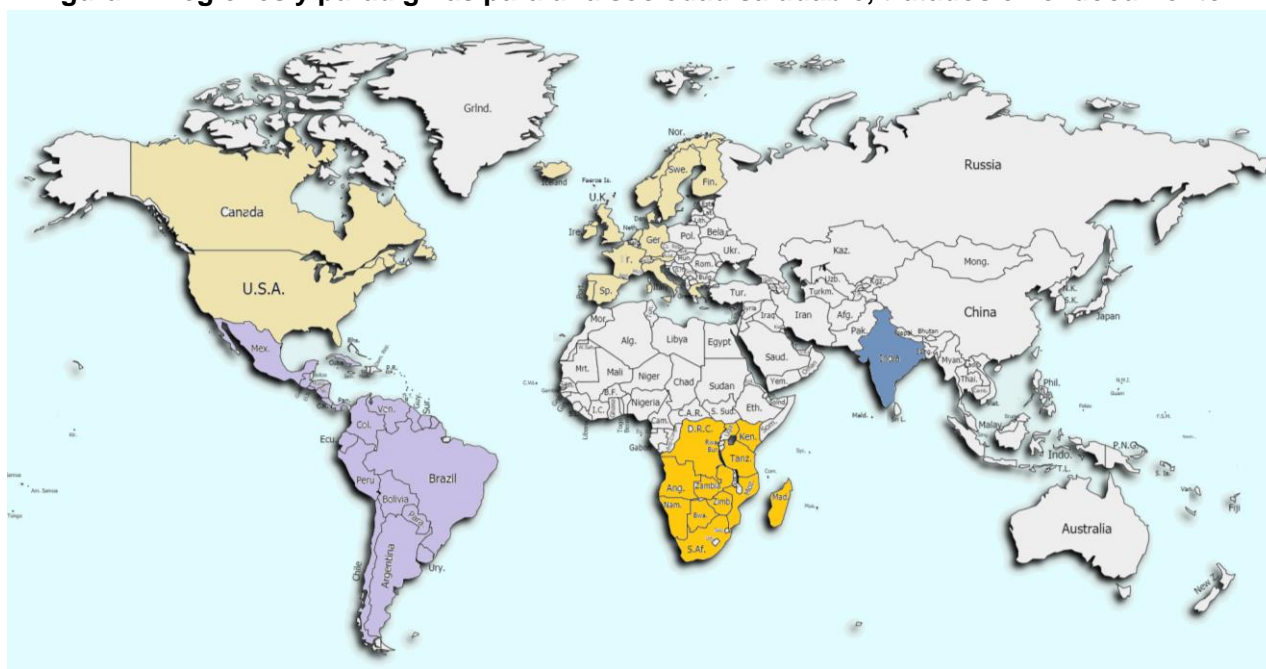
Reconocemos varias limitaciones: El documento no abarca *todas* las regiones, y excluye países o regiones que consideramos importantes, como China, Rusia, África Septentrional u Occidental, partes de Asia-Pacífico o el Oriente Medio. Esto se debió a limitaciones de tiempo, recursos e idioma, y alentamos a que se haga un trabajo de seguimiento para documentar de manera similar los paradigmas en estas otras partes del mundo. Al basarse en la información publicada disponible que abarca períodos de tiempo y alcance geográfico significativos, se excluyen los detalles. Las evidencias son deliberadamente cualitativas y no pretenden hacer ninguna asociación entre los paradigmas, las políticas y su impacto en la salud.

A pesar de estas limitaciones, las regiones abarcadas muestran características comunes y diversas de los discursos convincentes e influyentes sobre sociedades saludables que han surgido y han tenido influencia en las políticas dentro de las regiones y entre ellas y a nivel mundial. El examen de esta evidencia de características comunes y diferentes y de sus impulsores nos permite reflexionar más profundamente sobre la forma en que podemos construir espacios y procesos más inclusivos para participar mejor en estas ideas de "sociedades saludables" producidas históricamente y dependientes del contexto, en la negociación y la elaboración de paradigmas y programas de política y en la generación de conocimientos y acción, incluso a nivel mundial.

2. Los paradigmas sobre las sociedades saludables y su influencia en las políticas

En este contexto más amplio, en esta sección se describen, para el nivel mundial y sus influencias europeas y norteamericanas, y luego para cada una de las tres regiones abarcadas, las trayectorias de los paradigmas más dominantes y persistentes en las sociedades saludables en el último medio siglo, y su influencia en las políticas. La presentación descriptiva en esta sección de las historias, los factores contextuales y las características *dentro de cada región* es deliberada, para fundamentar el análisis y las percepciones de sus características comunes y diferentes en la *Sección 3*. En la *Figura 1* se presenta un resumen visual de las regiones abarcadas y, en general, de los paradigmas que se abarcan en ellas.

Figura 1: Regiones y paradigmas para una sociedad saludable, tratados en el documento



Clave:

Europa, América del Norte y el mundo	América Latina	África Oriental y Meridional	India
<p>El paradigma patogénico y biomédico</p> <p>La medicina social y el paradigma de bienestar de los determinantes sociales</p> <p>Paradigma basado en los derechos</p> <p>La salud planetaria como paradigma de bienestar ecológico</p> <p>Un paradigma centrado en la bioseguridad</p>	<p>El paradigma patogénico y biomédico</p> <p>El paradigma de la medicina social</p> <p>Buen vivir y salud intercultural</p>	<p>Enfoques biomédicos poscoloniales</p> <p>Determinantes sociales y nacionalismo de recursos</p> <p>Reciprocidad en los sistemas de salud tradicionales, <i>ubuntu</i></p> <p>Enfoques patogénicos coloniales</p>	<p>El paradigma "Nehruviano"; la mercantilización de la salud</p> <p>El paradigma de salud comunitaria de Gandhi de la mente, el cuerpo, y el alma</p> <p>La salud de la gente en manos de la gente</p> <p>Los paradigmas tradicionales</p> <p>Imposición colonial de la medicina alopática</p>

2.1 Marcos europeo, norteamericano y mundial

Los países europeos y los EE.UU. han tenido un impacto histórico en los marcos sanitarios internacionales y luego mundiales, aunque en los últimos decenios ha habido influencias más amplias. Dos grandes paradigmas son evidentes y otros tres están vinculados a ellos. La Declaración de Alma Ata de 1978, punto de partida del análisis, reflejaba un *paradigma de medicina social y determinantes sociales y de bienestar* centrado en los determinantes sociopolíticos y económicos de la equidad sanitaria y el bienestar. Sin embargo, en general, un segundo paradigma era más dominante en el período: en un *patogénico o biomédico*, las sociedades saludables se caracterizaban por la medida en que podían reducirse o eliminarse los riesgos de enfermedad inmediatos. El *enfoque basado en los derechos* ha generado reivindicaciones en los determinantes sociales y los paradigmas biomédicos, y se ha interrelacionado con ellos. En el decenio de 2000, el paradigma de los determinantes sociales evolucionó para integrar la cooperación internacional necesaria para proteger los ecosistemas clave para un bienestar sostenido e intergeneracional, como *paradigma de salud planetaria*. En el mismo período, un *enfoque centrado en la bioseguridad* ha intensificado la respuesta biomédica a las amenazas transfronterizas para la salud y la economía derivadas de pandemias y emergencias. Cada una de ellas se examina en esta subsección.

2.1.1 Un paradigma de medicina social y determinantes sociales del bienestar

Un paradigma de *los determinantes sociales del bienestar* surgió en Europa ya en el año 300 A.C., cuando Aristóteles enmarcó el bienestar como un resultado de las dimensiones materiales y no materiales, donde las sociedades exitosas (excluyendo a los esclavos) compartían principios comunes sobre lo que es importante para el bienestar colectivo (Giovanni et al., 2011). A finales del siglo XIX y durante la revolución industrial en Europa, como reflejo de la organización política y sindical de la clase trabajadora, Rudolf Virchow y Frederik Engels plantearon los orígenes sociales y las causas estructurales de la enfermedad, incluso en las relaciones económicas y políticas entre las diferentes clases sociales (De Angulo y Losada, 2014). Como científicos activistas, su enfoque de *medicina social* integró las causas socioeconómicas y políticas de los problemas de salud para motivar el cambio sociopolítico (Carter, 2019). De una manera técnica más moderada, la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones (OSSN) aplicó este enfoque para identificar los riesgos para la salud, al igual que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para identificar los riesgos en el lugar de trabajo a fin de establecer estándares laborales justos (Carter, 2019). En un contexto de conflicto ideológico entre el capitalismo y el socialismo, no todos los países occidentales aceptaron el enfoque. Los EE.UU. se mantuvieron al margen de la OSSN y la OIT y utilizaron su influencia para promover organizaciones internacionales de salud y laborales separadas para las Américas, al tiempo que colocaron a personas de los EE.UU. en los comités asesores de la OSSN, y la Fundación Rockefeller aportó alrededor del 30% de su presupuesto (Carter, 2019).

Mantener la hegemonía del enfoque era una característica del contexto de la Guerra Fría. En el decenio de 1930, a medida que los gobiernos independientes y los movimientos políticos de América Latina cobraban mayor importancia en la salud internacional, la Oficina Sanitaria Panamericana (PASB), aliada con los EE.UU., y la Fundación Rockefeller se acercaron a esos países. Promovieron el seguro social y seleccionaron la regulación estatal de ciertos mercados, como el de alimentos, pero se resistieron a criticar las causas económicas políticas más profundas de la mala salud (Carter, 2019). No obstante, la óptica política más radical de Virchow y Engels fue adoptado en muchos países de América Latina, como se discute en la *Sección 2.2.2*.

El contexto de la Guerra Fría y la impugnación en torno a las ideas continuó en Alma Ata. El aumento de los ingresos y del consumo en los países de altos ingresos presentó oportunidades para mejorar la salud, con un beneficio más amplio de un contrato social de posguerra con la mano de obra. Sin embargo, la creciente desigualdad, la crisis del petróleo de 1973, las crisis económicas de 1968-1971, la escalada nuclear y los conflictos también estimularon el crecimiento de los movimientos sociales en esos países, incluidos los movimientos contra la guerra y a favor de los derechos civiles (Brown et al., 2006). Las tensiones de la Guerra Fría afectaron a la forma en que se consideraban los derechos civiles y políticos en relación con los derechos sociales y económicos, que se examinan en la *Sección 2.1.3*. Las experiencias de acceso socializado a empleos, ingresos, condiciones de vida y servicios en algunos países euroasiáticos y en Cuba, y las presiones por la justicia social de los movimientos de liberación, nacionalistas, de justicia social y de derechos, generaron la percepción de que las injusticias exigían un cambio sistemático más profundo y que esto era posible, incluso a través de una economía internacional más justa. Las alianzas cada vez

más amplias convergieron en torno a teorías de desarrollo que hacían hincapié en el crecimiento socioeconómico a largo plazo, en condiciones comerciales más justas y en una financiación del desarrollo más generosa, encabezadas por instituciones internacionales como el Movimiento de los Países No Alineados, el Grupo de los 77 y la Conferencia de las Naciones Unidas (ONU) sobre Comercio y Desarrollo (CNUCYD), lo que dio lugar a una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1974 en la que se pedía un Nuevo Orden Económico Internacional (Brown et al., 2006).

Mientras que muchos de estos procesos tenían lugar a nivel estatal, las organizaciones no estatales que trabajaban a nivel de base generaron innovaciones sanitarias de países con sistemas políticos diferentes, como los médicos descalzos de China, contribuyendo a nuevas formas de mejorar la salud de la población (CDSS, 2005). Se consideró que una visión del mundo basada en un conocimiento positivista y reduccionista no tenía en cuenta de forma adecuada las múltiples interconexiones subjetivas de los sistemas sociales dinámicos. Los defensores de la epidemiología social identificaron factores de patrones sociales más profundos que afectan a la salud y la enfermedad, proponiendo que, si los determinantes de la salud son económicos y sociales, los remedios también deben serlo (De Angulo y Losada, 2014). Halfdan Mahler, director general de la OMS de 1973 a 1988, respondió a estas presiones internacionales y a las innovaciones locales, señalando que "los imperativos de la historia contemporánea", solicitando nuevos enfoques en materia de salud (Chorev, 2012:1). En el documento "Salud para Todos en el Año 2000" se reconocían las presiones en pro de la equidad y la justicia, y en el marco de la Declaración de Alma Ata de 1978 sobre la atención primaria de salud (APS) se integraba el carácter multidimensional y sociopolítico del desarrollo sanitario (Brown et al., 2006).

Si bien en la *Sección 2.1.2* se describe cómo la economía política mundial y las tendencias institucionales se remontan a la APS integral, su marco sociopolítico se mantuvo en algunas regiones y procesos internacionales. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, de 1986, promovió la acción intersectorial/multisectorial para la salud (AIH/MAH), reconociendo la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad como condiciones fundamentales para la salud. Planteó la salud como un derecho y un recurso para el desarrollo social, económico y personal y la calidad de vida. En contraste con la opinión de que la mejora de la riqueza por sí sola mejoraría la salud, estos defensores sostenían que la salud era esencial para crear riqueza. Así pues, el enfoque se puso en práctica integrando la promoción de la salud en las políticas públicas, las leyes, las medidas fiscales, los impuestos y las medidas organizativas de diversos sectores. Para el sector de la salud, esto implicaba apoyar, asociarse o dirigir acciones en diferentes sectores para mejorar los resultados de la *salud* como un contribuyente clave a los resultados económicos (Rasanathan et al., 2017; Kickbusch, 2008). Un importante conjunto de investigaciones añadió evidencias a este diálogo de política, como la publicación de la OMS de 1990 sobre los *Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Sólidos*, que aporta evidencias sobre los determinantes sociales que la AIH/MAH podría abordar para mejorar la salud, como el gradiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, la adicción, el empleo, la alimentación y el transporte (De Angulo y Losada, 2014).

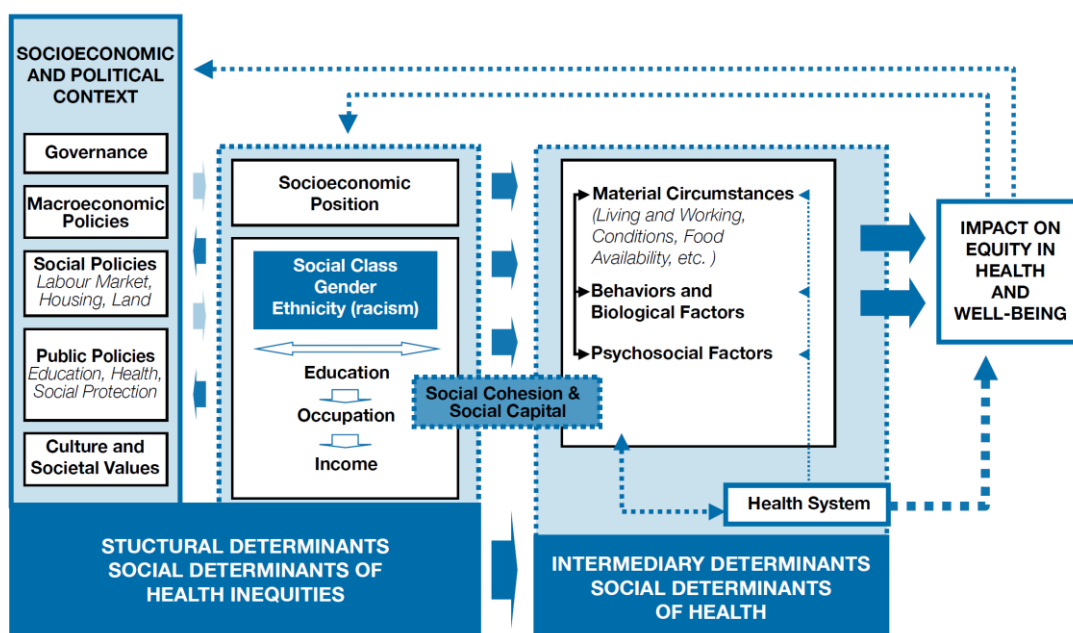
El fin de la Guerra Fría a finales de la década de 1980 marcó el fin de un mundo bipolar enmarcado en los intereses militares de los EE.UU. y la URSS. En lugar de un mundo "unipolar" dominado por Occidente, la emergente influencia global de China y otros países asiáticos, la India y América Latina abrieron un mundo más multipolar. El aumento del comercio mundial y la organización transnacional de la producción generaron interdependencias globales entre los países. El crecimiento de los medios de comunicación social y de las comunicaciones amplió las oportunidades de circulación de la información y las conexiones sociopolíticas. Surgieron nuevas configuraciones institucionales y sociales como impulsoras de las ideas y la cooperación. Entre ellas cabe mencionar el foro del Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica (BRICS) y los movimientos transnacionales de derechos sociales, que se examinan más adelante (Loewenson et al., 2014). El contexto en el que los estados construyeron sus intereses nacionales cambió, desafiando las nociones de soberanía nacional, elevando los intereses colectivos y abriendo el espacio para los actores no estatales en las relaciones internacionales.

Una forma neoliberal de globalización generó contextos para el desarrollo y la articulación de ideas para una sociedad saludable. El crecimiento del desarrollo tecnológico, los bienes de consumo y las

tecnologías de la información reforzaron los argumentos de que la mejora del bienestar podía provenir de la ciencia y la tecnología y a través de los mercados libres, reforzando y generando intereses comerciales en torno al paradigma biomédico tratado en la *Sección 2.1.2*. La intensificación de la extracción de tierras, riqueza mineral y otros recursos locales y el aumento de la desigualdad socioeconómica generaron desafíos, tensiones políticas, conflictos en muchos países, sin embargo, así como migración transfronteriza (CEPAL, 2015b; EQUINET, 2012; OPS,OMS, 2019; Shukla y Phadke, 1999). El aumento de la riqueza mundial, junto con el incremento del empleo precario, la inseguridad de los hogares y el empeoramiento de los entornos de vida, de trabajo y de la comunidad, alimentó las percepciones de injusticia y puso en tela de juicio la noción de que un crecimiento económico neoliberal garantizaría un mayor bienestar. Las percepciones y presiones internacionales del sur global crecieron sobre la inseguridad internacional más amplia generada por estas tendencias y los límites del crecimiento macroeconómico como medida del progreso económico y social. Por ejemplo, la Comisión Sarkozy para la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social, de 2009, solicitó una comprensión multidimensional del desarrollo que abordara el bienestar, las desigualdades y protegiera a las generaciones futuras (Fidler, 2009; Brown et al., 2006).

En este contexto, la Comisión de Macroeconomía y Salud de 2001 retomó las ideas planteadas en la Carta de Ottawa de 1986 para situar la inversión en salud como un factor que contribuye a la reducción de la pobreza, mientras que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de 2008, utilizando el marco analítico que se muestra en la *Figura 2*, proporcionó evidencias de los determinantes sociales que impulsan las desigualdades en materia de salud y las medidas para hacerles frente. Esto se retomó en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2008 y en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2011 en Brasil, con campeones de Chile, Brasil y el Reino Unido. Dado que la implementación de la AIH/MAH fue limitada, se articuló otra forma de poner en práctica estas ideas en un enfoque de "La Salud en Todas las Políticas" (HiAP) que responsabilizó a todos los sectores de los gobiernos de no perjudicar a la salud y de mejorar los resultados sanitarios. Fue promovido a nivel mundial por la presidencia finlandesa de la UE y en la Declaración de Adelaida de 2010 sobre la HiAP (Howard y Gunther, 2012; Bert et al., 2015). La Conferencia de Promoción de la Salud Mundial de 2014 sobre la promoción de la salud y la Declaración de Helsinki sobre la HiAP señalaron las oportunidades de alcanzar los objetivos de salud y *bienestar* mediante enfoques de "Todo el Gobierno". Estos pronunciamientos reconocieron el liderazgo para la acción desde fuera del sector de salud, como en el papel de los alcaldes y los gobiernos locales urbanos de las 99 ciudades de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS que integra la salud y el bienestar en la planificación urbana (OMS Euro, 2014).

Figura 2: El marco conceptual de la CDSS sobre los determinantes sociales de la salud



Fuente: Solar and Irwin, 2010.

Si bien se reconocen los determinantes mundiales de la salud, esos procesos mundiales siguieron centrándose principalmente en las funciones a nivel de los países, a pesar de la creciente influencia mundial del comercio, las finanzas, las actividades de extracción y los agentes transnacionales en las condiciones nacionales. En 1998, Yach y Bettcher, de la OMS, en "La Globalización de la Salud Pública", determinó la forma en que los determinantes sociales a nivel mundial pueden perjudicar o mejorar la salud, tanto a partir de la difusión de ideas, valores, derechos y conocimientos como mediante las prácticas y productos de los agentes transnacionales. El aumento de los precios de los alimentos, la crisis energética y financiera de 2008, los conflictos, los desplazamientos de población y la degradación del medio ambiente y la biodiversidad añadieron evidencias de esos determinantes mundiales y sus daños a la salud, incluso en los crecientes niveles de enfermedades crónicas, pandemias y privaciones sociales (Fidler, 2009; Commonwealth Secretariat, 2016; Agyepong et al., 2017). Sin un desafío sistémico al modelo de economía política mundial, la OMS, a nivel mundial, carecía de una función persuasiva para *prevenir* estas crisis ambientales, energéticas, alimentarias y económicas, centrándose más bien en la participación en sus daños más inmediatos (Fidler, 2009). El llamamiento a las responsabilidades *mundiales*, al "mantenimiento recíproco" para todas las personas y países, y a la cooperación e intervención internacional procedió, por tanto, de algunos países y de la sociedad civil (Brown et al., 2006; De Angulo y Losada, 2014; OMS Euro, 1986). Por ejemplo, el Movimiento para la Salud de los Pueblos, un movimiento de la sociedad civil en pro de la salud mundial que se puso en marcha en 2000, en su "Carta de la Salud de los Pueblos" y su defensa unió a la sociedad civil de diferentes regiones en torno al derecho a la salud, la APS integral y las alternativas económicas a la globalización neoliberal como elementos fundamentales para lograr sociedades saludables y sostenibles (Brown et al., 2006; Fidler, 2009).

El papel de la OMS en estos procesos es objeto de un importante cuerpo de literatura independiente. La organización se enfrentó a un desafío cuando los estándares de política que afectaban a los sectores de la salud pasaron a las instituciones de Bretton Woods, que se examinan en la siguiente subsección, y de los estados miembros que protestaban por los desafíos de política de la OMS a través de retiros de presupuesto, como, por ejemplo, los EE.UU. hicieron sobre el Programa de Medicamentos Esenciales de la OMS. En respuesta, "la OMS comenzó a remodelarse como coordinadora, planificadora estratégica y líder de las iniciativas de salud mundial" (Brown et al., 2006:69). A principios de la década de 2000 se aprobaron diversas medidas mundiales para proteger la salud a través de las fronteras y para limitar los mercados libres y las prácticas comerciales que se demostró que eran perjudiciales para la salud. Entre ellas figuraban el Reglamento Sanitario Internacional actualizado (2005) y el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003). Cabe destacar que desde entonces no se han desarrollado dichos convenios reguladores de ámbito mundial. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000, que se examinan más adelante, establecen objetivos relacionados con la salud que se centran más en el fomento de la ayuda al desarrollo mundial para la salud, la educación y los servicios sociales en los países de bajos ingresos en lugar que, en torno a reformas económicas mundiales más amplias, estimulando y dando influencia política a una serie de nuevas instituciones y fondos mundiales y fundaciones privadas mundiales (Buse y Hawkes, 2015).

Los debates y el encuadre de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015 revelan las voces y los debates sobre los determinantes mundiales de la salud y los procesos a nivel mundial que construyen la hegemonía. A partir de principios de 2011, las consultas iniciadas por la ONU sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015 trataron de elaborar una agenda sucesora de los ODM y de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo Río+20. Un grupo de trabajo recibió aportaciones de diversas fuentes, grupos de interés común y regiones. Dirigido por el Reino Unido, una corriente "posterior a los ODM" continuó el enfoque de la ayuda internacional y el desarrollo técnico. Un segundo, con fuertes voces de países del sur, actores del medio ambiente y la equidad, desafió la actual trayectoria de desarrollo y sus inherentes desigualdades como una cuestión sociopolítica (Fukuda-Parr, 2019). Ambas corrientes reconocieron la desigualdad, pero con perspectivas diferentes sobre si ésta implicaba abordar la desigualdad distributiva del poder y la riqueza entre los grupos sociales y los países, o si implicaba centrarse únicamente en la exclusión de las poblaciones vulnerables y marginadas. Los debates en torno a estas perspectivas se cristalizaron en torno a si incluir un objetivo específico sobre la desigualdad, promovido por el G77 y China y al que se opusieron los países occidentales (Fukuda-Parr, 2019).

El Banco Mundial promovió el concepto de poner fin a la pobreza extrema y promover la "prosperidad compartida", a través del crecimiento sostenido de los ingresos del 40% más pobre de la población. Fue ampliamente cuestionado por no abordar el aumento de la desigualdad mediante una creciente concentración de la riqueza en el 10% superior, dentro y entre los países. Este desafío se evitó de una manera que enmascaró la influencia política y ejerció hegemonía al trasladar el debate a un comité técnico y centrarse en cómo "enmarcar" y medir los objetivos (Fukuda-Parr, 2019). Cuando la Asamblea General de la ONU estableció los 17 ODS ambientales, sociales y económicos, mientras que el objetivo 10 sí abordaba la desigualdad, su encuadre y sus objetivos y el llamamiento a "no dejar a nadie atrás" reflejaban la perspectiva de la exclusión social y la reducción de la pobreza, con indicadores que se centraban estrechamente en las características del género, la edad, la discapacidad y la ubicación y no mencionaban las características estructurales como la riqueza/ingresos, la etnia, la religión o la raza (Fukuda-Parr, 2019).

En sus compromisos multisectoriales, incluidos los relacionados con la seguridad alimentaria, la igualdad entre los géneros, el agua potable y el saneamiento, las ciudades seguras e inclusivas y las sociedades inclusivas pacíficas, los ODS integraron cuestiones clave que afectan a las sociedades saludables y situaron su resolución como un deber de los gobiernos (Commonwealth Secretariat, 2016; Ridgway et al., 2019). Sin embargo, los debates en su marco sugieren que, si bien afirmaron la hegemonía de un conjunto de ideas, dejaron sin atender muchas de las expectativas de los países y los agentes sociales de que se ocuparan de la determinación mundial de estas condiciones para las sociedades saludables. En un contexto de crisis neoliberal, desigualdad social y protesta descrito anteriormente, fue la "Declaración de Shanghái" de la 9ª Conferencia Mundial de Líderes de la Salud de 2016 la que adoptó una posición mundial más desafiante sobre los determinantes estructurales, comerciales y mundiales y los deberes de los diferentes actores y sectores para abordarlos, pidiendo un compromiso de toda la *sociedad* y una "acción colectiva mundial" para promover la equidad, y para hacer frente a "las poderosas fuerzas comerciales que trabajan para contrarrestar la salud" (OMS, 2016). De este modo, se puso de relieve una demanda continua de que se aborden los determinantes mundiales y de economía política de la salud, que se abordarán más adelante en los debates sobre la salud planetaria.

2.1.2 El paradigma patogénico y biomédico

El paradigma de los determinantes sociales examinado anteriormente ha tenido una trayectoria en desarrollo, pero es un paradigma patogénico y biomédico el que, en general, ha sido más dominante en la salud en la historia moderna. Ya en el año 460 A.C., los registros escritos informan de la propuesta de Hipócrates de que los agentes externos causan enfermedades, siendo la principal relación para lograr una sociedad saludable una relación terapéutica entre los individuos y los médicos (Franco et al., 2014). Estas ideas se impulsaron durante y después del renacimiento europeo y en la revolución industrial a medida que los avances científicos identificaron los "gérmenes" y otros factores inmediatos en la causa de las enfermedades, aunque sin identificar sus orígenes sociales (Giovanni et al., 2011; Ridgway et al., 2019). La "teoría de los gérmenes" dio lugar a una serie de reformas "sanitarias" de la salud pública en los países. Estos enfoques informaron la cooperación internacional en las Américas, a través de la Oficina Sanitaria Internacional de 1902, posteriormente rebautizada Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), precursora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y en las comisiones internacionales e informes de inteligencia de la OSSN sobre el control de enfermedades (Fidler, 2009; Brown et al., 2006). Si bien estas medidas sanitarias mejoraron la salud en los lugares donde se aplicaron en Europa y los EE.UU., no se aplicaron universalmente en las colonias, como se analiza más adelante en las experiencias de otras regiones.

El paradigma patogénico informaba una expectativa optimista de que las causas de las enfermedades podrían ser erradicadas por la tecnología. Esta idea encajaba bien con los esfuerzos de la Guerra Fría de EE.UU. para promover la modernización con una reforma social limitada. La "Batalla Global contra la Enfermedad" de la OMS de 1958 asumió este paradigma y una exitosa campaña de vacunación para erradicar la viruela le dio el apoyo necesario. Sin embargo, el fracaso de una campaña de erradicación de la malaria impulsada tecnológicamente de manera similar en 1955-1969 llevó a la Asamblea Mundial de la Salud de 1969 a declarar que la erradicación era inviable en muchas partes del mundo (Brown et al., 2006).

Cuando la Declaración de Alma Ata de 1978 sobre la APS promovió un enfoque más holístico, político y de los determinantes sociales de la salud de la población, como se ha señalado anteriormente, lo que siguió a Alma Ata revitalizó el enfoque biomédico. Una segunda crisis del petróleo en 1979, una recesión mundial a principios de la década de 1980 y una crisis de la deuda en muchos países fueron aprovechadas por el consenso de Washington de los gobiernos de derecha de los EE.UU. y Europa y las instituciones de Bretton Woods para profundizar las reformas neoliberales que favorecen el libre comercio, desregular los mercados financieros y laborales y reducir los presupuestos sociales como respuesta necesaria a la crisis. Los programas de ajuste estructural se aplicaron en muchos países de ingresos bajos y medios (Fidler, 2009). Protegiendo las ideas neoliberales de que la libre circulación mundial de capitales y comercio era esencial para el crecimiento, el consenso de Washington sostuvo que la riqueza del crecimiento macroeconómico "chorrearía" y mejoraría la salud de la población. Se dijo que los déficits sociales causados por estas medidas eran transitorios y se abordaban mediante planes sociales específicos con ayuda para los países de bajos ingresos.

El predominio de este consenso y sus demandas asociadas de limitaciones fiscales y eficiencia económica en el sector de la salud dieron impulso a la agencia estadounidense, el Banco Mundial y el UNICEF en la búsqueda de enfoques biomédicos, eclipsando a la OMS en su aplicación de recursos institucionales y poder a sus ideas. Sin cuestionar el argumento de que el aumento de la riqueza era una condición previa para mejorar la salud, se argumentó que la APS integral era inviable. Así pues, la APS *selectiva* se desarrolló en una reunión celebrada en Bellagio en 1979, patrocinada por la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial. En ella se proponía un conjunto de intervenciones técnicas de bajo costo, puestas en práctica bajo la sigla "GOBI" (Vigilancia del crecimiento para combatir la malnutrición en los niños, Técnicas de rehidratación oral para vencer las enfermedades diarreicas, Lactancia materna para proteger a los niños e Inmunizaciones) (Brown et al., 2006).

La atención mundial en materia de salud se centró en la gestión de las "emergencias" de alta mortalidad, a pesar de sus determinantes socioeconómicos (Fidler, 2009). El aumento del VIH a finales de la década de 1980 y el resurgimiento de la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas dieron un nuevo impulso a los esfuerzos y la financiación mundiales para pasar de la APS y la salud pública integral a medidas de diagnóstico, medicina y tecnología de vacunas para enfermedades específicas, con una creciente influencia política en el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) como financiador de medicamentos, la Alianza Mundial para la Vacunación (GAVI) y la Fundación Gates por su papel en el desarrollo de la tecnología sanitaria. En el informe de 2001 de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS se proporcionaron argumentos económicos para determinar las enfermedades y los programas rentables a los que se debe dar prioridad para mejorar la salud de la población, aplicados mediante paquetes de beneficios esenciales (Brown et al., 2006). El activismo en materia de tratamientos y el compromiso político en la Organización Mundial del Comercio y la Declaración de Doha sobre los ADPIC en 2001 se ocuparon del acceso a estas tecnologías sanitarias cuando era necesario como un derecho. Éstas presentaban importantes reivindicaciones para los agentes económicos, pero dejaban el control sobre su patentamiento y producción en gran medida en los países de ingresos altos y medios y en los países de bajos ingresos que dependían de la ayuda para el desarrollo para obtenerlas, por lo que continuaba el debate mundial sobre el control de las patentes, la investigación y el desarrollo (Fidler, 2009; Howard y Gunther, 2012).

Los ODM del 2000 reflejaban en gran medida esta concepción de una sociedad saludable que se lograba mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad en condiciones de alta carga a través de intervenciones de costo efectivo, específicamente para los niños menores de 5 años; las madres; el VIH, la tuberculosis y la malaria; y para los países de ingresos bajos y medios. El hecho de tener objetivos mundiales amplió la responsabilidad de su logro, reafirmando el papel de los estados y sus deberes para con la salud de las poblaciones, en parte en respuesta al activismo sobre el VIH y las enfermedades/tratamientos (Marten, 2018; Brandt, 2013). Sin embargo, los ODM no cuestionaron el paradigma biomédico, limitando el enfoque a problemas "prioritarios" específicos de enfermedad o mortalidad, como lo había hecho anteriormente la APS selectiva. Pasaron de centrarse en lo que era técnica y científicamente viable para la salud de la población a lo que era asequible y podía financiarse mediante la ayuda bilateral y las instituciones mundiales como la GAVI y el (FMSTM). Esto dejó muchos desafíos sanitarios sin gestionar, incluidos los que causan el aumento de las

enfermedades crónicas (Marten, 2018; Buse y Hawkes, 2015). Si bien los ODS integraron muchas de las condiciones sociales que afectan a la salud, situaron la función del sector de la salud dentro del objetivo de la cobertura sanitaria universal (CSU), objetivo que se perfiló en la declaración de Astana de 2018 en conmemoración de la APS (Rifkin, 2020). La CSU ha permitido un enfoque basado en los derechos para el acceso universal a la atención de la salud, pero también se ha enmarcado en muchos países en términos de los servicios que se pueden satisfacer con la financiación de los seguros, lo que ha dado lugar a que se preste mayor atención a los servicios biomédicos que a los determinantes y las medidas más amplias planteadas en Alma Ata y los procesos de política internacional posteriores. Más adelante se examinan las consecuencias de la adopción de un enfoque biomédico dominante para lograr sociedades saludables en relación con los nuevos desafíos, como las pandemias.

2.1.3 Integración de los derechos humanos

A lo largo de los años, un enfoque basado en los derechos humanos ha interactuado tanto con los determinantes sociales como con el paradigma biomédico, y se ha aplicado en ambos. La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948 estableció una base de derechos humanos que ha servido de fundamento a las políticas mundiales, situando la salud en el marco del derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye la alimentación, el vestido, la vivienda, los servicios sanitarios y sociales y la protección social (Gostin et al., 2018). La OMS puso en práctica la DUDH en materia de salud a través de su constitución, *creando una base basada en los derechos para la gobernanza mundial de la salud... que ... representaba la conceptualización más amplia del mundo de la responsabilidad internacional por la salud* (Gostin et al., 2018:2731). La Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de la ONU destacó tanto la atención médica como los determinantes subyacentes de la salud, abarcando tanto los derechos de salud del paciente como los de la población.

En la Guerra Fría, los estados occidentales abrazaron los derechos civiles y políticos y el bloque soviético enfatizó los derechos económicos y sociales. Esto dividió el amplio marco de la DUDH en dos pactos de derechos separados: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. Estos dos marcos conllevaban tensiones implícitas entre los derechos individuales y colectivos, que resonaban respectivamente con los valores afirmados en las ideologías capitalistas y socialistas. La oposición de los EE.UU. a los derechos socioeconómicos y su fuerte promoción de los derechos individuales dio lugar a una definición estrecha del derecho a la salud y los determinantes de la salud en el PIDESC como el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Al mismo tiempo, la OMS observó que "la gente está empezando a pedir la salud y a considerarla un derecho" (Gostin et al., 2018:2732). Los derechos sociales y económicos se pusieron de relieve en el llamamiento de un Nuevo Orden Económico Internacional, y en la Declaración de Alma Ata de 1978 en el llamamiento de un desarrollo socioeconómico participativo y de base amplia para lograr una APS integral. Un enfoque de derechos y una óptica de determinantes sociales resonaron *como medidas diferentes pero superpuestas de bienestar humano y auto-realización* (Kenyon et al., 2018:1).

A finales de la década de 1980, la sociedad civil y los activistas en pro del tratamiento de todos los países, pero en particular en los EE.UU., el Brasil, la India y Sudáfrica, desarrollaron un fuerte movimiento social con influencia mundial sobre el derecho a los medicamentos para el VIH, situando la defensa de los derechos políticos y económicos en el marco de un paradigma biomédico (Nunn et al., 2012; Brandt, 2013). La OMS también integró este vínculo entre la atención de la salud y los derechos humanos en su Programa Mundial sobre el SIDA de 1987, dirigido por Jonathan Mann, como un marco basado en los derechos para la salud mundial (Gostin et al., 2018). El movimiento contribuyó a la creación del ONUSIDA en 1994. Estos acontecimientos sugirieron que el activismo social que utiliza un enfoque basado en los derechos humanos podría superar algunos de los poderosos intereses que obstaculizan la acción sanitaria. Señaló formas de anclar el desarrollo de la salud en las capacidades de los reclamantes y de los titulares de deberes y en los sistemas de aplicación de la ley y obligaciones como cuestión de derecho, políticas y procesos. Así pues, procuraba trasladar la acción del ámbito facultativo de la benevolencia y la ayuda al ámbito obligatorio del derecho, situando a las personas como reclamantes activos de derechos, en lugar de beneficiarios pasivos de las políticas, prestando atención a los mecanismos y procesos para ejercer las reclamaciones y hacer que los titulares de deberes rindan cuentas (OMS, sin fecha; Loewenson, 2012).

En parte gracias a un contexto posterior a la Guerra Fría, una Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en 1993 afirmó la perspectiva de que todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados. Al reunir los derechos socioeconómicos y los derechos civiles/políticos en un solo marco se puso de relieve el papel del poder en la realización de los derechos y de la agencia y participación colectivas como factores determinantes de la equidad sanitaria (Kenyon et al., 2018). Por ejemplo, los fuertes movimientos sociales en pro de la igualdad de género informaron a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y a la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, en las que se vincularon los derechos civiles y políticos con los derechos económicos y sociales como fundamento de la salud sexual y reproductiva. Esas iniciativas reforzaron aún más el activismo y el enfoque basado en los derechos en materia de salud, y en 1997 la OMS contrató a su primer asesor en derechos humanos para poner en práctica un enfoque basado en los derechos en sus programas y colaborar con el sistema de derechos humanos de la ONU. La ONU añadió la Observación General 14 al PIDESC, ampliando en su interpretación autorizada del derecho a la salud no sólo la atención de la salud preventiva y curativa, sino también como derechos a los factores determinantes de la salud, como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación y la igualdad. Si bien el derecho a la atención de la salud como un derecho, y no como un producto básico del mercado, vinculó la prestación a los derechos a un paradigma biomédico, las muchas otras esferas abarcadas vinculan el marco de los derechos a la salud con el paradigma de los determinantes sociales. Los pactos de la OMS citados anteriormente reforzaron este hecho. Por ejemplo, la revisión del RSI de 2005 incluyó como pilar "el pleno respeto de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas", minimizando las restricciones a las libertades individuales y prohibiendo la discriminación en las medidas sanitarias (Gostin et al., 2018). En la CDSS de la OMS de 2008 se elaboró la forma en que los derechos relacionados con los determinantes sociales podían aplicarse para promover la equidad en materia de salud (Chapman, 2010).

Con las deficiencias en la realización de los derechos de salud, incluso para los servicios de atención de la salud, el concepto de realización progresiva se ha convertido en una cuestión clave. A ello se une la adecuación de los ingresos públicos y fiscales, los recursos y las capacidades para cumplir los deberes y las oportunidades y el espacio político para reclamar los derechos y hacer que el estado -y los agentes privados- se responsabilicen cumplir con los derechos de salud (Kenyon et al., 2018). En el plano mundial, el Consejo de Derechos Humanos proporcionó nuevos mecanismos para la rendición de cuentas en materia de salud pública, incluidos las revisiones periódicas, con la función de que la sociedad civil haga responsables a los gobiernos de la aplicación de los derechos humanos relacionados con la salud. La salud figuraba en casi una cuarta parte de todas las recomendaciones formuladas en el primer ciclo de esos mecanismos, con especial atención a la violencia de género (Gostin et al., 2018). En el debate posterior sobre las regiones meridionales que se examina en este documento se destaca que, si bien las medidas sociales sobre los derechos sanitarios han abordado diferentes cuestiones en esas regiones, han integrado sistemáticamente la demanda de justicia y el ejercicio del poder social en sistemas que se considera que se desvían contra los grupos y clases sociales marginados.

2.1.4 El surgimiento de la salud planetaria como paradigma de bienestar ecológico

En la segunda década del 2000 ha surgido un *paradigma de salud planetaria* emergente basado en los determinantes sociales para elevar los ecosistemas clave esenciales para el bienestar y los recursos, las políticas y las acciones que dañan o permiten la supervivencia y el bienestar sostenidos e intergeneracionales. Las ciencias climáticas y de la tierra expusieron los determinantes ecológicos del bienestar, mostrando su impacto inmediato e intergeneracional en la salud y las emergencias. Otras evidencias demostraron que políticas como las que promueven opciones dietéticas más sostenibles, la energía con cero emisiones de carbono y los sistemas de transporte pueden mejorar la salud y mitigar el cambio climático (HSHPG, 2020). La salud planetaria vinculó los objetivos de salud, bienestar y equidad a los impactos de los sistemas humanos en la naturaleza y a los límites ambientales seguros dentro de los cuales la humanidad puede prosperar. Partiendo de una comprensión mecanicista y jerárquica de la vida en términos de causa y efecto, aplicó nuevas formas de entender los procesos complejos y la interdependencia (De Angulo y Losada, 2014).

La Conferencia de la ONU sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro en 1992, ya había planteado el medio ambiente sostenible como una cuestión mundial intergeneracional (Ridgway et al., 2019). Dos décadas más tarde, la Conferencia de las Partes (COP) en 2011 estableció 20 Objetivos Mundiales de Aichi para la Biodiversidad con el fin de orientar los esfuerzos nacionales e internacionales para conservar la diversidad biológica, todos ellos con algún vínculo con la salud y el bienestar. Un Programa de Trabajo Conjunto de la Secretaría de la COP sobre la Biodiversidad y la Salud con la OMS elaboró un Plan Estratégico 2011-2020 para la biodiversidad (Whitmee et al., 2015).

La salud planetaria aportó un análisis más estructural y global de los ecosistemas y la salud a los conceptos anteriores de "Una Salud" y "EcoSalud", analizados en la sección sobre los países de AOM. Fue enmarcado por Horton y Lo (2015) como una evolución de la salud pública y crítico para lograr los ODS, con la evidencia y el discurso amplificados en una nueva revista de *Lancet Planetary Health* e iniciativas apoyadas por la Fundación Rockefeller, con sede en los EE.UU., y el Wellcome Trust, con sede en el Reino Unido (Pongsiri et al., 2019). Como paradigma emergente y aún en desarrollo, ha aplicado un paradigma de determinantes sociales a las cuestiones relativas a los ecosistemas a escala planetaria (Lerner y Berg, 2017).

Al mismo tiempo, las huelgas climáticas -muchas de ellas encabezadas por jóvenes-, las protestas sociales y los debates solicitaban un cambio transformador más profundo, que desafiara las políticas económicas y de austeridad, la privatización de los servicios públicos y el agotamiento de la biodiversidad (Mersmann et al., 2014). La degradación del medio ambiente, la biodiversidad y la amenaza del cambio climático han intensificado la demanda y se centran en los determinantes mundiales de la salud, incluidas las desigualdades en cuanto a las cargas, los beneficios, las capacidades y los riesgos para el bienestar en el marco de la actual economía política mundial y en el poder en el seno de las instituciones de regulación mundial. Siguiendo el camino de la Declaración de Shanghái de 2016, los defensores de la salud planetaria, como en la Comisión de la Lancet sobre Salud Planetaria de 2015, han solicitado que se adopten medidas para hacer frente a los intereses creados y a los desequilibrios de poder que socavan unas pautas de consumo más sostenibles y equitativas (Whitmee et al., 2015).

2.1.5 La escalada de un paradigma centrado en la bioseguridad

A medida que estas nuevas ideas de ubicar una sociedad saludable dentro de un planeta saludable fueron ganando atención, el paradigma patogénico y su enfoque en intervenciones técnicas también adquirió un nuevo impulso en el *paradigma de la bioseguridad*, en respuesta a emergencias y pandemias recurrentes.

Ya en el siglo XIV, las interacciones de la política exterior europea trataron de contener los riesgos transfronterizos para la salud en el comercio y los intereses económicos y de seguridad, incluso en la planificación de los asentamientos coloniales y en la cuarentena de los grupos sociales que se consideraban un riesgo para la salud (Loewenson et al., 2014). En 1919, tras la pandemia de gripe de 1918, los EE.UU. establecieron una Oficina Internacional de Lucha contra las Epidemias, y en 1920 la OSSI administró los acuerdos sanitarios internacionales y el rápido intercambio de información sobre salud pública, tarea que más tarde asumió la OMS en el RSI (Spinney, 2020; Brown et al., 2006). La epidemia de gripe de 1918 también dio perfil a las teorías eugenésicas que apuntaban a genes "inferiores" en lugar de a entornos pobres para explicar el riesgo de los trabajadores en la epidemia. Las mismas explicaciones de la inferioridad biológica de los grupos colonizados sirvieron de base para los *enfoques coloniales centrados en la bioseguridad* que segregaban y ponían en cuarentena a las personas que se consideraban portadoras de la enfermedad (Spinney, 2020). Las teorías eugenésicas permitieron un discurso sobre la raza y la etnia que encontró su lugar en los virulentos nacionalismos y el fascismo de los años treinta en Europa (Carter, 2019).

El período posterior a la guerra fría en la década de 1980 y el final del sistema bipolar abrieron el espacio para que los países reconceptualizaran la "seguridad" para incluir amenazas más allá de las que emanan de la acción militar de los estados enemigos. Si bien esto incluía los conceptos de seguridad humana y colectiva, señalados anteriormente, se dio mayor relieve a desafíos como las pandemias y la resistencia antimicrobiana en las décadas de 1990 y de 2000 como amenazas a la seguridad nacional e internacional (Fidler, 2009; Reich et al., 2011). Los EE.UU. crearon sus Centros

para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para responder a lo que identificaron como "amenazas mundiales de enfermedades infecciosas". El informe sobre la Salud Internacional del Instituto de Medicina de los EE.UU. de 1997, la Estrategia de los CDC para el siglo XXI de 1998 y el Sistema de Vigilancia y Respuesta a las Infecciones Emergentes Mundiales del Departamento de Defensa de los EE.UU. de 2001 tenían por objeto proteger a la población local y los intereses económicos de las amenazas patógenas (Fidler, 2009; Brown et al., 2006).

La bioseguridad se ha acentuado aún más en la formulación de políticas mundiales en la década de 2000, en respuesta a las pandemias, las armas biológicas, la biotecnología y el bioterrorismo (Fidler, 2009). El atentado terrorista del 11 de septiembre en los EE.UU. puede haber dado un impulso aún mayor al ya creciente interés de los EE.UU. por las amenazas externas a la salud, como se ha señalado anteriormente. La OMS ha definido la bioseguridad como la prevención, detección y respuesta a las amenazas de enfermedades infecciosas de interés internacional para limitar la morbilidad transfronteriza y sus repercusiones (OMS, 2007). Sin embargo, existe un debate aún no resuelto sobre la forma en que la bioseguridad se relaciona con la seguridad sanitaria mundial y si ésta se limita a la bioseguridad o debe utilizarse para elevar el perfil mundial de una gama más amplia de cuestiones de salud y seguridad humana, como en el reconocimiento por el Consejo de Seguridad de la ONU del VIH como una amenaza para la paz y la seguridad (Snowden, 2019; Kamradt-Scott y Wroczynski, 2016). Si bien los diferentes actores han dado un significado diferente al término "seguridad sanitaria mundial" y lo han utilizado de diferentes maneras, la atención a las enfermedades infecciosas se ha intensificado tras la serie de pandemias de la década de 2000 (SARS en 2003, MERS en 2012 y Ébola en 2014-2016) (Rushton, 2011; Heymann et al., 2015). En 2014, una Agenda de Seguridad Sanitaria Mundial, lanzada con el apoyo de los EE.UU., incluía a 69 países, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y empresas del sector privado que trataban de responder a las "amenazas sanitarias mundiales que plantean las enfermedades infecciosas" (GHSA, 2020, en línea).

La pandemia de la COVID-19 proporciona una óptica aún en desarrollo sobre cómo estos paradigmas se están aplicando a nivel mundial. Si bien no es posible abordar esto de manera exhaustiva en el marco de este documento, y aunque la pandemia ha dado lugar a una amplia movilización de diferentes respuestas en todos los países y regiones, la más dominante parece haber sido un enfoque centrado en la bioseguridad, impulsado en gran medida por los principios de cuarentena y control que se han aplicado durante siglos. Ha desencadenado muchas respuestas autoritarias, reactivas, centralizadas y coercitivas, que no responden a las condiciones y comunidades locales. También se ha asociado con el proteccionismo nacional y el almacenamiento de tecnologías sanitarias esenciales, a pesar de los llamamientos de la ONU en pro de la seguridad colectiva y la defensa de que éstas sean bienes públicos mundiales, la crítica de los posibles daños a la salud pública que se derivan de estos enfoques y la preocupación de que dejen sin abordar la intensificación de la economía política y los determinantes ecosistémicos de las pandemias (Paul et al., 2020; Loewenson et al., 2020; Wallace et al., 2020).

Como una pandemia prolongada todavía en curso en el momento de redactar el presente documento, la COVID-19 también ha puesto de manifiesto características críticas de la economía política actual que socavan o aumentan el bienestar desde el nivel local hasta el mundial, incluso en lo que respecta a la desigualdad socioeconómica en materia de riesgo y vulnerabilidad y la desigualdad e inseguridad socioeconómicas generadas por las respuestas a la misma.

Ha generado un debate sobre la respuesta mundial. Por ejemplo, si bien muchos países de altos ingresos han acaparado productos sanitarios esenciales y han comprado por adelantado las existencias mundiales de vacunas disponibles, también se han hecho llamamientos desde el plano nacional hasta el de la ONU para que se trate a la COVID-19 como una responsabilidad mundial y colectiva y para que se levanten los estándares de la OMC que constituyen un obstáculo para que las tecnologías sanitarias se pongan a disposición como bienes públicos mundiales. La pandemia ha desencadenado respuestas integrales y solidarias en algunos entornos, y respuestas reactivas, autoritarias y a veces militarizadas en otros. Ha intensificado las respuestas populistas, con violaciones de derechos y privatizaciones, aunque también ha abierto nuevos debates sobre los derechos públicos y las obligaciones estatales desde el ámbito local hasta el mundial (Loewenson et al., 2020). Las consecuencias de estos debates se examinan más a fondo en la *Sección 3*.

2.1.6 Un contexto mundial de expansión colonial que afecta a las tres regiones del sur

Las siguientes subsecciones exploran los paradigmas y su adopción de políticas en las tres regiones del sur cubiertas. Si bien el enfoque del documento posterior a Alma Ata es posterior a la expansión colonial en esas tres regiones, todos sus paradigmas actuales reflejan en cierta medida la diversidad de etnias, culturas y sistemas de conocimientos indígenas en sus historias precoloniales y el impacto del colonialismo. En las tres regiones, la expansión capitalista colonial trajo consigo un nuevo poder militar, material, institucional, científico e ideológico, que se utilizó para suprimir los modos de producción, los conocimientos y las culturas locales y para establecer modos de producción extractivos que trajeron consigo importantes desigualdades raciales y étnicas en la condición jurídica y social, en el acceso a los recursos de producción, el empleo y los ingresos, y en las condiciones de vida y sociales que perjudicaron y marginaron a los pueblos indígenas (Maldonado, 2010; Cornia y Mwabu, 1997). La expansión colonial trajo a todas las regiones epidemias de nuevas enfermedades causadas por microbios desconocidos hasta entonces y, junto con la esclavitud y el desplazamiento forzado de millones de africanos, diezmo las poblaciones locales (Cáceres, 2003). El conocimiento eurocéntrico introdujo nuevas tecnologías, instituciones e infraestructuras, pero también suprimió los idiomas, las culturas, los sistemas y los recursos locales. Si bien el colonialismo generó importantes recursos para las economías de los países de altos ingresos, dejó un legado de altos niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades y lesiones prevenibles en las tres regiones (Cornia y Mwabu, 1997; OMS AFRO, 2014; Maldonado, 2010). Si bien el contexto de las tres regiones era diferente, se consideró que el mejoramiento de la salud y el bienestar social era importante para la legitimidad política y el apoyo electoral de la sociedad postcolonial en las tres.

2.2 "Buen vivir" y la medicina social en América Latina

América Latina incluye países con diferentes sistemas e historias políticas y de gobierno y grupos sociales diversos. Así pues, en los distintos países se han adoptado diversos enfoques, como el enfoque patogénico de las misiones católicas que segrega a los grupos de población, o los enfoques de seguridad social y seguro médico (*obras sociales*) promovidos por los sindicatos de la Argentina y el Uruguay. En el presente documento nos centramos en dos paradigmas de sociedades saludables que han sido persistentes, generalizados y con repercusiones políticas en muchos países después de 1970. Se trata de un *paradigma de Buen Vivir*, asociado a la *Salud Intercultural* (resumido como "BV/SIC"), y un paradigma de *medicina social (MS)*. Tras la aplicación colonial del paradigma patogénico, descrito anteriormente, ambos se configuraron dentro de la región antes de Alma Ata, pero tuvieron apoyo político o social e influencia política después de los años setenta, coexistiendo o enfrentándose a los enfoques patogénicos/biomédicos. Ambos siguen siendo pertinentes para los desafíos actuales.

2.2.1 El buen vivir y la salud intercultural restaurando el respeto por las culturas y la naturaleza

El Buen vivir (BV) se basaba en las creencias indígenas andinas, vinculadas al respeto de la naturaleza ("madre tierra" o Pachamama), las prácticas de higiene y los rasgos comunes de los estándares precoloniales de las diferentes culturas y etnias andinas (Monteverde, 2011). BV, o *Sumaq Kawsay* en quechua, el idioma local, significa "vida en plenitud" o "existencia plena". La vida se centra en la comunidad, los intereses colectivos, la complementariedad y la reciprocidad, en armonía y equilibrio con la naturaleza y las fuerzas cósmicas espirituales. Los seres humanos son vistos como una simple hebra de una ecología más amplia (Maldonado, 2010).

Las ideas de BV o *Sumaq Kawsay* surgieron durante el período colonial con *cronistas* de tradiciones precoloniales como Felipe Huamán Poma de Ayala y Garcilazo Inca de la Vega. Más recientemente, el desarrollo de BV por parte de académicos como Acosta, Gudynas, Mamani, Huanacuni contribuyó a su creciente prominencia e influencia política, al igual que su promoción por parte de los movimientos indígenas contemporáneos y por los movimientos políticos anticoloniales y antineoliberales que llevaron al poder a gobiernos de izquierda a partir de la década de 1980 en numerosos países, entre ellos Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela. Las ideas de bienestar colectivo y de equilibrio con la naturaleza resonaron sociopolíticamente, dada la expropiación y extracción de tierras y otros recursos naturales, los amplios déficits sociales y el racismo descritos anteriormente, en particular para los pueblos indígenas y mestizos marginados (OPS,OMS, 2019).

Las organizaciones de los pueblos indígenas, como la CONAIE en Ecuador, integraron a BV en sus campañas de justicia social, derechos humanos y medio ambiente. Al hacer frente a las

consecuencias locales negativas de la globalización y al apoyar enfoques holísticos del bienestar social, BV resonó con las aspiraciones políticas y de justicia social de los gobiernos de izquierda y de sus representados que los eligieron en las décadas de 1980 y 1990. Se integró en las ideologías de la Alianza Bolivariana para los pueblos de nuestra América (ALBA) de Venezuela en 2004, y en 2008 en la UNASUR, patrocinada por el Brasil, que abarca 12 países (Hidalgo-Capitán y Cubillo-Guevara, 2017). Se incluyó explícitamente en las constituciones de Ecuador y Bolivia como marco para la formulación de políticas (Hermida, 2011; Barie, 2014). Estas medidas respondían a la intención de los gobiernos de izquierda y los movimientos sociales de promover la justicia social en materia de salud, integrando en la protección del medio ambiente, la diversidad cultural, la soberanía nacional y de los pueblos y las perspectivas anticoloniales y antiimperialistas (Rodríguez, 2013).

Estas ideas motivaron la aplicación de políticas sociales que generaron mejoras en la salud, la educación y en la reducción de la pobreza y la desigualdad social (CEPAL, 2015a). No obstante, estos gobiernos se enfrentaron a muchos desafíos en la aplicación de las políticas económicas que implicaba BV, en particular dada la falta de una transformación efectiva para dejar de depender de un sector extractivo extranjero de propiedad privada que se resistía a las reparaciones sociales y ambientales y a unos términos de intercambio profundamente integrados en la economía mundial. Esto trajo consigo un conflicto entre los gobiernos y los mismos movimientos indígenas que los habían llevado al poder.

Así pues, la expresión más dominante de BV fue menos en su confrontación con los determinantes estructurales de la economía y más en su integración del respeto a la diversidad cultural. Como reflejo de esto, un concepto de estados "plurinacionales" reconoció explícita y legalmente la naturaleza multiétnica y los derechos de los pueblos indígenas en estos estados. En países como Ecuador y Bolivia, el concepto integró el reconocimiento de la diversidad de las culturas, los conocimientos y los pueblos indígenas y su coordinación e inclusión en las políticas sociales y económicas (Fernández, 2010). En el ámbito de la salud, esto se expresó como un enfoque de *salud intercultural* (SIC). La SIC se enfrentó a la alienación sociocultural del colonialismo, la globalización y las profundas desigualdades y el racismo que se experimentaban en ambos casos. Estableció el 'derecho a ser diferente', a participar y a coexistir en todos los niveles (Fernández, 2010).

La SIC integraba la salud tradicional indígena, la agricultura orgánica, los conocimientos y prácticas alimentarias y las terapias de hierbas naturales que habían seguido siendo aceptadas y utilizadas. Se le dio forma contemporánea en la década de 1950 en los *Programas de Salud en la Situación Intercultural* de la región (Aguirre, 1955). Estos programas integraron el conocimiento biomédico con el respeto a la diversidad cultural y de género, el poder y los roles de la comunidad dentro de un enfoque integral de APS (Salaverry, 2010).

La OPS/OMS y el Organismo Regional Andino de Salud (ORAS-CONHU) SIC promovieron estos enfoques en la década de 2000. La UNESCO, la OIT en el Convenio 169 y la ONU en su Declaración sobre los Pueblos Indígenas y su derecho a la salud (OPS, OMS, 2017a) les dieron un nuevo impulso y una mayor aceptación en la región. La OPS vinculó la SIC a la equidad, los derechos y el respeto mutuo de las distintas personas y sus entornos naturales, necesarios para obtener resultados sanitarios universales y, más recientemente, para lograr los ODS de la ONU (OPS, OMS, 2017a).

La Conferencia Sanitaria Panamericana de 2017 consolidó aún más la SIC en la política de salud étnica de la OPS (OPS, OMS, 2017a). La OPS estableció un trabajo técnico sobre la SIC, en el que participaron organizaciones de pueblos indígenas, expertos técnicos y algunos gobiernos de la región, construyendo un cuerpo de teoría, herramientas, capacitación y acuerdos intergubernamentales para hacer operativo el enfoque de la SIC (OPS, OMS, 2017b). No obstante, la aplicación de la BV/SIC sigue siendo más limitada que las aspiraciones de transformación de sus ideas, en particular después de la elección de gobiernos más conservadores y favorables al mercado. No obstante, sigue siendo defendida por grupos indígenas, partidos de izquierda y organizaciones progresistas de la región y sigue teniendo eco en los movimientos internacionales más amplios planteados anteriormente, como los relativos a la salud planetaria y la APS.

2.2.2 El paradigma de medicina social/determinación social que influye en las políticas y en la política

Como se planteó en la *Sección 2.1.1*, la MS europea promovió un enfoque de determinantes sociales, vinculando los resultados de la salud con sus causas sociales, políticas y ambientales. En América Latina, la MS resonó con las luchas por la justicia social y con una crítica a los déficits de salud que se abordan a través de la atención filantrópica, en lugar de a través de los servicios de salud pública como derecho (Waitzkin et al., 2011).

Las ideas de la MS en la región pueden, de hecho, remontarse a finales del siglo XVIII, cuando Eugenio Espejo, un médico ecuatoriano involucrado en la lucha por la independencia de ese país, vinculó la salud con un bienestar sociopolítico más amplio. A principios del siglo XX, los seguidores de Virchow, como Max Westenhofer, emigraron a América Latina y establecieron cursos académicos sobre la MS, formando a muchos activistas de la MS que participaban en las luchas de los trabajadores. Rechazaron explícitamente el marco biomédico de los riesgos para la salud que estaba promoviendo la Fundación Rockefeller en ese momento y propusieron un proceso compensatorio de la MS de *salud-enfermedad*, vinculando la salud a factores de la economía política (Waitzkin, 2011). En lugar de reducir las relaciones riesgo-salud a factores individuales y demográficos, las vinculaban a la clase social y a su papel en el proceso laboral. En lugar de considerar la salud como un "estado", la salud se considera un proceso dinámico. Consideraban que las intervenciones biomédicas reduccionistas enmascaraban importantes desigualdades y organizaban la evidencia sobre las condiciones laborales, de vida, de vivienda, de educación y otras condiciones sociales que afectan a la salud, exigiendo respuestas políticas y socioeconómicas, incluyendo sistemas de salud del sector público sólidos y basados en los derechos (Boron, 2012; Waitzkin, 2011). Los enfoques de la MS resonaron con el reconocimiento por parte de Paulo Freire en la década de 1960 del conocimiento como fuente de opresión o poder, con el conocimiento de la experiencia vivida y la concientización autodeterminada como fuente de poder social, incluso en la salud.

Salvador Allende fue uno de los estudiantes de un curso de la MS en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1908 y llevó las ideas adelante cuando se convirtió en Ministro de Salud y posteriormente en Presidente de Chile en 1970. El libro de Allende, *La Realidad Médico Social Chilena*, capturó las características clave de la MS, vinculando los problemas de salud comunes con los procesos de trabajo y las condiciones sociales de deuda, dependencia y subdesarrollo y su resolución a la transformación económica (Allende, 1939). Allende aplicó de la MS en las políticas económicas socialistas y en la creación de un Sistema Nacional de Salud Chileno universal financiado por los impuestos (Waitzkin, 2011). En Argentina, Ramón Carrillo y Juan Justo, como defensores de la MS, promovieron inversiones en nutrición y condiciones de vida para mejorar la salud de los trabajadores. El médico argentino Ernesto (Che) Guevara influyó en gran medida en el pensamiento de la MS en la región, incluso en la Revolución Cubana de 1959 y su introducción de un cambio socioeconómico radical e integral, incluso para abordar los determinantes del bienestar (Quijano, 2018). Los cambios estructurales en Cuba, sus logros en materia de salud gracias a los esfuerzos de múltiples sectores, la expansión de la atención primaria y las inversiones en tecnología sanitaria, la educación médica y la cooperación internacional en materia de salud inspiraron a los activistas y estudiosos de la salud pública de toda la región y de muchas partes del mundo (Waitzkin, 2011).

La Guerra Fría y la proximidad e influencia de los EE.UU. condujo a enfrentamientos con los movimientos, los gobiernos y las políticas de izquierda que promueven de la MS, y al surgimiento de las dictaduras militares señaladas anteriormente. En Chile, la muerte de Salvador Allende y el régimen militar de Augusto Pinochet en 1973 cambiaron profundamente la política hacia la introducción de políticas neoliberales, apoyadas por los EE.UU. Los cambios políticos liderados por los militares en otros países de la región condujeron a la represión, la tortura, el asesinato y el exilio de muchos activistas de la MS entre los años de las décadas de 1970 y 1990 y a la introducción de reformas en el ámbito de la salud impulsadas por el mercado (Montano, 2018; Waitzkin et al., 2011). Los que estaban en las luchas locales y en el exilio sostuvieron los debates y el desarrollo de políticas de la MS. En la década de 1970, las juntas militares de derecha gobernaban muchos países sudamericanos, con personal principalmente militar en los delegados gubernamentales de la región a la Conferencia de Alma Ata de 1978 (Waitzkin et al., 2011).

Cuando los movimientos políticos y las elecciones pusieron fin a los regímenes militares en los años noventa, muchos de los nuevos gobiernos pusieron en marcha programas sociales redistributivos y en favor de los pobres que volvieron a recurrir a enfoques de la MS. Estos enfoques fueron influenciados y contaron con el apoyo de la OPS, de redes académicas, como la unidad de MS de la UAM Xochimilco en México, y de investigadores como María Isabel Rodríguez, Asa Cristina Laurel y Jaime Breilh (Nunes, 2015). Chile implementó programas de redistribución en áreas clave de la seguridad social (Chile Solidario), el empleo (Chile Emprende) y el desarrollo infantil temprano (Chile Crece Contigo), incorporando los determinantes sociales y la equidad en su ministerio de salud y desempeñando un papel clave en la CDSS de la OMS a nivel mundial (Bedregal et al., 2014). En Brasil, donde la MS se denomina "salud colectiva", las reformas constitucionales establecieron la salud y muchos de sus determinantes como derechos, creando en 1990 el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con fondos públicos, y estableciendo una serie de políticas que abordan los determinantes sociales, como los ingresos y la ausencia de hambre (Paiva y Teixeira, 2014; Rodrigues, 2014). En el marco de su diplomacia sanitaria, el Brasil ha promovido internacionalmente desde 1990 un enfoque de los determinantes sociales estructurales y basados en los derechos, junto con el enfoque universal basado en los derechos que se aplica en su propio sistema de atención primaria de la salud. Bajo las presidencias de Lula da Silva y Dilma Rousseff, el Brasil promovió la cooperación Sur-Sur basada en la solidaridad como medio para hacer frente a la hegemonía económica del Norte, incluso en el consorcio BRICS de economías emergentes mencionado anteriormente. El país participó en la asistencia técnica para romper las dependencias de los países de altos ingresos; impugnando las barreras de propiedad intelectual para el desarrollo y la producción de tecnología sanitaria distribuida en plataformas mundiales; y jugando un papel en la convocatoria de la Conferencia Mundial sobre los DSS en 2011 (Padilha, 2011; Russo y Shankland, 2014).

La Asociación Latinoamericana de MS (ALAMES), creada en 1984 como una red de activistas, académicos y responsables de la toma de decisiones, proporcionó un mecanismo sostenido para el debate intelectual y el liderazgo político de la MS, tanto para criticar como para influir en la política sanitaria de la región. También introdujo una óptica regional de la MS en las políticas mundiales y en las posiciones del Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos (MMSP) (REDSACOL-ALAMES, 2017). De esta manera, el análisis y la política sobre MS y determinantes sociales no sólo avanzó en la región, sino también en el compromiso con las políticas globales desde una perspectiva latinoamericana, que se discute más adelante en la *Sección 3*.

2.3 Paradigmas en disputa y coexistentes en África Oriental y Meridional

En la región de AOM coexistieron tres paradigmas para sociedades saludables, lo que refleja la economía política más amplia de la región. El primer colonialismo preexistió en diferentes formas de prácticas sanitarias tradicionales y en las ideas de *ubuntu*. Aunque a menudo se le margina, persiste y resuena hoy en día con conceptos emergentes de bienestar psicosocial y ecológico. Durante la colonización y en algunas políticas de desarrollo postcolonial se aplicó un *modelo patogénico/biomédico*, con muchas de las características descritas en la *Sección 2.1.2*. El tercer paradigma abarca los esfuerzos por abordar los determinantes *estructurales y sociales de la salud*, vinculados con los objetivos de las luchas de liberación, la APS, los estados de desarrollo y el *nacionalismo de recursos* como una cuestión de justicia social. Cada uno de ellos se examina a continuación.

2.3.1 Reciprocidad en los sistemas de salud tradicionales y 'ubuntu'

La sociedad precolonial de AOM era precapitalista. Si bien tenía género y otras formas de desigualdad, la supervivencia se basaba en la reciprocidad, o *ubuntu* (un término sudafricano que se ha utilizado en toda África, con otros términos para ideas similares en otros países). El *ubuntu* aplica el dictado "yo soy, porque tú eres", en el que la persona es el "producto" de sus compañeros de comunidad y de los espíritus de sus antepasados (West, 2006; Lebesse, 2013). Se considera que la enfermedad es el resultado de relaciones perturbadas con los compañeros de la comunidad. Las evidencias biológicas, sociales, culturales, psicológicas, espirituales y sobrenaturales y los conceptos de empatía y de compartir se utilizan para explicar y remediar los problemas o para promover el bienestar, que depende de la reciprocidad, la cooperación y la interdependencia (Prinsloo, 2001). Así pues, la sociedad tradicional daba más peso a los derechos e intereses de la comunidad que al del individuo. Los diferentes sistemas de salud tradicionales de la región reflejaron esto, centrándose más allá del cuerpo en la persona y sus vínculos con los demás miembros de la

comunidad, con la naturaleza y con el mundo espiritual, y utilizando diversas prácticas, plantas y remedios sociales para hacer frente a los desequilibrios que conducen a la mala salud (Prinsloo, 2001). Se basaron en el conocimiento de las plantas, como las 1,200 plantas con beneficio terapéutico en Kenia (Gakuya et al., 2020).

En los siglos XVIII-XX, los gobiernos coloniales implementaron leyes e intervenciones para desacreditar la salud y las prácticas médicas tradicionales, etiquetándolas como "brujería" y aprobando leyes de "supresión de la brujería" que sólo se revirtieron después de mediados del siglo XX. Al mismo tiempo, las plantas medicinales africanas se cosechaban, se vendían y en muchos casos se patentaban en los sistemas coloniales y occidentales y se agotaban aún más por la destrucción del hábitat (Gakuya et al., 2020). Las expropiaciones de tierras y recursos, las perturbaciones sociales y los sistemas y servicios de conocimientos en competencia afectaron y socavaron considerablemente los paradigmas tradicionales y *ubuntu* (Ichoku et al., 2013).

No obstante, persistieron los conceptos *ubuntu* de responsabilidades colectivas y recíprocas y los sistemas de salud tradicionales, y muchos en los países de AOM los utilizan actualmente, a menudo junto con los sistemas occidentales. La unidad y la reciprocidad informaron la solidaridad en las luchas de liberación, la armonización de políticas después de la independencia y las colaboraciones transfronterizas en las iniciativas regionales de los países de AOM y en los enfoques africanos unificados en la diplomacia mundial. Nelson Mandela invocó el *Ubuntu* para promover la cohesión social y la solidaridad en torno al VIH/SIDA. Los conceptos de responsabilidades recíprocas han informado la solidaridad comunitaria a nivel local para hacer frente a la vulnerabilidad, por ejemplo, en la absorción de huérfanos del SIDA en familias extendidas o de refugiados en comunidades locales, o más recientemente en las respuestas comunitarias impulsadas por la solidaridad a la COVID-19 (Sambala et al., 2020; AMREF, 2015).

En los últimos decenios se ha prestado mayor atención a la protección de los conocimientos en los sistemas de salud tradicionales (Gakuya et al., 2020). En la década de 2000, y con una industria de medicina herbaria que se estima que tiene un valor mundial de 250,000 millones de dólares de los EE.UU., los derechos de propiedad intelectual, el control de la biopiratería de la región y el reparto equitativo de beneficios de la biodiversidad y los recursos genéticos con las comunidades locales han surgido por lo tanto como temas clave para las sociedades saludables. Estas cuestiones se han debatido en el Convenio sobre la Diversidad Biológica (CDB) de 1992, la Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres (CITES), el Protocolo Internacional sobre el Comercio (PIC), los Aspectos de los Derechos Intelectuales relacionados con el Comercio (ADPIC), el modelo de la OUA y la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Gakuya et al., 2020), como se examina más adelante.

2.3.2 Enfoques biomédicos patogénicos coloniales y poscoloniales

La colonización de África, principalmente por los países europeos, buscaba conquistar, ocupar, comerciar y beneficiarse de los recursos del continente. Los paradigmas patogénicos europeos, discutidos anteriormente, se desarrollaron en un campo de "medicina tropical" para proteger y cuidar a los colonos europeos y la mano de obra necesaria para la producción. La difusión de la religión y los sistemas médicos occidentales tenía por objeto debilitar las explicaciones y los sistemas africanos (Mokaila 2001; Loewenson et al., 2014).

Las expropiaciones de tierras y las medidas fiscales utilizadas para establecer la producción extractiva y comercial, así como las malas condiciones sociales, dieron lugar a la desnutrición y a enfermedades transmisibles en las poblaciones locales (Ichoku et al., 2013). La mayoría de los países de AOM tenían una población de colonos, y en la década de 1920 la legislación y la práctica en materia de salud pública procuraron prevenir la propagación de la enfermedad mediante asentamientos segregados y la cuarentena de las personas infectadas, prestando poca atención a garantizar condiciones de vida y de trabajo saludables (Chatora y Tumusime, 2004; Loewenson et al., 2014; Ichoku et al., 2013). Estas condiciones hicieron que la APS integral fuera relevante para las ideas de liberación y para la construcción de la nación después de la independencia, que se discute más adelante. Sin embargo, los nuevos gobiernos también necesitaban mostrar rápidos logros mediante intervenciones selectivas de APS y la difusión de los servicios médicos (Streefland, 2008).

Desde mediados de la década de 1990, la descolonización posterior a la independencia se replanteó como una búsqueda del "desarrollo", invocando una "puesta al día" de los modelos y tecnologías utilizados en los países de altos ingresos, con el apoyo de la "ayuda al desarrollo", en particular en el sector de la salud (Mkandawire, 2005; Ichoku et al., 2013). Las enfermedades y las emergencias de salud pública se utilizaron para desencadenar la atención de las políticas y motivar la financiación externa, y los objetivos más afirmativos de "sociedad saludable" fueron menos eficaces para generar ayuda (Mkandawire, 2005; Loewenson et al., 2014). En los decenios de 1990 y 2000 proliferaron los programas verticales para problemas sanitarios específicos, a menudo aplicados de arriba abajo, de maneras que no siempre tenían en cuenta las culturas o prioridades sanitarias locales. A menudo se centraban en tecnologías como los mosquiteros y la profilaxis para controlar la exposición, más que en las condiciones que generaban el riesgo.

Los programas de ajuste estructural (PAE) de las instituciones de Bretton Woods introducidos después de la década de 1970 y las "redes de seguridad" específicas de los Programas de Estrategia para la Reducción de la Pobreza prestaron una atención limitada a los determinantes estructurales de la salud, argumentando que el sector de la salud podría mejorar la salud si utilizara los recursos existentes de manera más eficiente y específica, a pesar de las evidencias del empeoramiento de los resultados en materia de salud y la desigualdad de los PAE (Streefland, 2008; Cornia y Mwabu, 1997). El Informe del Banco Mundial de 1993: *Invirtiéndolo en la Salud* presentó las relaciones de costo y efecto de las diferentes intervenciones sanitarias en términos del costo unitario de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY) para cada intervención, promoviendo un conjunto de servicios básicos costo efectivo que excluían en gran medida los determinantes ascendentes y estructurales (Banco Mundial, 1994).

A medida que los costos reales de la salud surgían del aumento del desempleo y de los costos de los alimentos y los servicios, algunos organismos, como el UNICEF, promovieron un "ajuste con rostro humano" mediante iniciativas específicas para reducir al mínimo las desigualdades sociales y sanitarias más flagrantes derivadas de los PAE, no como un derecho, sino como una filantropía específica y temporal. Esto cambió aún más el discurso de "desarrollo" a "reducción de la pobreza" con un papel residual para que la política social se ocupara de los daños económicos "de transición" que, de hecho, eran duraderos. El cambio de paradigma fue sustancial: Una economía sana, considerada como el aumento del PIB, el incremento de las exportaciones y la restricción fiscal establece los parámetros dentro de los cuales se debe lograr cualquier medida para una sociedad saludable. Privilegiaba la responsabilidad individual y un papel limitado para el estado. Las reformas universales fueron sustituidas por enfoques específicos (Mkandawire, 2005).

La preocupación política por la falta de progreso hacia la "salud para todos" dio lugar a la Iniciativa de Bamako en 1987, concebida como una estrategia para acelerar la APS, pero aplicada en gran medida como paquetes de servicios mínimos dirigidos por eficiencia, aplicando la distribución de costos mediante cuotas de usuarios, con medidas de red de seguridad seleccionadas para poblaciones particularmente vulnerables (OMS Afro, 2008; Mkandawire, 2005; EQUINET, 2012). Se consideró que la solidaridad social más amplia, el universalismo y las intervenciones estructurales más profundas sólo eran viables después de cruzar cierto umbral de desarrollo económico (Mkandawire, 2005). Algunos países de AOM adoptaron la atención primaria orientada a la comunidad (APOC), en particular Sudáfrica y Botsuana, como un "proceso continuo mediante el cual se proporciona APS a una comunidad definida sobre la base de sus necesidades sanitarias evaluadas, mediante la integración planificada de la práctica de la atención primaria y la salud pública, incluso a través de trabajadores sanitarios comunitarios". Se considera que la atención primaria es el punto central, a pesar de las importantes limitaciones en el acceso a la atención primaria, ya que la fuerza de trabajo es sólo una fracción del tamaño necesario y la financiación es insuficiente (Mash et al., 2018).

Los ODM en la década de 2000, examinados anteriormente, daban prioridad a cuestiones que constituían una carga para la salud en los países de AOM. Sin embargo, también reforzaron los enfoques específicos, lo que podría introducir un sesgo que impide abarcar a las poblaciones más marginadas en los esfuerzos por alcanzar las metas mínimas. Con ello se corría el riesgo de dejar muchos aspectos de las sociedades saludables mal abordados, incluidos los relacionados con las condiciones comerciales, laborales, urbanas y de empleo, o con la violencia de género y otros determinantes sociales asociados con el aumento de los niveles de ENT (Cornia y Mwabu, 1997;

EQUINET, 2012). En la iniciativa de armonización de la OMS AFRO para la salud en África, la Alianza Internacional para la Salud + y la Comisión de la Lancet para la Salud en África de 2017 se planteó la preocupación de que las múltiples corrientes de ayuda, los organismos y los intereses en diversos programas biomédicos estaban debilitando los sistemas sanitarios en general, y la coordinación del Plan de Acción Mundial para la Salud y los enfoques multisectoriales necesarios para abordar los determinantes sociales como el acceso al agua potable, para prevenir y controlar las ENT y otros problemas de salud de la población, o para aplicar iniciativas mundiales como el CMCT de la OMS (OMS AFRO, 2014; Agyepong et al., 2017).

En la década de 2000, las epidemias y pandemias recurrentes y los desafíos de la resistencia a los antimicrobianos estimularon una respuesta de "Una Salud", dando más importancia a la interconexión del riesgo entre las poblaciones animales y humanas (Roger et al., 2016; Gebreyes et al., 2014). Si bien esto ha ampliado el alcance de los riesgos abordados en las sociedades saludables, también se enmarca en gran medida en un paradigma biomédico, centrado en la vigilancia ambiental y médica, los métodos de diagnóstico clínico y las intervenciones médicas para controlar las enfermedades zoonóticas (Gebreyes et al., 2014). El enfoque patogénico de las epidemias ha catalizado importantes sistemas de alerta temprana y respuesta, laboratorios de diagnóstico y sistemas de vigilancia, pero, como se puso de manifiesto durante la COVID-19, también ha planteado importantes problemas de acceso a tecnologías sanitarias esenciales para esas medidas, y en ocasiones ha dado lugar a medidas autoritarias de control de enfermedades y a cuarentenas que han generado sus propios perjuicios para la salud y la inseguridad alimentaria de las comunidades pobres y los países de bajos ingresos (Gebreyes et al., 2014; Sambala et al., 2020).

2.3.3 Enfoques de los determinantes sociales y nacionalismo de recursos

A partir de la década de 1960, los movimientos nacionalistas de la región de AOM invocaron una ética de liberación de la descolonización, vinculando la mejora de la salud a la justicia económica y política, los derechos socioeconómicos y la autodeterminación (Youde, 2007; Loewenson et al., 2014). Esta óptica daba prioridad a los derechos sociales y económicos, vinculando los derechos a la justicia socioeconómica y la equidad dentro de los países y entre ellos. Las políticas posteriores a la independencia procuraron prestar servicios de salud universales, pero también abordar las desigualdades en los determinantes sociales de la salud mediante la educación, los subsidios alimentarios, los programas de obras públicas para ampliar el empleo, la construcción de viviendas y, en algunos países de AOM la redistribución de la tierra y otros recursos naturales (Loewenson et al., 2014). Se consideró que la mejora de la salud era una contribución fundamental a la construcción de la nación, dirigida por los estados desarrollistas que promoverían la equidad en el acceso a los recursos nacionales clave para la salud (Mkandawire, 2005). En los últimos cinco decenios, la Unión Africana y los países de AOM han promovido políticas de nacionalismo de los recursos, para dar un mayor control interno sobre los minerales, la biodiversidad, la tierra, las semillas y otros recursos necesarios para promover la inclusión económica, la soberanía alimentaria y la equidad. La "Reclamando los recursos para la salud" fue, por ejemplo, un programa compartido por el gobierno, el parlamento, los profesionales y los activistas de la sociedad civil en EQUINET (una red regional de equidad en materia de salud) (EQUINET SC, 2007). El primer objetivo del plan de desarrollo del Programa 2063 de la Unión Africana se centra en el crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible, mediante la garantía de un alto nivel de vida y de sistemas alimentarios y sociales para una calidad de vida y una salud y un bienestar sólidos (UA, 2015).

La Declaración de Alma Ata de 1978 y su visión de una APS integral descrita anteriormente resonó con estas intenciones políticas y normativas. A medida que los países de AOM se independizaron, la incorporaron a sus políticas y estrategias nacionales (Chatora y Tumusime, 2004; Streefland, 2008). El hecho de que muchos países de AOM se estuvieran independizando permitió adoptar la APS integral como estrategia para resolver las injusticias históricas que afectaban a la salud, orientar el desarrollo sanitario y hacer participar a las personas en la salud de la comunidad. Los servicios de APS se ocuparon de la salud y la nutrición mediante intervenciones como la promoción de cultivos alimentarios locales nutritivos y de huertos comunitarios, la ampliación del acceso al agua potable y el saneamiento, la paridad entre los géneros en la educación y la salud ambiental (Chatora y Tumusime, 2004; Streefland, 2008). Los esfuerzos nacionales para aplicar una APS integral también llevaron a los países de AOM a interactuar en políticas mundiales sobre el acceso a los medicamentos, la migración de los trabajadores sanitarios, el control de los sucedáneos de la leche

materna, la seguridad alimentaria, la cancelación de la deuda y el comercio justo (Loewenson et al., 2014). Por ejemplo, la negociación de la declaración de Doha de la OMC de 2001 sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, que abarca el acceso a los medicamentos, fue estimulada por el Grupo de Diplomáticos de África, para hacer frente a un sistema de comercio mundial que socavaba el acceso a los antirretrovirales para las personas que viven con el VIH. La declaración fue aprobada, a pesar de la intensa impugnación de algunos países de altos ingresos, con el Artículo 4 sobre el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, el acceso a los medicamentos para todos, una decisión histórica sobre la precedencia de la protección de la salud pública en el comercio (EQUINET SC, 2007).

Para apoyar esto, y basándose en las historias de *ubuntu*/reciprocidad esbozadas anteriormente, los países de AOM construyeron la cooperación y la integración regional a través de organizaciones regionales, incluyendo la Comunidad de Desarrollo del África Meridional, la Comunidad del África Oriental y el grupo de diplomáticos africanos en Ginebra (Anyaku, 1999; Loewenson et al., 2014).

En los países de AOM se consideró que las expectativas públicas de mejorar las condiciones socioeconómicas y ampliar el acceso a los servicios de salud y educación eran necesarias para la construcción de la nación, pero las reformas de ajuste estructural y un contexto neoliberal disminuyeron los recursos para ello (EQUINET SC, 2007). Los países de AOM participaron en diversas formas de cooperación Sur-Sur, como en el Movimiento de los Países No Alineados; y se han comprometido en reformas del Consejo de Seguridad de la ONU y las instituciones de Bretton Woods para incluir una mayor voz del Sur (Gottschalk, 2016).

Los países de AOM han participado en el bloque BRICS sobre las flexibilidades de la salud pública relacionadas con la investigación y el desarrollo de enfermedades desatendidas; y en el Foro China-África sobre la producción local de tecnologías sanitarias. Estos compromisos crecieron en la década de 2000 como medio para la cooperación internacional Sur-Sur en materia de salud y para asegurar más voz y condiciones más beneficiosas para la región en las negociaciones mundiales sobre los determinantes estructurales de la salud (Anyaku, 1999; Loewenson et al., 2014; Harmer y Buse, 2014). Por ejemplo, Sudáfrica se unió a otras economías emergentes para pedir una representación más inclusiva en las instituciones mundiales y ejerció presión sobre el G20 para que el África subsahariana ocupara una tercera presidencia en el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Landsberg, 2005).

Esos esfuerzos por abordar los factores estructurales que afectan a las sociedades saludables apuntaban a los determinantes sociales dentro de la región y a nivel mundial. Con las salidas netas de recursos naturales y financieros de los sectores extractivos, las condiciones económicas y comerciales que socavan los recursos para la salud y la colaboración intersectorial debilitada por la falta de financiación de los sectores públicos y los poderosos agentes económicos, la obtención de rendimientos más justos de la economía mundial y un mayor poder en los procesos mundiales se consideraban a menudo críticas para el logro de sociedades saludables a nivel nacional (Ichoku et al., 2013; EQUINET, 2012; Vearey et al., 2019; Agyepong et al., 2017). Como planteó la Dra. Makaziwe Mandela, hija de Nelson Mandela, "¿Cuánto tiempo va a depender África, nosotros los africanos, de la ayuda del exterior? ¿Qué se necesitará realmente para crear, de verdad, un desarrollo sostenible en África, de manera que las soluciones a los problemas de África estén dentro de África, y sólo recibamos apoyo y un impulso desde el exterior?". (AMREF, 2015).

Esto se ha hecho aún más pronunciado a medida que el cambio climático, las pandemias y otros procesos mundiales que afectan a la salud de la población se han hecho más evidentes, ya sea en relación con los recursos de los ecosistemas (tierra, agua, biodiversidad, aire) o con los daños (contaminación, consumo, pandemia y otros) (Roger et al., 2016). Resonante de elementos de las primeras ideas tradicionales sobre sistemas de salud y de las ideas más recientes sobre salud planetaria mundial, EcoHealth ha vinculado la salud pública a la gestión de los recursos naturales y los medios de vida. En cuanto a otras esferas, si bien problemas como las emergencias y pandemias climáticas plantean determinantes sociales dentro de los países, también exponen los determinantes mundiales que afectan a la región y han vinculado los debates sobre los objetivos ecológicos, socioeconómicos y políticos en materia de desarrollo sostenible con cuestiones de beneficio colectivo equitativo, mejora de los medios de vida y participación ciudadana (Roger et al., 2016).

2.4 La trayectoria de la India en los paradigmas para sociedades saludables

La India es un país muy extenso, con 29 estados y siete territorios de la unión que abarcan diferentes culturas, religiones, etnias y condiciones. Si bien las generalizaciones en esos entornos pierden detalle y diversidad, cuatro paradigmas de sociedades saludables han tenido una presencia e influencia política más profunda y persistente, a saber: el enfoque *tradicional*, el enfoque *Nehruviano*, el enfoque *Gandhiano* y el enfoque *basado en los derechos*, mientras que en los últimos años se han utilizado elementos de algunos dentro de un *nacionalismo populista*.

2.4.1 Paradigmas tradicionales y la imposición de la medicina biomédica y alopática

Las ideas precoloniales de una sociedad saludable en la India estaban entrelazadas con tradiciones y prácticas plurales que integraban los mundos sobrenatural, moral, espiritual y material. Varios remedios dietéticos, herbales, espirituales y religiosos en todo el país coexistían con los sistemas codificados de Ayurveda, Siddha, Unani y Tibb. Los textos ayurvédicos vinculaban las escrituras hindúes y la ciencia védica como una "ciencia de la vida" que proporcionaba orientación sobre cómo mantener la salud y prolongar la existencia humana (Arnold, 2013:81). Siddhas compartían raíces comunes con Ayurveda. Unani, originario de Oriente Medio, enfatizó la relación entre la dieta y la salud.

El colonialismo británico se apropió de las técnicas y terapias de estos sistemas tradicionales, al tiempo que intentaba deslegitimarlas. Los sistemas tradicionales tenían divisiones internas sobre si interactuar con la medicina occidental. Algunos practicantes de la medicina ayurvédica trataron de proteger una práctica separada, alineándose con los movimientos nacionalistas, pero muchos inclinaron sus sistemas hacia los intereses coloniales (Arnold, 2013). Esto y las relaciones de poder más amplias condujeron al dominio de la medicina alopática (Ganesan, 2010; Kumar y Basu, 2013).

La medicina alopática y su paradigma biomédico se institucionalizaron en las facultades de medicina y los hospitales, centrándose en gran medida en la atención curativa y utilizando la cuarentena y el aislamiento para segregarse a las personas que sufrían problemas como la lepra, la tuberculosis y las enfermedades mentales, o para hacer frente a las epidemias de peste y malaria que amenazaban las actividades comerciales. La Ley de Enfermedades Epidémicas de 1897 otorgó a las autoridades locales facultades para inspeccionar, detener y segregar por la fuerza a las personas infectadas y para desinfectar, evacuar e incluso demoler los "lugares infectados", que los militares hacen cumplir cuando era necesario (Mushtaq, 2009). Al igual que en los países de AOM, un paradigma patogénico europeo expresado como "medicina tropical", con descubrimientos científicos, como el de los mosquitos vectores de la malaria, que desencadenaron controles químicos y ambientales (Ramanna, 2013). Si bien esto aportó tecnología a la prevención de riesgos, los médicos del Servicio Médico de la India se formaron en este enfoque biomédico y curativo dominante, que se convirtió en una poderosa influencia poscolonial en la política de los servicios de salud.

2.4.2 Nacionalismo, el paradigma "Nehruviano" y la mercantilización de la salud

El Congreso Nacional Indio fue uno de los líderes del movimiento nacionalista y su líder, Jawaharlal Nehru, se convirtió posteriormente en el primer Primer Ministro de la India. Estableció un modelo posterior a la independencia de capitalismo dirigido por el estado, industrialización y desarrollo planificado, con el estilo de las líneas soviéticas (Baru, 1998). Esta aspiración al capitalismo moderno compitió con el papel clave de la India en el Movimiento de los Países No Alineados y su promoción de la paz, la autosuficiencia y la equidad mundial.

En relación con la salud, Nehru no tenía grandes diferencias científicas con el paradigma biomédico occidental. El comité Bhore, creado antes de la independencia, proporcionó un plan de servicios de salud que privilegiaba los servicios alopáticos del sector público (Baru, 1998). La universalidad, la equidad y la integralidad eran fundamentales en la estructura de los servicios de salud pública, dados los altos niveles de pobreza social, así como la integración de los servicios preventivos, promocionales y curativos. Si bien la política se centraba en el sector público, daba cabida, en lugar de nacionalizar, al gran sector curativo privado y a los productores de equipo farmacéutico y médico (Barú, 1998).

Al considerar las prácticas tradicionales señaladas anteriormente como irracionales y poco científicas, el paradigma Nehruviano hacía hincapié en las soluciones tecnológicas para erradicar las

enfermedades, como los productos químicos y las medicinas para la malaria, y los plaguicidas para la agricultura (Banerji, 1985). Este enfoque biomédico y tecnológico se vio reforzado por un creciente e influyente sector médico privado capaz de resistirse a la regulación estatal, ya que los médicos locales se convirtieron en inversores en la sanidad privada y en la industria farmacéutica (Baru, 1998). Incluso cuando el resurgimiento de la malaria en la década de 1970 demostró las limitaciones de este enfoque, no modificó significativamente la política, sino que dio más importancia a su aplicación en la detección y el tratamiento (Zurbrigg, 1992). Con la pobreza atribuida al tamaño de la familia y al crecimiento demográfico, un programa de planificación familiar de la década de 1960 tenía por objeto controlar la fertilidad y reducir el tamaño de la población mediante el uso de anticonceptivos y la esterilización. Tenía respaldo político y los servicios de salud se vieron obligados a cumplir los objetivos de esterilización (Rao, 2010). Alcanzó su punto máximo en la declaración de emergencia de Indira Gandhi, con medidas coercitivas para esterilizar a hombres y mujeres de minorías marginadas y religiosas en 1975. Estas medidas provocaron la resistencia de la sociedad civil y de los partidos de la oposición y contribuyeron a la derrota electoral del partido al Congreso en 1977 (Rao y Sexton, 2010).

La trayectoria de este paradigma liderado por el estado fue cuestionada por las reformas de ajuste estructural que impulsaron la liberalización y la privatización en el ámbito de la salud. El informe del Banco Mundial "Invirtiendo en la Salud" incluía la propuesta de dividir el sistema de salud en "bienes privados y públicos", con el estado responsable de los servicios preventivos y la atención primaria como un bien público y el mercado responsable de los servicios curativos en los niveles secundario y terciario como un bien privado (World Bank, 1993). La adopción de estas propuestas por parte de las políticas reforzó aún más el sector sanitario privado y la gran participación empresarial en productos farmacéuticos y tecnología en un complejo industrial médico, y debilitó la salud pública (Barú, 2018). La India profundizó su integración en la economía mundial, incorporando reformas neoliberales en la política interna. El uso del estado de un lenguaje de derechos y prestaciones enmascaró la privatización a gran escala de los servicios sociales, acompañada de "redes de seguridad" específicas (Qadeer et al., 2001).

Estos acontecimientos desencadenaron las contra campañas de los grupos de la sociedad civil que participan en la lucha contra las enfermedades, la salud, el medio ambiente, la educación, los medios de vida, la micro financiación, la agricultura, el agua y otras esferas de los determinantes de la salud, que se examinan más adelante, aliándose con la sociedad civil y las fundaciones internacionales y utilizando las actividades de cabildeo y los litigios para gestionar los períodos de reducción del espacio político y el poder compensatorio de las empresas (Barú y Kapilashrami, 2019; Qadeer y Barú, 2016). La sociedad civil también participó *en el* paradigma biomédico, sin abordar los determinantes estructurales más profundos. Al mostrar el empobrecimiento por los costos de la atención médica, la sociedad civil puso en marcha políticas estatales y nacionales para que los planes de seguro médico incluyeran a los hogares pobres, incluso mientras que la atención a los seguros intensificó el enfoque biomédico y proporcionó subsidios públicos a los servicios privados (Baru, 2018; Baru et al., 2010).

2.4.3 El paradigma de Gandhi de la salud de la mente, el cuerpo y el alma y de la comunidad

Mahatma Gandhi, el abogado y nacionalista anticolonialista, aunque desempeñó un papel tan importante como Nehru en la lucha por la independencia, promovió una visión muy diferente de la dignidad y la autosuficiencia de las personas mediante la transformación de la economía rural y la industrialización en pequeña escala. Se opuso a la discriminación, incluso de la casta más baja, y promovió la salud mediante la alimentación, el ayuno, el trabajo y el ejercicio, la higiene, el saneamiento y el agua potable. El paradigma vinculaba el cuerpo físico con la naturaleza, reflejando la comprensión cosmológica hindú de los cinco elementos físicos: tierra, agua, fuego, aire y espacio. La salud se consideraba un resultado del equilibrio entre lo físico, lo mental y el alma o espíritu (Iyengar, 2017).

Gandhi fue crítico con los enfoques biomédicos, pero también vio limitaciones en los sistemas de curación tradicionales. Vio a los hospitales como un "síntoma de decadencia", y solicitó que se prestara más atención a la prevención de enfermedades y a la salud mental, física y espiritual (Iyengar, 2017:28). En lugar de la aplicación de enfoques tecnológicos de arriba abajo, percibía que el logro de la salud dependía de que se viviera una vida sana, empezando por el nivel de la aldea, como una forma de enfoque de los determinantes sociales. Abogó por los trabajadores sanitarios de

la comunidad, o *Arogya Samrakshan Samiti*, y por los centros de atención primaria de la salud que promueven estilos de vida saludables y atención familiar, asesoran sobre dietas y alimentos saludables, promueven el agua potable y el saneamiento y aplican terapias herbales utilizando plantas locales (Iyengar, 2017).

Este enfoque hizo que el nivel comunitario y de atención primaria fuera clave para los servicios de salud y las sociedades saludables. El paradigma Gandhiano fue adoptado por muchos grupos y movimientos de base en las décadas de 1980 y 1990, formando coaliciones en torno a cuestiones específicas entre los partidos políticos, los sindicatos de izquierda, los grupos gandhianos, dalit, adivasi y los grupos feministas. El gobierno de coalición de la Alianza Progresista Unida, formado en 2004, incluía a los partidos de izquierda en la coalición. En 2005 estableció la Misión Nacional de Salud Rural (MNSR), prestando mayor atención a la planificación "de abajo arriba" y buscando una asociación más activa con la sociedad civil en materia de salud. Esto dio lugar a innovaciones en el diseño, la aplicación a nivel local, la capacitación y la vigilancia de los servicios rurales de prevención, promoción y curación, algunos de los cuales incluyen sistemas indígenas y aplican procesos participativos en diferentes estados, aunque todavía en gran medida dentro de un enfoque centrado en los servicios (Gill, 2009).

2.4.4 "La salud de la gente en manos de la gente": Derechos, justicia y determinantes sociales

Tras la independencia de la India en 1947, la construcción de la nación se llevó a cabo mediante el crecimiento industrial dirigido por el estado, el alivio de la pobreza y las intervenciones del sector social. Los derechos a la salud se articulaban en disposiciones constitucionales relacionadas con el derecho a la vida y en sus principios rectores de política estatal que establecían los deberes de los estados de elevar el nivel de vida y la nutrición. Sin embargo, en la época de Alma Ata, había evidentes deficiencias en el cumplimiento de estos objetivos de política (Baru, 1998; Shah, 1990). Los déficits sociales dinamizaron los movimientos sociales no partidistas en torno a las condiciones sociopolíticas, de vida, de trabajo y ambientales, con la exigencia de reconocer que la, "...la lucha por la liberación (era) no sólo del dominio extranjero sino también de la decadencia interna" (Kothari, 1984:220). Estos movimientos estimularon proyectos de salud comunitaria de base en diferentes estados indios, conectando la salud con preocupaciones sociales más amplias y con una reivindicación de justicia social y control democrático local (Shah, 1990; Shukla y Phadke, 1999).

En la década de 1970, los movimientos sociales cuestionaron las deficiencias del estado para hacer frente a la desigualdad y la pobreza y pusieron en práctica innovaciones a nivel de base, incluidos proyectos de salud comunitaria. Los proyectos reflejaban una mezcla de ideas gandhianas, cristianas y marxistas, a menudo un híbrido de las tres. La idea china de los médicos descalzos cambió la idea de "trabajador sanitario" y promovió en la India la idea de "la salud de la gente en manos de la gente", un lema popular que influyó en muchas organizaciones de salud comunitaria que se centraron en los determinantes sociales de la salud y los sistemas de salud (Shukla y Phadke, 1999). Estos movimientos sociales consideraban que sólo una sociedad equitativa, sostenible y justa puede garantizar la salud para todos. Se consideraba que la acción sanitaria exigía una lucha contra daños como la contaminación, la mala calidad de vida, las condiciones dietéticas y psicosociales y la promoción de un modelo de desarrollo alternativo y más saludable. Si bien muchas de las medidas para ello se encontraban fuera del sistema de atención de la salud, se consideraba que los servicios de salud eran el factor determinante más visible de la salud, y se pedía un sistema público que respondiera a las necesidades de las personas y fuera socialmente responsable. Rechazaron la culpa que se echaba a los pobres, las mujeres y otros grupos marginados por su propia mala salud, considerándola una consecuencia del dominio de las elites en la toma de decisiones, dentro y fuera del sector de la salud (Shukla y Phadke, 1999).

Estas ideas y las innovaciones a nivel de la comunidad descritas anteriormente contribuyeron a los principios y al diseño de la APS integral en la Declaración de Alma Ata de 1978. Aunque se aplicaron en entornos locales limitados, en las décadas de 1980 y 1990 se formaron alianzas sobre cuestiones específicas que les dieron una mayor visibilidad e influencia en materia de políticas. Los movimientos de mujeres, consumidores y otros, los médicos y los activistas sociales convergieron en cuestiones como la promoción de los medicamentos esenciales, la lactancia materna, la agricultura tradicional local y la seguridad alimentaria, así como en la protección de las plantas medicinales y las terapias tradicionales. Por ejemplo, el Círculo de Amigos de los Médicos, formado en 1974 por un grupo de médicos y activistas sociales, se basó en las ideologías gandhianas y socialistas para

criticar los programas de control de enfermedades determinados por la tecnología, y reclamando a la AIH (NHRC, 2006). Una coalición de la sociedad civil en la India occidental dirigió una campaña sobre el "derecho a la alimentación" a través de programas de alimentación en las escuelas, cuidado universal de los niños en edad preescolar, empleo y seguridad alimentaria para los grupos sociales vulnerables (Srinivasan y Narayanan, 2007). El movimiento de mujeres se dedicó a los anticonceptivos peligrosos como los medicamentos EP, Net En, Norplant, Depo-Provera, los abortos selectivos por sexo y las políticas estatales coercitivas de control de la población, y a la violencia de género doméstica y patrocinada por el Estado. Llevaron sus campañas a los tribunales, lo que dio lugar a nuevas leyes sobre estas cuestiones (NHRC, 2006).

Los movimientos sociales, especialmente el Movimiento de Salud de los Pueblos de la India, denominado Jan Swasthya Abhiyan (JSA), siguieron avanzando en los enfoques de la salud basados en la APS y en los derechos. Formado en 2000, el JSA es una coalición de unas 20 redes nacionales y más de mil organizaciones locales de toda la India que trabajan en el ámbito de la salud, la ciencia, las cuestiones relativas a la mujer y el desarrollo. Se ha opuesto a la comercialización de la atención médica y ha defendido los cambios a favor de las personas en el sector de la salud. Ha asumido la investigación, la promoción, la acción legal y las alianzas sobre el derecho a la salud y los determinantes sociales de la salud (NHRC, 2006). Ha puesto de relieve las desigualdades en los resultados sanitarios y el acceso a los servicios de salud, señalando un gradiente social que ha llevado a algunas partes de la clase media a experimentar también un deterioro de la salud (Baru et al., 2010). Tras el informe de la CDSS de la OMS de 2008, la Kyokai impulsó a las filiales de los MMSP en Asia a formar una alianza Sur-Sur para perfilar la insuficiencia de las políticas estatales sobre los determinantes sociales, con diferentes redes que abarcan cuestiones como el desarrollo social equitativo y la salud de los migrantes (CDSS-MMSP-India, 2005).

2.4.5 Intensificación de la mercantilización y el nacionalismo

En años recientes, la desigualdad y las privaciones han alimentado un aumento del populismo nacionalista y del carácter político de la identidad. El descontento por los déficits sociales se canalizó en parte en la política nacionalista hindú, con la victoria electoral en 2014 del Partido Bhartiya Janata (BJP), al tiempo que se suprimía la sociedad civil y la acción social en materia de derechos sociales y justicia (Gudavarthy y Vijay, 2020). En contraste con la ampliación de la defensa de los derechos y la APS por parte de los movimientos sociales, el ascenso del nacionalismo hindú después de 2014 profundizó la liberalización y la comercialización de los servicios de salud, ampliando los planes de bienestar social y de seguro para los hogares pobres. Promovió un paradigma biomédico, mercantilizando los insumos de salud y prestando poca atención a las condiciones de vida, de trabajo y sociales (Barú, 2015).

El nacionalismo hindú ha celebrado y apoyado el Ayurveda y el yoga como ciencia védica enraizada en las escrituras y textos hindúes. En 2014, el gobierno dirigido por el BJP creó un ministerio separado para los sistemas indígenas de Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha y Homeopatía (AYUSH). El ministerio dio mayor visibilidad a los sistemas indígenas. Sin embargo, no abordó el dominio histórico de la medicina alopática sobre estos sistemas indígenas, las relaciones desiguales de poder entre estos dos sistemas o la comercialización de los sistemas indígenas dentro de la economía neoliberal. Dentro de una intención nacionalista de consolidar la idea de una nación hindú unida, los sistemas tradicionales tenían un valor simbólico al indicar que otros grupos religiosos/étnicos no son ciudadanos de pleno derecho y que la pertenencia requiere la aceptación de los sistemas de creencias hindúes. Esto socava el laicismo de la era Nehruviana y las intenciones de universalidad, equidad y amplitud en la salud pública. En cambio, el miedo y la discriminación se han utilizado para justificar la exclusión y se han empleado nuevas narrativas y propaganda para retirar el bienestar y explicar el funcionamiento institucional "... reforzando un lenguaje de obligación y seguridad por encima del de los derechos, la ley, la ciudadanía y el liberalismo institucional-procesal" (Gudavarthy y Vijay, 2020:468).

La epidemia de la COVID-19 demuestra las líneas de falla de este paradigma actual y su integración de un enfoque de bioseguridad patogénico e impulsado por la tecnología, en contraste con los paradigmas holísticos, basados en los derechos y centrados en los determinantes. Ha generado una crisis humanitaria en torno a los trabajadores migrantes urbanos en el confinamiento; ha utilizado el miedo al virus y a la enfermedad para inculcar el cumplimiento en la población, y ha utilizado las

tecnologías digitales para rastrear la biometría y el movimiento de las personas. Se ha utilizado una Ley de Epidemia de 1897 para controlar coercitivamente a la COVID-19, aplicando medidas coercitivas coloniales en el siglo XXI.

3. Entendiendo de las diversas ideas de las sociedades saludables

En la Sección 2 se esbozaron las características de los discursos sobre sociedades saludables que han surgido y han tenido influencia en materia de políticas a nivel mundial y en las regiones seleccionadas abarcadas, al tiempo que se señalaron, como antes, las limitaciones de las descripciones breves de medio siglo de ideas cambiantes y su aplicación en contextos dinámicos y complejos. En esta sección se examinan las características comunes y diferentes de esas ideas y su adopción en materia de políticas, y se recogen algunas de las conclusiones extraídas de las evidencias.

A nivel mundial, con la influencia histórica, aunque no siempre complementaria, de Europa occidental y los EE.UU., el paradigma patogénico/biomédico y centrado en la enfermedad y los determinantes sociales contrastantes y el paradigma centrado en la salud/bienestar han tenido a lo largo de los siglos una influencia política, con diferentes medios materiales, sociopolíticos, ideológicos e institucionales y sociales utilizados para imponer o limitar el alcance de las ideas, y la impugnación entre ellas. Ambos son dinámicos y están en evolución. El enfoque basado en los derechos ha hecho avanzar las reivindicaciones y ha planteado obligaciones en ambos enfoques. Dentro de las tres regiones del sur, hay características de estos paradigmas y tendencias mundiales, en particular donde el colonialismo y la globalización han influido en la transmisión y el dominio de las ideas, las políticas y las economías políticas. Sin embargo, también hay características únicas y diferentes en las regiones y evidencias de la presión de las regiones meridionales para que se reflejen mejor sus realidades en los marcos internacionales. Hay evidencias de que las ideas de reciprocidad, los intereses colectivos y los ecosistemas más amplios que existían hace siglos en las regiones meridionales están obteniendo un nuevo perfil en el pensamiento mundial y un flujo de ideas que no es unidireccional.

3.1 Prestar mayor atención a la pluralidad de ideas

Lo que está claro es **que no ha habido una idea singular de sociedades saludables. Sugerimos que tampoco se imponga una.** Ha habido un esfuerzo significativo para imponer una visión singular, a menudo centrada en Occidente, hegemónica sobre cómo lograr sociedades saludables como superior y más "realista", "técnicamente correcta" y factible que todas las demás ideas (Escobar, 2020). Sin embargo, la noción de una idea singular es problemática por varias razones. En primer lugar, si bien los valores pueden ser compartidos, la salud es tanto sociocultural y política como técnica y material, y las ideas sobre las sociedades saludables están arraigadas en diferentes historias y políticas. En segundo lugar, las ideas han cambiado con el tiempo, y aunque algunos paradigmas pueden haber dominado en el discurso y la influencia política a nivel internacional y dentro de las regiones en algunos momentos, surgen nuevas ideas o las ideas anteriores resurgen en nuevos espacios, alimentándose y siendo afectadas por los cambios en la evolución política y económica. Las ideas compartidas se aplican de diferentes maneras en diferentes contextos.

Mantenerse abierto a estos cambios, escuchar voces más amplias y aprender de una diversidad de pensamientos y enfoques aporta "otra posible" de nuevas ideas y prácticas para trabajar en sociedades saludables. El director general de la OMS hizo esto en la década de 1970 en relación con la APS integral. Las nuevas ideas están influyendo en los debates sobre la pluralidad de la cultura en la salud y en el tratamiento de los intereses colectivos en torno a los determinantes mundiales y comerciales.

En tercer lugar, la impugnación de ideas diferentes no sólo se vincula a realidades y formas de conocimiento y evidencias plurales, sino también a valores e intereses diferentes. Una competición sobre la cual las ideas se vuelven hegemónicas no está desconectada de las impugnaciones más amplias sobre la hegemonía política y económica. Hay que dar espacio a las diferentes ideas. Desempeñan un papel fundamental en el avance del pensamiento sobre los numerosos problemas de salud aún no resueltos, incluida la forma de abordar los intereses colectivos y la interdependencia dentro de los países y entre ellos, de manera que se produzca un bienestar sostenido y equitativo.

3.2 Superar las consecuencias de un paradigma biomédico impuesto

El paradigma biomédico/patogénico, en gran parte impulsado por los problemas y reduccionista, floreció con los avances en el conocimiento científico positivista y el desarrollo de la tecnología. Ha aportado conocimientos y tecnologías sanitarias para la salud de la población, desde vacunas y medicamentos hasta plantas de tratamiento de agua. Al reducir las enfermedades ha mejorado la salud de la población, más aún para aquellos en los que los servicios médicos y las tecnologías de la salud son accesibles, apropiados, asequibles y se prestan universalmente como un derecho. En la Europa de la posguerra, por ejemplo, esto hizo que los servicios nacionales de salud del sector público financiados por impuestos/seguros fueran una característica fundamental del compromiso del estado de construir una sociedad saludable en la posguerra.

Como es evidente en las trayectorias de las tres regiones del sur, no ocurrió lo mismo en las colonias. Allí, el paradigma patogénico se impuso con una intención dominante durante la expansión colonial y la Guerra Fría para promover una idea de modernización y mejora de la salud a través de las tecnologías médicas y la terapéutica, de manera que no exigiera una reforma social ni permitiera desafiar al poder económico colonial. La expansión de la medicina alopática fue acompañada de la expropiación y extracción de recursos naturales clave, la marginación política, económica, racial y social de las poblaciones locales y la supresión de los sistemas de salud indígenas.

Si bien algunas de estas experiencias son anteriores al marco temporal de este documento, conllevan legados que deben ser abordados en el marco actual y en las interacciones mundiales en sociedades saludables.

En primer lugar, un paradigma patogénico impuesto desconectó a la gente de su comprensión cultural local de la salud, incluso mientras se apropiaban de técnicas, hierbas y terapias de estos sistemas tradicionales. **Implica una comprensión de las sociedades saludables que está vinculada a la recuperación de las culturas para los países y pueblos desposeídos, reconociendo el profundo vínculo entre la salud, la identidad y la justicia.** Esto se articula de diversas maneras en los enfoques descritos en la Sección 2, como: en el paradigma de salud intercultural, la integración del respeto a la diversidad cultural y los remedios indígenas, y en la promoción de los sistemas de producción local y la agencia de los titulares de derechos. Ha sido un tema de especial preocupación para los pueblos indígenas, pero también ha sido promovido por los gobiernos de América Latina; en la reconexión de Gandhi con las culturas locales y la actividad económica de la India; y en la protección de la propia biodiversidad y el conocimiento de las hierbas en el país de AOM. Este arraigo de una sociedad saludable en la identidad local no es exclusivo de estas regiones ni de los países de ingresos medios y bajos. Por ejemplo, en el sistema de salud indígena de Ngāti Porou Hauora en Nueva Zelanda, el servicio de salud, no la comunidad, se considera la "parte externa" con la responsabilidad de participar como socio en igualdad de condiciones en los procesos y entornos comunitarios dirigidos por los ancianos de la comunidad, no por el personal de salud (Matheson y Matheson, 2017). El hecho de no abordar el pasado cultural y otras formas de despojo en materia de salud del pasado puede hacer que las sociedades y la práctica indígena sean susceptibles de manipulación, como se observó, por ejemplo, en la utilización por el nacionalismo hindú de la práctica ayurvédica tradicional para impulsar formas de exclusión étnica y un discurso de obligación y seguridad por encima del de los derechos, la ley y la ciudadanía.

En segundo lugar, la **definición de "medicina tropical" como la ciencia y la práctica del enfoque patogénico en las colonias creó una superioridad para el enfoque y un excepcionalismo en la forma en que se logran sociedades saludables en el sur, levantando un muro que debe ser superado explícitamente entre un intercambio de conocimientos mutuamente útil y el aprendizaje sur-norte y entre regiones sobre problemas compartidos en la salud de la población.** La aplicación en las tres regiones de la medicina tropical permitió aplicar enfoques diferentes a los que se aplicaban al mismo tiempo en Europa, como la cuarentena coercitiva y la segregación de las poblaciones locales a mediados del siglo XX o la concentración en intervenciones selectivas para determinadas enfermedades con sistemas nacionales de salud universales y amplios que sólo se consideraban viables después de cruzar cierto umbral de desarrollo económico. La difusión de la medicina tropical alopática se describió como una forma de "ponerse al día" con el desarrollo y la modernización occidentales, afirmando una superioridad de enfoque y descontando, suprimiendo e incluso criminalizando los sistemas locales.

Sin embargo, hay evidencias de que cuando las medidas impuestas prestaron poca atención a las realidades, ideas y conocimientos locales o no lograron ver las repercusiones de la aplicación de tecnologías en sociedades desiguales muy estratificadas, trajeron costos para la salud, como en los programas fallidos de lucha contra la malaria, las esterilizaciones forzadas, la resistencia a los antimicrobianos y la atención inadecuada a un nivel creciente de enfermedades crónicas. Descontar las lecciones aprendidas de las regiones meridionales como irrelevantes para los países de altos ingresos ha bloqueado el aprendizaje positivo útil sobre las prácticas alimentarias y dietéticas locales; los sistemas de salud comunitarios; la integración cultural y psicosocial en la salud; o los perjuicios de la mercantilización y privatización de los servicios de salud o de la aplicación de modelos coercitivos en la salud pública. En cambio, el aprendizaje y la experiencia de las regiones meridionales, por ejemplo, en lo que respecta a los médicos descalzos y los trabajadores sanitarios de la comunidad, ha servido de base para la APS integral y la aplicación de esas ideas en las sociedades desiguales y multiculturales de los países de altos ingresos. Los movimientos de SIC en América Latina han servido de base para la elaboración de instrumentos y medidas mundiales para integrar los derechos de las distintas personas y sus entornos naturales y el respeto de estos en las numerosas sociedades multiétnicas que existen actualmente en la mayoría de los países del mundo. Esas experiencias están abriendo las mentes a lo que se denomina "innovación inversa", y a la necesidad de abordar de manera más explícita el lenguaje, el proceso, los espacios y los recursos que instintivamente extraen las ideas mundiales de las instituciones de los países de altos ingresos y no de un intercambio horizontal más mutuo entre las regiones.

En tercer lugar, una **conexión singular entre la enfermedad y los determinantes biológicos individuales, articulada de la forma más extrema en las teorías eugenésicas, ha permitido que se pronuncien discursos racistas o discriminatorios en materia de salud que han persistido hasta la década de 2000**. Las teorías eugenésicas promovidas en la década de 1930 en Europa y en las regiones durante el colonialismo, que explicaban los resultados en materia de salud como resultado de la inferioridad biológica, estigmatizan intrínsecamente a determinados grupos. Han dado lugar al racismo, al etnicismo y a otras violaciones de los derechos sociales, enmascarando las condiciones que generan susceptibilidad y vulnerabilidad. En la *Sección 2.4* se describe su uso a finales del siglo XX en la India en la esterilización coercitiva de los grupos de "castas inferiores" y el abuso asociado de los derechos sexuales y reproductivos. Está surgiendo como una cuestión ética en la creciente capacidad de las tecnologías genéticas para diseñar modificaciones humanas u opciones de fertilidad (Lombardo, 2019). A menos que los principios éticos, la solidaridad y los derechos y beneficios colectivos se incorporen en el pensamiento de la salud pública, en particular teniendo en cuenta los nuevos avances en la prevención personal y la biogenética, existe un potencial continuo para que los enfoques de las sociedades saludables segreguen o excluyan de la atención a las personas con mala salud o con una condición social particular como medio para mejorar los resultados de los demás, ya sea en relación con los grupos de edad avanzada, la raza u otras características sociales (Tilley, 2020). No hay más que ver la reciente angustia de las personas mayores que murieron solas y lejos de sus familias en los hogares de atención durante la COVID-19 en los países de altos ingresos para comprender la continua presencia de ese pensamiento y la necesidad de diálogo y aprendizaje sobre esta cuestión para lograr sociedades saludables.

3.3 Comprometerse con los determinantes de una globalización neoliberal cada vez más profunda

Desde principios del siglo XX hubo muchos impulsores de demandas para actuar sobre los determinantes más profundos de la salud en todas las regiones y a nivel mundial. Entre ellos figuraban las ideas políticas sobre el socialismo y la socialdemocracia, los contratos sociales de la posguerra en Europa; las luchas anticoloniales por la justicia; las crisis energéticas, financieras y alimentarias cíclicas en la economía mundial, y el aumento de las enfermedades prevenibles. Hay una resonancia entre la medicina social y los paradigmas de la determinación social en diferentes entornos para mirar más allá de la enfermedad y los enfoques biomédicos mercantilizados para promover la salud, el bienestar y la calidad de vida, integrando los determinantes materiales, políticos, psicosociales y económicos de la salud en enfoques basados en los bienes, las soluciones y los derechos.

Las diferentes regiones varían en la forma en que esto se ha expresado, apartándose de los paradigmas y políticas mundiales en formas que tienen implicaciones para la comprensión de sociedades saludables. Este es posiblemente también el caso en países que no pudimos cubrir,

como China y Rusia. En América Latina se prefirió la "determinación social" a los "determinantes sociales" para asegurar que se comprenda el carácter político de la determinación y evitar fragmentarla en determinantes individuales. En la India, la articulación por parte de los movimientos sociales de "la salud de la gente en manos de la gente" vinculó las mejoras de la salud de la población a las luchas por los derechos sociales, una vía de desarrollo alternativa y un estado responsable. En los países de AOM, los movimientos de liberación vincularon la salud a la justicia sociopolítica y la autodeterminación, articulando que el bienestar requiere economías más inclusivas y rendimientos más justos de la economía mundial. Sin embargo, en todas las regiones **se reivindicaban explícitamente el poder y los derechos sociales y se entendía que para superar las desigualdades que socavaban la salud se requería una transformación política y económica radical hacia sistemas que promovieran la equidad y la inclusión, que abordaran los determinantes comerciales de la salud y que no mercantilizaran ni sometieran la atención sanitaria a las reglas del mercado.**

Estas ideas de las regiones han hecho demandas más radicales que las expresadas en muchas plataformas globales. Durante varios decenios, las primeras ideas mundiales que combinaban los derechos socioeconómicos, civiles y políticos en un marco colectivo se vieron perturbadas por el conflicto ideológico de la Guerra Fría y los intereses económicos. Si bien hay acuerdo en que la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de las personas son signos fundamentales de progreso en materia de salud, la opinión de que el crecimiento de la riqueza en sí mismo lograría esta mejora de la salud subyugó a los mercados neoliberales y a los sistemas de producción, comercio y finanzas que servían en gran medida a la riqueza existente. Se han aplicado recursos técnicos, políticos, institucionales y financieros para evitar vincular la desigualdad social con los determinantes de la economía política mundial, como se refleja, por ejemplo, en el debate sobre el encuadre de la desigualdad en los ODS. Sin embargo, a nivel mundial esto está cambiando, en parte como consecuencia de las alianzas entre los agentes, movimientos e instituciones técnicos y sociopolíticos, incluso dentro de los países de altos ingresos. A partir de la exposición de 1998 de los determinantes mundiales y comerciales, en la comprensión cada vez más amplia de los derechos a la salud en la observación general 14 del PIDESC y la nueva atención que se presta al derecho al desarrollo, en la identificación del poder como determinante en la CDSS de la OMS de 2008, la atención se ha centrado más en los determinantes estructurales de la salud. Para 2016, la Declaración de Shanghái pide una "acción colectiva mundial" para hacer frente a "las poderosas fuerzas comerciales que trabajan para contrarrestar la salud", lo que implica explícitamente que la elaboración de un paradigma y un programa de trabajo sobre sociedades saludables debe abordar estos determinantes comerciales y lo que esto significa para la economía política mundial.

Esto implica que cualquier paradigma para sociedades saludables necesita interactuar con los impulsores de una globalización neoliberal, incluyendo la forma en que integra la justicia restaurativa, intergeneracional y ecológica. Las experiencias en las tres regiones sugieren que las reformas de liberalización, la extracción de recursos naturales, la inversión de las políticas universales y la privatización de los sistemas públicos han sido más intensas y prolongadas en las regiones del sur, con una experiencia más reciente de déficit social y austeridad en los países de altos ingresos. Si bien la esperanza de vida agregada ha mejorado en muchos países en los últimos decenios, no puede decirse lo mismo de la calidad de vida o de las medidas para lograr sociedades saludables en muchas comunidades. En la India de Nehru, por ejemplo, la división público-privada del sistema de salud y la privatización con fines de lucro de la atención de la salud mercantilizó aún más los servicios curativos privados, debilitó la atención preventiva del sector público y significó que se prestó una atención marginal a la promoción de la salud, con un mayor impacto negativo en la exclusión y la inseguridad socioeconómica de los grupos de ingresos más bajos y las castas.

La economía política mundial parece generar por sí misma el impulso para centrarse en los determinantes estructurales de la salud, en sus ciclos de "auge y caída", su guerra, violencia e inseguridad y los movimientos masivos de población, las crisis ambientales y climáticas y la disminución de los servicios públicos. Sin embargo, la crisis en sí misma no es garantía de una demanda de reconocimiento de las causas o de transformación. Tras la elaboración de la APS integral en Alma Ata, en lugar de intensificar su impulso, las crisis energéticas, financieras, climáticas y de conflictos posteriores se utilizaron para dar prioridad a los intereses económicos existentes y promover intervenciones selectivas, biomédicas y específicas como más factibles. Sin embargo, también se ha producido un aumento de los movimientos y procesos del norte y del sur

que cuestionan la actual economía política mundial y sus marcadores de progreso. Además, han aumentado las oportunidades de comunicación entre las personas y los países a nivel internacional para perfilar más rápidamente los daños y para plantear y compartir ideas, capacidades y experiencias para informar sobre las alternativas.

Antes que, en los países de altos ingresos, las consecuencias de las reformas neoliberales estimularon los movimientos indígenas, antineoliberales y políticos en las tres regiones, aumentando las expectativas de una vida mejor gracias al cambio de políticas de los gobiernos recién elegidos. La medicina social y el BV en América Latina cuestionaron la expropiación y la extracción de tierras y otros recursos naturales y los déficits sociales en materia de salud que causaban, al igual que los movimientos de derechos sociales en la India y los movimientos de equidad en materia de salud en los países de AOM. Si bien gran parte de esta actividad se ha localizado dentro de las regiones, cada vez se reconoce más el impacto compartido de los determinantes mundiales y comerciales. En la *Sección 2* se describen diversas alianzas institucionales que se han formado en los países, la sociedad civil y las instituciones técnicas al respecto, así como los obstáculos políticos y económicos para aplicar alternativas, que en algunos casos han llevado al populismo de derechas, la protesta o la utilización como chivos expiatorios de grupos sociales ya marginados (Ichoku et al., 2013; EQUINET, 2012; Vearey et al., 2019).

El establecimiento de perfiles y la interacción con los determinantes estructurales, comerciales y mundiales en una economía mundial neoliberal debe integrar un análisis estratégico de los intereses, las instituciones, la política y las relaciones de poder implicadas, desde el nivel local hasta el nacional y el mundial. Como se evidencia claramente de los procesos descritos, más allá de la utilización de enfoques más coercitivos, el compromiso con las ideas ha solicitado a una combinación de palancas políticas, sociales, técnicas e institucionales, incluso mediante alianzas entre grupos sociopolíticos, países y diferentes agentes. Ello ha permitido una continuidad y progresión de las ideas y la influencia, incluso durante los períodos de retroceso.

3.4 Pasar de las ideas a la influencia y la adopción de políticas

No pretendimos explorar los factores que conducen a la aplicación de las ideas y políticas en la práctica ni los factores que la posibilitan o impiden. Esto requiere una investigación de seguimiento.

Sin embargo, las trayectorias y experiencias descritas en el presente documento en los planos mundial y regional apuntan a una "batalla por las ideas" que ha infundido los debates sobre la manera de hacer avanzar a las sociedades saludables hasta el día de hoy, desde las burdas imposiciones y la supresión de las fuerzas contrarias durante los períodos coloniales, hasta un compromiso más diplomático a través de comisiones, declaraciones, conferencias e informes en los planos mundial y regional, y a través de movimientos, plataformas y alianzas electorales y medios de comunicación y en el plano nacional. ***Las experiencias muestran la potente presencia de la impugnación en la promoción de paradigmas para sociedades saludables. Destacan la necesidad de reconocer más abiertamente la base subyacente de la impugnación de ideas, de proporcionar espacios para sus proponentes y de interactuar con ellos, reconociendo que los caminos hacia sociedades saludables incluyen estrategias que no sólo contribuyen, sino que también desafían, perturban o transforman.***

Las diferentes ideas existen no sólo dentro de los países y grupos sociopolíticos, sino también entre ellos. Las diferentes instituciones mundiales también se han alineado más estrechamente con los diferentes paradigmas, asignando sus recursos mundiales y su poder de agencia a la promoción y operacionalización de su enfoque. Algunas se han posicionado más claramente con un paradigma biomédico, como el Banco Mundial y la OMC, y otras más claramente con ideas de determinantes sociales, como la OIT y el PNUMA. Con la intensificación de la globalización y la integración en la economía mundial, diversos agentes de política mundial, algunos de ellos privados, han adquirido mayor influencia en procesos que no siempre son transparentes o inclusivos. La OMS ha dado cabida a ambos paradigmas. Esto refleja sus divisiones y debates paradigmáticos internos, así como el poder y la influencia en su gobernanza y su dotación de recursos a diferentes países, regiones y fundaciones, en particular Gates y Rockefeller, de la sociedad civil y, de manera indirecta pero aún poderosa, de las empresas (Chorev, 2012). Estas influencias en la OMS han sido objeto de debates separados, más allá del alcance de este documento.

Las experiencias regionales indican que la naturaleza y la estabilidad de los gobiernos locales y centrales son fundamentales para dar tiempo a desarrollar, aplicar y mejorar los paradigmas elegidos. En general, los regímenes políticos de orientación izquierdista o las coaliciones multipartidistas que abrieron espacio para las ideas han sido más propicios para la diversidad de ideas (Escobar, 2020). En la India, la respuesta del gobierno de la Alianza Progresista Unida de 2004 a las organizaciones de la sociedad civil, señalada anteriormente, abrió nuevos aportes al diseño de políticas sociales (Gudavarthy y Vijay, 2020). Más allá de estas condiciones para la introducción de ideas, muchos paradigmas exigen cambios que llevan tiempo y necesitan un gobierno y unas instituciones estables. Pueden enfrentarse a los desafíos que plantean las influencias internacionales compensatorias y la oposición de las influyentes clases media y alta, los agentes sanitarios privados, parte del personal médico y del mundo académico, así como de las grandes empresas e instituciones financieras. La volatilidad de los entornos políticos y económicos, la rápida rotación de los gobiernos y del personal del sector público y las corrientes de financiación imprevisibles pueden socavar esos cambios a largo plazo y la estabilidad y la capacidad necesarias para hacer frente a los desafíos. En las regiones meridionales abarcadas, sólo Cuba ha tenido un gobierno suficientemente sostenido para hacer avanzar la transformación socioeconómica y el sistema nacional de salud pública universal a fin de abordar los determinantes sociales y las desigualdades en materia de salud, pese a los ataques económicos y militares. En Europa, la coherencia de la política gubernamental de Finlandia en esa esfera la ha convertido en un importante defensor de los enfoques de “toda la sociedad” en materia de salud. Como se ha señalado anteriormente, las experiencias de países como China aportarían una importante experiencia adicional sobre esta cuestión.

Las colaboraciones entre el sector de la salud y otros sectores, entre diferentes actores y disciplinas dentro de los países, y las alianzas entre países parecen haber desempeñado un papel importante en la elaboración de perfiles de ideas y en la influencia en materia de políticas. Las alianzas forjadas entre alcaldes y gobiernos locales en las diversas redes de Ciudades Saludables, entre la sociedad civil, el Estado, los actores políticos y técnicos en redes como ALAMES y EQUINET, entre diferentes secciones de la sociedad civil en el MMSP y, de manera crítica, entre los estados en organizaciones regionales como UNASUR, la Comunidad de Desarrollo del África Meridional, la Comunidad del África Oriental y el grupo de diplomáticos de África, y ahora en organizaciones sur-sur como el BRICS y el Foro China-África, han desempeñado un papel en la creación de colaboraciones que han ayudado a plantear y compartir prioridades y enfoques y a interactuar con ellos a nivel mundial. Las redes han proporcionado mecanismos sostenidos para el debate intelectual, el liderazgo y la continuidad de las ideas, incluso cuando los cambios de gobierno y la volatilidad mundial han abierto o cerrado espacios para determinados paradigmas. **Hubo menos evidencias de redes que construyeran un pensamiento y una práctica transdisciplinarios, a pesar de que esto es fundamental para la salud de las sociedades.**

Todas las regiones cubiertas muestran la influencia que las instituciones globales han tenido en las ideas de sociedades saludables. Pero las ideas también han fluido de otras maneras, y un "modelo de circulación" puede ahora ajustarse mejor a la forma en que se están desarrollando los paradigmas sobre sociedades saludables. La emigración de los seguidores de Virchow de Europa a América Latina y su establecimiento de cursos académicos sobre la MS influyó en la adopción de políticas sobre la MS por parte de los gobiernos de izquierda de la región. Los activistas exiliados y las poblaciones de la diáspora han desempeñado un papel en el sostenimiento de las ideas y políticas que se introducen después de la elección de nuevos gobiernos. Sin embargo, los países de las tres regiones meridionales abarcadas y sus organizaciones regionales también han influido en las ideas y debates mundiales. Los movimientos indígenas latinoamericanos y la OPS han integrado la SIC en las declaraciones mundiales sobre los pueblos indígenas. Brasil y Chile influyeron en las ideas de la CDSS de la OMS. La experiencia de la India en materia de salud comunitaria con otros países y las experiencias locales influyeron en el pensamiento que subyace a la APS integral. El activista en materia de tratamiento de AOM y el grupo de diplomáticos de África influyeron en la declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. Las tecnologías de la información y los viajes internacionales han permitido un flujo de ideas a través de diversas regiones y actores. Un análisis de las conferencias internacionales reveló que las redes internacionales no eran sólo "correas de transmisión" de ideas sobre políticas de los EE.UU. y Europa hacia América Latina. Por el contrario, a menudo había un debate polémico sobre la

pertinencia e idoneidad de los modelos de política sanitaria y social que se proponían para los contextos locales y las principales aportaciones de los intelectuales de la región a los procesos mundiales (Carter, 2019). Incluso en los casos en que las ideas han fluído desde el nivel global o norte-sur, como la entrada de la medicina social de Europa a América Latina, se han reinterpretado localmente, como en la visión más radical política y epistemológicamente integrada de la medicina social en América Latina en comparación con su expresión en Europa (Carter, 2019). A diferencia de los modelos de núcleo-periferia o imperial-colonial, Birn (2006) sugiere así un modelo de 'circulación' para dar sentido a los flujos entre diferentes regiones y redes en cómo "las ideologías, políticas y prácticas de salud y científicas sufren un intrincado proceso de toma y daca entre múltiples actores que están vinculados en círculos profesionales, políticos y prácticos particulares" (Birn, 2006:57).

3.5 ¿Avanzar, moverse en círculos o llegar a puntos de inflexión?

Para el 2020, dos condiciones mundiales profundas con un impacto local y nacional significativo proporcionan una visión útil sobre el punto crítico que hemos alcanzado en nuestras historias en cuanto a la forma en que pensamos y actuamos en sociedades saludables y tanto ópticas perturbadoras como aspirantes en los enfoques utilizados.

La primera, la pandemia de la COVID-19, ha proporcionado evidencias de la insuficiencia de los enfoques de salud pública reactivos, auto-protectores a nivel nacional y centrados en la biomedicina para hacer frente a una pandemia mundial y los riesgos que ello supone para la salud y la desigualdad social. Esto ha generado la demanda de enfoques participativos más amplios y centrados en la equidad, y de acceso y producción distribuida de tecnologías sanitarias esenciales como bienes públicos mundiales (Sambala et al., 2020; AMREF, 2015; Loewenson et al., 2020). Esto no es exclusivo de la COVID-19. Los mismos argumentos fueron expuestos por figuras como Nelson Mandela para promover la cohesión social y la solidaridad en torno al VIH/SIDA a nivel nacional, regional y mundial. En muchos aspectos esto resuena con las ideas de reciprocidad y bienestar colectivo evocadas en los sistemas de salud tradicionales descritos en este documento y en los conceptos de *ubuntu* y BV.

En cambio, la respuesta a la COVID-19 ha proporcionado evidencias crecientes de la amplia aplicación, tanto en el norte como en el sur, de un enfoque intensivo centrado en la bioseguridad y la patogenia y de una respuesta proteccionista nacionalista como medio para garantizar la salud pública. Hay evidencias de una deuda sanitaria acumulada por la pérdida de ingresos, la inseguridad alimentaria, la soledad y la muerte en solitario, los problemas de salud mental y la discontinuidad de la atención preventiva, promocional y curativa de otras enfermedades de la salud (ONUSIDA, 2020), "en particular cuando las medidas son prolongadas, descuidan las realidades vividas, se dirigen desproporcionadamente a las comunidades desfavorecidas y no proporcionan una protección social adecuada" (Loewenson et al., 2020:1). Ha habido importantes respuestas solidarias y multisectoriales basadas en los derechos en algunas comunidades locales, redes y grupos de la sociedad civil y países. Sin embargo, basándose en las tendencias de la década de 1900 que planteaban a los patógenos como amenazas para la seguridad nacional, los populistas y poderosos ejecutivos han definido al virus como un "enemigo", utilizando la retórica de la guerra y el miedo para justificar enfoques autoritarios, a veces militarizados, de la salud pública que violan los derechos sociales, basándose en leyes anticuadas, como se ha señalado anteriormente para la Ley Sobre la Epidemia de 1897 en la India (Loewenson et al., 2020; Gebreyes et al., 2014; Sambala et al., 2020).

Un segundo desafío profundo y potencialmente un punto de inflexión para los paradigmas sobre sociedades saludables radica en el cambio climático y la pérdida extrema de biodiversidad y la cooperación recíproca y colectiva proactiva que exige para abordarlo. A medida que la amenaza para la supervivencia del cambio climático se convierte en una realidad cada vez más inmediata y se comprende más ampliamente su riesgo intergeneracional, está empezando a estimular nuevas formas de entender la interdependencia; nuevas formas de cooperación internacional que reflejan los intereses colectivos y nuevas demandas para hacer frente a los intereses creados y a los desequilibrios de poder que socavan las pautas sostenibles y equitativas de producción y consumo (Whitmee et al., 2015). Las crisis de los ecosistemas ya han estimulado los paradigmas de ecosalud y salud planetaria, descritos anteriormente, y la participación en plataformas mundiales sobre la protección de la biodiversidad y el desarrollo sostenible (Roger et al., 2016).

La reciente articulación mundial de la salud planetaria y la integración de los ecosistemas como área de responsabilidad mundial colectiva están planteando nuevas ideas sobre la interdependencia y la reciprocidad, algunas de las cuales han existido en las regiones meridionales durante siglos. Si bien han surgido recientemente en el discurso mundial, los paradigmas impulsados por la ecología, la psicología y la reciprocidad han existido en las creencias tradicionales sobre la salud, en el papel de la biodiversidad en la promoción de la salud y la gestión de las enfermedades, y en el BV y el nacionalismo de los recursos. La interdependencia y la reciprocidad articuladas en la salud planetaria también han existido en las tres regiones en los sistemas de salud tradicionales, *ubuntu*, BV y SIC, aun cuando estas ideas y creencias se han visto activamente socavadas en su aplicación por los acontecimientos políticos y económicos.

¿Será suficiente la crisis para que se produzca un cambio copernicano en la forma de pensar y en las relaciones mundiales, incluso entre los poderosos actores mundiales que se benefician de los factores que socavan la equidad en materia de salud en el próximo siglo? Las formas aún más intensas del paradigma patogénico en una respuesta centrada en la bioseguridad a la pandemia de la COVID-19 sugieren que aún no estamos en ese punto. Sin embargo, los movimientos sociales, incluidos los de los jóvenes, y las negociaciones que han surgido en torno al cambio climático y la extinción sugieren que existe una aspiración cada vez mayor a un nuevo pensamiento y a una política mundial. Esperar a que la crisis climática alcance un punto de inflexión puede ser demasiado tarde. ¿Qué se necesitará entonces para responder a esta creciente movilización, escuchar y adoptar colectivamente ideas sobre un equilibrio psicosocial, físico, material y ecológico y sobre las responsabilidades intergeneracionales y colectivas que han existido en las regiones del sur durante siglos y utilizarlas para enmarcar políticas que presenten el necesario desafío más profundo a los determinantes estructurales que tal vez se encuentren en el consenso diplomático de los ODS?

4. Reflexiones finales

Las trayectorias de los paradigmas esbozados en este documento sugieren que las ideas sí importan para producir el cambio y que hay diversas ideas y caminos para una sociedad saludable. Más allá de los cambios impuestos por la coacción militar, el poder ideológico se ha combinado con el poder material, político e institucional para dar a algunos enfoques un mayor dominio.

Las pandemias y el cambio climático como manifestaciones de las crisis mundiales muestran un potencial de futuros significativamente diferentes en el pensamiento y la configuración de sociedades saludables. Existe la sensación de que nos encontramos en un momento crítico para reflexionar sobre las historias, aprender de diversas fuentes y elegir entre ellas. Hay desafíos para las sociedades saludables en nuestro modo de vida, en los patrones de producción y consumo, en la degradación del medio ambiente y en la extrema desigualdad social generada en la actual economía política mundial. Sin embargo, los paradigmas patogénicos y biomédicos y los enfoques de los determinantes sociales a menudo han evitado el desafío directo a una economía política neoliberal. Necesitamos paradigmas que nos sirvan mejor para hacer frente a las crisis a las que nos enfrentamos, incluidas las relacionadas con la desigualdad extrema, la bioseguridad y los desafíos planetarios, y que maximicen nuestras oportunidades para lograr la "salud para todos" que se previó hace medio siglo. ¿Cómo puede la práctica de la investigación contribuir a ello y generar conocimientos que apoyen el cambio?

4.1 Promoción de conocimientos basados en valores, reflexivos y dependientes del contexto

Si bien una ciencia positivista ha hecho importantes contribuciones a la comprensión de los riesgos para la salud pública y al control de las enfermedades, en particular en las ciencias biomédicas, ha tenido menos éxito en la creación del tipo de conocimientos multidisciplinarios, reflexivos y dependientes del contexto necesarios para comprender lo que promueve la equidad sanitaria y el bienestar a nivel de la población. Al plantearse como un método neutral en cuanto a los valores para determinar los conocimientos, los enfoques científicos positivistas pueden reflejar más bien las fuerzas e ideologías dominantes. Sin embargo, la forma en que se generan y aplican los conocimientos sobre la salud y el bienestar de la población está profundamente vinculada a las diferencias en las culturas e identidades locales que deben reconocerse no sólo para la validez de los conocimientos generados, sino como un derecho.

Sugerimos una práctica de investigación, conocimiento y ciencia sobre sociedades saludables que sea explícita sobre los valores aplicados y que reconozca que las ideas difieren a través de diferentes culturas y contextos. Esto implica una investigación inter/trans disciplinaria integrada, así como enfoques participativos de ciencia ciudadana que permitan formas auténticas y sistemáticas de análisis colectivo auto-determinado.

Los enfoques de las sociedades saludables como la APS integral, el BV, la MS, el paradigma de Gandhi, "la salud de la gente en manos de la gente", el *ubuntu*, el nacionalismo de los recursos y la salud planetaria han articulado explícitamente, por ejemplo, los valores y los derechos colectivos que informan su comprensión tanto de los impulsores de los déficits como de las mejoras del bienestar. La acción contra la desigualdad exige algo más que la comprensión de sus determinantes a diferentes niveles. Requiere una comprensión de los factores que impulsan los valores sociales de los derechos percibidos y de lo que es aceptable o injusto desde el nivel local hasta el mundial, y un compromiso con ellos. Benatar et al. (2009) observan que un discurso ampliado sobre la ética y los derechos humanos es fundamental para impulsar el cambio hacia la mejora de la salud mundial; y añadiríamos que ese discurso debe ser reflexivo, contextual y dinámico.

La integración del conocimiento subjetivo no implica una absorción incuestionable de "hechos" afirmados por las voces más fuertes, sino un proceso sistemático y organizado para obtener, analizar, validar colectivamente las evidencias de la experiencia vivida y utilizarlas para problematizar, enmarcar la acción colectiva y aprender de la acción. Como práctica de investigación colectiva, el hecho de proporcionar un espacio y reflexionar sobre los conocimientos extraídos de diferentes contextos y grupos sociopolíticos también exige procesos sistemáticos para explorar el aprendizaje a través de ellos, no sólo de lo que es común, sino también de lo que es diferente y por qué. Este tipo de generación de conocimientos se hace aún más importante a medida que la brecha entre las ideas y la práctica es cada vez menos una cuestión de conocimientos materiales y tecnologías y más de los motores sociopolíticos que determinan la forma en que se utilizan, en particular, como se ha señalado anteriormente, habida cuenta de las repercusiones críticas de las decisiones que adoptamos hoy para el futuro a largo plazo de sociedades saludables.

4.2 Posibilitar diversas formas de conocimiento sobre sociedades saludables

Los enfoques biomédicos y de control de enfermedades y la fragmentación en relaciones individuales determinantes de los resultados han generado un conjunto más amplio de conocimientos publicados sobre salud (y medicina) que conocimientos cualitativos, sociales y orientados a la práctica, especialmente los que se derivan de la investigación de métodos más reflexivos y participativos (Wilson, 2000). Sin embargo, las singulares conexiones que se establecen entre las enfermedades y los determinantes biológicos contribuyen poco a la comprensión de la complejidad multidimensional y las posibles opciones éticas en torno a la política sobre sociedades saludables en un mundo interdependiente. Una visión del mundo newtoniana reduccionista y determinista, aunque simple, también ignora la agencia, los valores y la creatividad humana que se aplican en los sistemas sanitarios y sociales.

El reconocimiento del flujo circular de aprendizaje y conocimiento mutuamente útil sobre los problemas compartidos en la salud de la población es un desafío al efecto homogeneizador de la información y los medios de comunicación en la globalización. Implica procesos de escucha diferentes, tal vez más lentos, en la construcción de un pensamiento global sobre sociedades saludables y un mayor intercambio horizontal entre regiones.

Sugerimos proporcionar espacios para conexiones "de abajo hacia arriba" a través de diferentes regiones para investigar, discutir y comprender cómo las ideas, el conocimiento y la práctica en los caminos hacia sociedades saludables se comparan a través de las regiones y lo que esto implica tanto para la acción local como para los marcos globales.

Un análisis holístico de las vías para sociedades saludables requiere una matriz de evaluación que vaya más allá de los determinantes e intervenciones individuales para comprender más a fondo los impulsores y la determinación social de las vías para sociedades saludables, como se planteó en la Sección 3. Los estudios de casos pueden permitir que la profundidad, las aportaciones interdisciplinarias y los enfoques reflexivos exploren, analicen colectivamente y edifiquen conjuntamente los conocimientos internacionales. Esos estudios de casos pueden referirse a

cuestiones locales, como la forma en que se elaboran y enmarcan los enfoques equitativos basados en zonas para abordar las múltiples dimensiones del bienestar urbano, o pueden relacionarse con la forma en que se abordan los determinantes mundiales en desafíos mundiales como las pandemias y la salud planetaria.

Esos procesos podrían reunir a diferentes disciplinas, agentes y grupos sociopolíticos para comprender mejor las interconexiones, influencias, poder y relaciones, así como las formas de alianzas y acciones de colaboración que crean influencia y apoyo a las ideas, dentro de los países y entre ellos.

Algunos sugieren que la mejor manera de hacerlo es cuando la investigación, el aprendizaje y el conocimiento están integrados en el contexto y la práctica cotidiana de los afectados, vinculados a modelos de intervención que sean auto-organizados, dinámicos y capaces de abordar diferentes dimensiones de la realidad (De Angulo y Losada, 2014). En la sección anterior se señaló el valor de las colaboraciones entre la salud y otros sectores y disciplinas y redes dentro de los países y entre ellos para promover ideas y políticas en pro de sociedades saludables. Si bien hay redes cada vez más numerosas, sigue habiendo un déficit a nivel nacional y mundial de colaboraciones que construyan un pensamiento y una práctica transdisciplinarios y que generen los conocimientos validados colectivamente a partir de la experiencia vivida por los directamente afectados.

4.3 Sin agencia y autodeterminación, no hay una sociedad saludable

Los continuos déficits y desigualdades sociales identificados en el documento que afectan a las sociedades saludables, el uso continuo de medidas para hacer frente a las emergencias de manera que fatiguen y dañen la confianza pública y la generación de estigmas y protestas como una característica de la política electoral sugieren que un motor clave de las sociedades saludables será cuando las personas y los países consideren que un statu quo insalubre ya no es aceptable y tengan las ideas y la confianza para producir el cambio, incluso para la equidad intergeneracional (Schram y Goldman, 2020; Dube et al., 2014). Las ideas tienen poder cuando son comprendidas y abrazadas por el público en general y tienen sentido para las personas (Escobar, 2020).

En un análisis de los obstáculos a la aplicación de la APS integral en el AOM se determinó que no era la falta de políticas lo que debilitaba la aplicación, sino la falta de comprensión y propiedad compartida de los conceptos de la APS entre los encargados de la formulación de políticas, los trabajadores de la salud, los sectores y el público (OMS AFRO, 2008). Algunos de los enfoques descritos en este documento han alienado y vuelto pasivas a las personas, mientras que otros han promovido las ideas, el poder y la acción colectivos. *Sin embargo, sin agencia ni autodeterminación, ¿podemos hablar realmente de sociedades saludables?*

En el documento se señala una diversidad de agentes, a menudo en situaciones de relaciones de poder desiguales, para los que esa agencia es pertinente, ya sea de países que participan en plataformas mundiales, o grupos sociales que participan en plataformas nacionales o agentes públicos que participan con los sectores privados locales o mundiales. La creación de formas de conocimiento que apoyen esos involucramientos exige la comprensión de los espacios y los agentes involucrados. También implica formas de generación de conocimientos y evidencias que se vinculan a los procesos y actores que producen el cambio hacia sociedades saludables, ya sea a través de la organización social, las reformas del sistema, la creación de capacidad, la negociación de políticas, la impugnación jurídica, entre otros.

La investigación puede generar evidencias estratégicas que se incorporen a esa agencia y a las reivindicaciones, en particular cuando se lleva a cabo con o dentro de los movimientos sociales e instituciones que se ocupan de sus condiciones de salud y en procesos que vinculan la teoría y la práctica y que incorporan la revisión estratégica y el aprendizaje de la acción. La investigación puede respaldar explicaciones y discursos que permitan nuevas ideas, y crear confianza para articularlas, incluso cuando desafían los paradigmas dominantes.

Los cambios de paradigma tienen lugar cuando su posible logro atrae a un grupo duradero de adherentes que se alejan del statu quo o cuando las ideas previas plantean demasiados problemas para resolverlos. Vivimos en un momento Gramsciano de viejas y nuevas ideas, en el que se responde a las amenazas para la salud reavivando los antiguos enfoques coercitivos de la salud

pública y la práctica del bienestar sigue estando marginada, incluso mientras se propugnan nuevos marcos de cooperación mundial y responsabilidades colectivas.

Las experiencias en este documento muestran que las ideas de quién dominan importan en quién reclama y ejerce la agencia. La globalización no sólo ha generado desafíos de economía política para las sociedades saludables, sino que ha ampliado el flujo de información e ideas y la conexión social con un potencial de control o de pluralidad de ideas e imaginación (Franco et al., 2014). Las trayectorias futuras de las sociedades saludables no son, pues, sólo trayectorias de ideas diferentes, sino de cómo se organiza y se reclama la agencia para las ideas que más importan.

5. Referencias

1. Afifi A and Breslow L (1994) 'The maturing paradigm of public health', *Annu rev public health* 15:223-35.
2. African Union (2015) 'Agenda 2063: The Africa we want', AU: Addis Ababa. Available at: https://au.int/sites/default/files/documents/33126-doc-11_an_overview_of_agenda.pdf.
3. Aguirre B (1955) 'Programas de salud en la situación intercultural', Ediciones especiales del Instituto indigenista interamericano:23.
4. Agyepong I et al. (2017) 'The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: The Lancet Commission on the future of health in sub-Saharan Africa', *Lancet Commission*. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31509-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31509-X).
5. Allende GS (1939) *La realidad medico social Chilena*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Santiago.
6. AMREF (2015) 'Mandela's eldest daughter calls for a paradigm shift in Africa', *Pride*, June 3. Available at: <https://pridenews.ca/category/national-news/>.
7. Arnold D (2013) 'Dietetics, mimesis and lterity: Food in Asian medical traditions and East-West exchanges' in Kumar D and Basu R (eds) *Medical encounters in British India*, 80-97, Oxford University Press: Oxford.
8. Banerji D (1985) *Health and family planning services in India*. Lok Paksh: New Delhi.
9. Barie C (2014) 'Narrativas constitucionales en Bolivia y Ecuador', *Science direct* 59:9-40.
10. Baru R (1998) *Private health care in India: Social characteristics and trends*. New Delhi: Sage Publications.
11. Baru R (2015) *Medical insurance schemes for the poor: Who benefits?* Foundation Books: Delhi.
12. Baru R (2018) 'Unravelling the "Social" in social determinants and health' in Mehdi and Rajan (eds.) *India health report*. Oxford University Press: Oxford.
13. Baru R, Acharya A, Kumar S et al. (2010) 'Inequities in access to health services in India: Caste, class and region', *Economic and political weekly*, 45(38):49-58.
14. Baru R and Kapilashrami A (2019) 'Unpackaging the private sector in health policy and services' in Kapilashrami A and Baru R (2019) *Global health governance and commercialisation of public health in India: Actors, institutions and the dialects of global and local*. Routledge: UK.
15. Baru S (1998) 'State and industrialisation in a post-colonial capitalist economy - The experience of India', *Economic and political weekly*, 23(4):143-50.
16. Bedregal P, Torres A, Carballo C (2014) 'Chile crece contigo, el desafio de la infancia', PNUD: Santiago.
17. Benatar S, Gill S, Bakker I (2009). 'Making progress in global health: The need for new paradigms', *International affairs (Royal Institute of International Affairs 1944-)*, 85(2):347-71. Available at: <http://www.jstor.org/stable/27694978>
18. Bert F, Scaioli G, Gualano MR et al. (2015) 'How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies', *J of public health research* 4:393.
19. Birn AE (2006) 'The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940', *História, ciências, Saúde-Manguinhos* 13(3):675-708. Available at: <http://doi.org/10.1590/S0104-59702006000300007>.
20. Boron A (2012). 'America latina en la Geopolitica del imperialismo'. Ed Luxemburg. Buenos Aires <https://www.centrocultural.coop/blogs/pled/2017/07/08/america-latina-en-la-geopolitica-del-imperialismo-atilio-boron-bs-ediciones>
21. Brandt A (2013) 'How AIDS invented global health', *N Engl J Med* 368:2149-2152. Available at: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1305297>.
22. Brown T, Cueto M, Fee E (2006) 'The World Health Organization and the transition from international to global public health', *American J of Public Health* 96(1):62-72.
23. Buse K and Hwakes S (2015) 'Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift?' *Globalization and health* 11:13. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0098-8>.
24. Cáceres G (2003) 'La implantación de la viruela en los andes, historia de un holocausto', *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica*, ISSN 1726-4634.
25. Carter ED (2019) 'Social medicine and international expert networks in Latin America, 1930-1945', *Global public health*, 14(6-7):791-802. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2017.1418902>.
26. Chapman A (2010) 'The social determinants of health, health equity, and human rights', *Health and human rights* 12:2. Available at: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/the-social-determinants-of-health-health-equity-and-human-rights/>.
27. Chatora R and Tumusime P (2004) 'Primary health care: A review of its implementation in sub-Saharan Africa', *Primary health care research and development* 5:296-306.
28. Chorev N (2012) *The World Health Organization between north and south*, Cornell University Press: Ithaca. Available at: <https://b-ok.cc/book/5470907/b873e3?redirect=17728953>.
29. CLACSO (2020) 'Ambiente, cambio climático y buen vivir en America Latina', CLASCO, Buenos Aires.
30. Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2015a) 'Pobreza, desigualdad y sistemas de protección social en América Latina, avances y desafíos', CEPAL, Santiago.
31. CEPAL (2015b) 'Observatorio regional de planificación para el desarrollo', CEPAL, Santiago.
32. Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2005) 'Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences', CSDH: Geneva. https://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1

33. CSDH- PHM India (2005) PHM-I Perspectives. Presentation to the Regional consultation WHO-SEARO, New Delhi. September 2005.
34. Commonwealth Secretariat (2016) *A systems framework for healthy policy advancing global health security and sustainable well-being for all*, Commonwealth Secretariat: UK.
35. Cornia G and Mwabu G (1997) 'Health status and health policy in sub-Saharan Africa: A long-term perspective', UNU-WIDER: New York.
36. De Angulo J and Losada L (2014) 'Health paradigm shifts in the 20th century', *Christian J for global health* 2(1):49-58. Available at: <https://journal.cjgh.org/index.php/cjgh/article/view/37/182>.
37. Dube L, Addy N, Blouin C, Drager N (2014) 'From policy coherence to 21st century convergence: A whole-of-society paradigm of human and economic development', *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1331:201-15.
38. EQUINET (2012) 'Regional equity watch- Assessing progress towards Equity in Health', EQUINET: Harare.
39. EQUINET Steering Committee (SC) (2007) 'Reclaiming the resources for health: A regional analysis of equity in health in east and southern Africa', EQUINET in association with Weaver Press: Zimbabwe; Fountain Publishers: Uganda; and Jacana: South Africa.
40. Escobar A (2020) *Pluriversal politics: The real and the possible*, Duke University Press: Durham.
41. Fernández G (2010) 'Retos y paradojas de la salud intercultural', Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud Interculturalidad y Derechos: Quito.
42. Fidler D (2009) *After the Revolution: Global health politics in a time of economic crisis and threatening future trends*, Articles by Maurer Faculty. Available at: <https://www.repository.law.indiana.edu/facpub/145>.
43. Franco A, Bouma H, van Bronswijk J (2014) 'Health care paradigms in transition', *Gerontechnolog* 13(1):5-10. Available at: <https://smgg.es/images/articulos/paradigms.pdf>.
44. Fukuda-Parr S (2019) 'Keeping out extreme inequality from the SDG agenda – The politics of indicators', *Global policy*, 10:51. Available at: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12602>.
45. Gakuya, D Okumu MO, Kiama SG et al. (2020) 'Traditional medicine in Kenya: Past and current status, challenges, and the way forward', *Scientific African* 8; e00360.
46. Ganesan U (2010) 'Medicine and modernity: The Ayurvedic revival movement in India, 1885-1947', *Studies on Asia*. IV, 1(1):108-31.
47. Gebreyes WA, Dupouy-Camet J, Newport MJ et al. (2014) 'The global one health paradigm: Challenges and opportunities for tackling infectious diseases at the human, animal, and environment interface in low-resource settings', *PLoS Negl Trop Dis* 8(11): e3257. Available at: <http://doi.org/10.1371/journal>.
48. Gill K (2009) 'A primary evaluation of service delivery under the National Rural Health Mission (NRHM): findings from a study in Andhra Pradesh, Uttar Pradesh, Bihar and Rajasthan', working paper, Planning Commission of India. Available at: http://planningcommission.nic.in/reports/wrkpapers/wrkp_1_09.pdf.
49. Giovannini E, Hall J, Morrone A et al. (2011) 'A framework to measure the progress of societies', *Revue d'économie politique* 121(1):93-118. Available at: <https://doi.org/10.3917/redp.211.0093>.
50. Global Health Security Agenda (2020) 'A partnership against global health threats'. Available at: <https://ghsagenda.org/>.
51. Gostin LO, Meier BM, Thomas R et al. (2018) '70 years of human rights in global health: Drawing on a contentious past to secure a hopeful future', *Lancet* 392:2731–35. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32997-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32997-0).
52. Gottschalk K (2016) 'Explainer: The Non-Aligned Movement in the 21st century', *The conversation*, September 28. Available at: <https://theconversation.com/explainer-the-non-aligned-movement-in-the-21st-century-66057>.
53. Gudavarthy A and Vijay G (2020) 'Social policy and political mobilisation in India: Producing hierarchical fraternities and polarized differences', *Development and change* 51(2):463–84.
54. Harmer A and Buse K (2014) 'The BRICS – a paradigm shift in global health?' *Contemporary politics*. Available at: <https://doi.org/10.1080/13569775.2014.907988>.
55. Healthier Societies for Healthy Populations Group (HSHPG) (2020) 'Healthier societies for healthy populations', *Lancet* 395:1747-49.
56. Healthypeople.gov (2020) 'Healthy People 2030 Framework, USA'. Available at: <https://www.healthypeople.gov>.
57. Hermida C (2011) 'Sumak Kawsay: Ecuador builds a new health paradigm', *MEDICC review*, 13(3):59-60. Available at: <https://scielosp.org/pdf/medicc/2011.v13n3/60-60/en>.
58. Heymann DL, Chen L, Takemi K et al. (2015) 'Global health security: The wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic', *Lancet* 385(9980):1884–1901. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3).
59. Hidalgo-Capitán AL and Cubillo-Guevara AP (2017) 'Deconstrucción y genealogía del “buen vivir” latinoamericano. El (trino) “buen vivir” y sus diversos manantiales intelectuales', *International development policy | Revue internationale de politique de développement*. Available at: <http://journals.openedition.org/poldev/2517>; <https://doi.org/10.4000/poldev.2517>.
60. Horton R and Lo S (2015) 'Planetary health: A new science for exceptional action', *Lancet* 386 (10007): 1921–22. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61038-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61038-8).
61. Howard R and Gunther S (2012) *Health in all policies: An EU literature review 2006 – 2011 and interview with key stakeholders*, EU: Brussels.
62. Ichoku HE, Mooney G, Ataguba J (2013) 'Africanising the social determinants of health: Embedded structural inequalities and current health outcomes in sub-Saharan Africa', *International J of health services*, 43:1-14.

63. Iyengar S. (2017) 'Health Care: The Gandhian Way', 13th HM Patel Memorial Lecture, Karamsad, Anand, Gujarat. Available at http://www.charutarhealth.org/sites/default/files/13thhm_patel_memorial_lecture_text_new_0.pdf
64. Kamradt-Scott A, Wroczynski M (2016) 'Global health security meeting of experts', *BMJ* and Chatham House:UK. Available at: <https://www.bmj.com/company/global-health-ii/global-health-security-and-bmj/>.
65. Kenyon KH, Forman L, Brolan CE (2018). 'Deepening the relationship between human rights and the social determinants of health: A focus on indivisibility and power', *Health and human rights* 20(2):1-10.
66. Kothari R (1984) 'Party and state in our times: The rise of non-party political formations', *Alternatives: global, local and political* 9(4):541-64. Available at: <https://doi.org/10.1177/030437548400900404>.
67. Kickbusch I (2008) 'Healthy societies: Addressing 21st century health challenges', Government of South Australia, Adelaide.
68. Kumar D and Basu RS (2013) *Medical encounters in British India*. Oxford University Press: New Delhi.
69. Landsberg C (2005) 'Toward a developmental foreign policy? Challenges for South Africa's diplomacy in the second decade of liberation?' *Social research*, 72(3):723-56.
70. Lebesse RT (2013) 'Ubuntu in health care: Setting the tone for an interdisciplinary African epistemology', *J AIDS Clin Res*, 4:9. Available at: <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6113.S1.004>.
71. Lerner H and Berg C (2017) 'A comparison of three holistic approaches to health: One health, EcoHealth, and planetary health', *Frontiers in veterinary science* 4:163. Available at: <https://doi.org/10.3389/fvets.2017.00163>.
72. Loewenson (2012) 'Bridging paradigms: Synergies and differences in the conceptual frameworks for social determinants of health equity, human-rights based and gender mainstreaming approaches in health', TARSC: Harare.
73. Loewenson R, Modisenyane M, Pearcey M (2014) 'African perspectives in global health diplomacy. *J of health diplomacy*. 1-20, Available at <https://tinyurl.com/yxdzb5va>
74. Loewenson R, Accoe K, Bajpai N et al. (2020) 'Reclaiming comprehensive public health', *BMJ global health* 5:e003886. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003886>.
75. Lombardo P (2019) 'Eugenics and public health: Historical connections and ethical implications', *Oxford handbook of public health ethics*, OUP: Oxford. Available at: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190245191.013.56>.
76. Maldonado R (2010) 'Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir', Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud Interculturalidad y Derechos: Quito.
77. Marten, R. (2018) How states exerted power to create the Millennium Development Goals and how this shaped the global health agenda: Lessons for the sustainable development goals and the future of global health, *Global Public Health*, 14(1):1-16, doi: [10.1080/17441692.2018.1468474](https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1468474)
78. Mash R, Howe A, Olayemi O et al. (2018) 'Reflections on family medicine and primary healthcare in sub-Saharan Africa', *BMJ global health* 3. Available at: e000662 https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e000662.
79. Matheson D and Matheson K (2017) 'Case study: Ngāti Porou Hauora, New Zealand' in the Shaping programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health, in association with NPH, TARSC: Available at: <http://tinyurl.com/ydbkwzsl>.
80. Mersmann F, Wehnert T, Gopel M et al. (2014) *Shifting paradigms unpacking transformation for climate action*, Wuppertal Institute for Climate, Environment and Energy GmbH: Germany.
81. Mkandawire T (2005) 'Targeting and universalism in poverty reduction', UNRISD social policy and development programme paper 23, UNRISD: Geneva.
82. Mokaila A (2001) *Traditional vs western medicine --- African context*. Drury University: Springfield.
83. Montano J (2018) 'Neoliberalismo en Chile: Instauracion, características, ventajas'. Available at: Lifeder.com.
84. Monteverde S (2011) 'Los Incas y la fiesta de la Sitúa', *Chungara revista de antropología chilena*: 43(2).
85. Mushtaq MU (2009). 'Public Health in British India: A Brief Account of the History of Medical Services and Disease Prevention in Colonial India'. *Indian Jo Community Medicine*, 34(1), 6–14. Available at <https://doi.org/10.4103/0970-0218.45369>
86. National Human Rights Commission (NHRC) (2006) 'Women's right to health', NHRC: New Delhi 110 001. Available at: <https://nhrc.nic.in/sites/default/files/Womens.pdf>.
87. Nunes E (2015) 'Paradigmas de la salud colectiva', *Ciencia e saude coletiva* 20(1).
88. Nunn A, Dickman S, Nattrass N et al. (2012) 'The impacts of AIDS movements on the policy responses to HIV/ AIDS in Brazil and South Africa: A comparative analysis', *Glob public health* 7(10):1031–44. Available at: <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.736681>.
89. Padilha A (2011) 'Brazil calls for pact on social factors to improve health', *Bulletin of the World Health Organization* 89(10): 714–15. Available at: <https://doi.org/10.2471/BLT.11.061011>.
90. PAHO, WHO (2017a) 'Policy on ethnicity and health', CSP 29/7, Rev1. PAHO WHO: Washington, DC.
91. PAHO, WHO (2017b) 'Health in the Americas: Pathway to sustainable health', PAHO, WHO. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=67>.
92. PAHO, WHO (2019) 'Report of the Commission on equity and health inequalities in the Americas'. PAHO WHO: Washington, DC.
93. Paiva CH and Teixeira HA (2014) 'Reforma sanitaria e a criacao do Sistema Único de Saude', *Hist. cienc. Saude-manguinhos* 26(4):1139-50.
94. Paul E, Brown G, Ridde V (2020) 'COVID-19: Time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health', *BMJ Global Health* 2020:5. e002622 Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002622>.

95. Pongsiri MJ, Bickersteth S, Colón C et al. (2019) 'Planetary health: From concept to decisive action', *Lancet planetary health* 3(10) e402–e404. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30190-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30190-1).
96. Prinsloo ED (2001) 'A comparison between medicine from an African (Ubuntu) and Western philosophy', *Curationis*, March, 58-65.
97. Qadeer I and Baru R. (2016) 'Shrinking spaces for the "Public" in contemporary public health', *Development and change* 47(4):760-81. Available at: <https://doi.org/10.1111/dech.12246>.
98. Qadeer I, Sen K, Nayar KR (2001) *Public health and the poverty of reforms: The South Asian predicament*, Sage Publications: New Delhi.
99. Quijano G (2018) 'Papel de Fidel Castro en los determinantes sociales de la salud en Cuba', *Revista Cubana de medicina militar*, 47(4).
100. Ramanna M (2013) 'A mixed record: Malaria control in Bombay presidency, 1900-1935' in Kumar D and Basu RS (2013) (ed) *Medical encounters in British India*. Oxford: New Delhi.
101. Rao M and Sexton S (2010) *Malthus and markets: Gender and health in neoliberal times*. Sage: Delhi.
102. Rasanathan K, Bennett S, Atkins V et al. (2017) 'Governing multisectoral action for health in low- and middle-income countries', *PLoS med* 14(4): e1002285. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002285>; <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002285>.
103. Ravenhill J (2008) *International political economy*, Oxford Handbook of International Relations. Oxford University Press: Oxford. Available at: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199219322.003.0031>.
104. REDSACOL-ALAMES (2017) 'Boletín informativo' 6, REDSACOL-ALAMES, Caracas,
105. Reich M, Ikegami N, Shibuya K et al. (2011) '50 years of pursuing a healthy society in Japan', *Lancet*. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60274-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60274-2).
106. Ridgway E, Baker P, Woods J et al. (2019) 'Historical developments and paradigm shifts in public health: Nutrition science, guidance and policy actions: A narrative review', *Nutrients* 11:531. Available at: <https://doi.org/10.3390/nu11030531>.
107. Rifkin S (2020) 'Paradigms, policies and people: The future of primary health care', *BMJ global health* 5:e002254. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002254>.
108. Rodrigues PHA (2014) 'Desafios para a consolidacao do Sistema de Saude:Uma abordagem histórica', *Hist. Cienc. Saude- Manguinhos*; 26(4):37-60.
109. Rodriguez A (2013) 'América Latina en movimiento' in *UNASUR: Una Estrategia Integral: América Latina en Movimiento*, Quito.
110. Roger F, Caron A, Morand S et al. (2016) 'One health and ecoHealth: The same wine in different bottles?' *Infection ecology & epidemiology* 6:1, 30978. Available at: <https://doi.org/10.3402/iee.v6.30978>.
111. Rushton S (2011) 'Global health security: Security for whom? Security from what?' *Political studies*, 59(4):779–96. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>.
112. Russo G and Shankland A (2014) 'Brazil's engagement in health co-operation: What can it contribute to the global health debate?' *Health policy and planning*, 29(2):266–70. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapol/czt014>.
113. Salaverry O (2010) 'Simposio de interculturalidad en salud', *Revista Peruana de medicina experimental y salud publica* 27(1):80-9.
114. Sambala E, Manderson L, Cooper S (2020) 'Can the philosophy of ubuntu help provide a way to face health crises?' *The conversation*, April 28.
115. Schmidt B (2018) 'Hegemony: A conceptual and theoretical analysis', Doc Research Institute. Available at: <https://doc-research.org/2018/08/hegemony-conceptual-theoretical-analysis/>.
116. Schram A and Goldman S (2020) 'Paradigm shift: new ideas for a structural approach to NCD prevention: Comment on "How Neoliberalism is shaping the supply of unhealthy commodities and what this means for NCD prevention"', *Int J Health Policy Manag* 9(3):124–27. Available at: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.105>.
117. Shah G (1990) *Social movements in India: A review of literature*. Sage: Delhi.
118. Shukla A and Phadke A (1999) 'Health movement in India', *Health action* 12(12):6-9.
119. Snowden FM (2019) *Epidemics and society: From the Black Death to the present*. Yale University Press: New Haven and London. Available at: <https://news.yale.edu/2019/10/24/epidemics-and-society-black-death-present>.
120. Solar O and Irwin A (2010) 'A conceptual framework for action on the social determinants of health', WHO discussion paper 2 (Policy and Practice). WHO: Geneva.
121. Spinney L (2020) "The world changed its approach to health after the 1918 Flu. Will it after the COVID-19 outbreak?" *Time magazine*, March 7, 2020.
122. Srinivasan V and Narayanan S (2007) *Food policy and social movements: Reflections on the right to food campaign in India*, Cornell University: Ithaca. Available at: <https://tinyurl.com/y65lu9fz>.
123. Streefland P (2008) 'Public health care under pressure in sub-Saharan Africa', *Medische antropologie* 20(1):2, 139-49.
124. Tilley L (2020) 'Saying the quiet part out loud: Eugenics and the "aging population" in conservative pandemic governance', *Discover society*. Available at: <https://discoversociety.org/2020/04/06/saying-the-quiet-part-out-loud-eugenics-and-the-aging-population-in-conservative-pandemic-governance/>.

125. UNAIDS (2020) 'Rights in a pandemic: Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19', UNAIDS: Geneva. Available at: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf .
126. Van Olmen J, Marchal B, Van Damme W et al. (2012) 'Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas', *BMC public health*, 12:774. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/774>.
127. Vearey J, Luginaah I, Magitta N et al. (2019) Urban health in Africa: a critical global public health priority *BMC public health* 19:340. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6674-8>.
128. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A et al. (2011) 'Social medicine then and now: Lessons from Latin America', *AJPH* 91(10):1592-1601.
129. Wallace R, Liebman A, Chaves LF et al. (2020) 'COVID-19 and circuits of capital', *Monthly review*, 1 May. Available at: https://doi.org/10.14452/MR-072-01-2020-05_1; at <https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/>.
130. West A (2006) 'Theorising South Africa's corporate governance', *J of business ethics* 68(4):433-48.
131. Wilkinson R and Marmot M (eds.) (2003) *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed). WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
132. Wilson HJ (2000) 'The myth of objectivity: Is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm?' *Family practice* 17(2):203–09. Available at: <https://doi.org/10.1093/fampra/17.2.203>.
133. Whitmee S, Haines A, Beyrer C et al. (2015) 'Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health', *Lancet* 386:1973–2028. Available at: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1) at <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2960901-1>.
134. World Bank (1993) *Investing in health. World development report*, World Bank: Washington, DC.
135. World Bank (1994) 'A brief history of primary health care strategies in Africa' in *Better health in Africa: Experience and lessons learned*, World Bank: Washington, DC.
136. World Health Organization (WHO) (1948) *Constitution of the World Health Organisation*, WHO: Geneva. Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
137. WHO (2007) *World Health Report 2007. A safer future: global public health security in 21st century*. WHO: Geneva.
138. WHO (2016) 'Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development'. World Health Organization: Shanghai. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
139. WHO (2019) 'What is universal health coverage?' WHO: Geneva.
140. WHO (undated) 'A human rights-based approach to health', WHO Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights: Geneva.
141. WHO AFRO (2008) 'Review of primary health care in the African region', WHO AFRO: Brazzaville.
142. WHO AFRO (2014) 'The health of the people: What works', *The African Regional health report 2014*, WHO AFRO: Brazzaville.
143. WHO Euro (1986) 'Ottawa charter for health promotion', WHO Euro: Copenhagen.
144. WHO Euro (2014) 'Healthy cities-Promoting health and equity – evidence for local policy and practice', WHO Euro: Copenhagen. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/262492/Healthy-Cities-promoting-health-and-equity.pdf?ua=1.
145. WHO Euro (2020) 'Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being', WHO Euro: Copenhagen
146. Youde J (2007) 'Why look East? Zimbabwean foreign policy and China', *Africa today* 53(3):3-19.
147. Zurbrigg S (1992) 'Hunger and epidemic malaria in Punjab, 1868-1940', *Economic and political weekly* 27:4.

Appendix 1: Timeline of major contextual, paradigm and policy events

Date	Paradigm / policy event	
Pre-1900s	<ul style="list-style-type: none"> • BC Hippocrates disease-agent causality and Aristotle material and non-material dimensions of wellbeing. • Slave trade, colonial expansion and settlement • 1500s: Fall of the Azteca and Inca empires in Latin America by Spanish conquistadores • Traditional medicine and <i>ubuntu</i> in the ESA region • Scientific advancement of germ theories in Renaissance • 1700s: Earliest promotion of SM and BV by Eugenio Espejo in Ecuador • USA independence and growth of influence in Latin America • Industrial revolution, communicable disease and pathogenic/ sanitary public health development in Europe and USA (1842 UK Chadwick Report; 1850 US Shattuck Report). • Virchow and Engels in Europe on the social origins of illness and social medicine 	
1900-1978	<ul style="list-style-type: none"> • Cold War and nuclear escalation; WW1 and WW2 and 1930s economic depression • Enactment of public health laws; laws suppressing traditional health systems; eugenics and pathogenic public health controls in colonies and of faith-based medical services • Promotion of Marxist political economy analysis and 1917 socialist government in USSR <p>Permanent institutions for international health –</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pan American Sanitary Bureau evolved to PAHO in 1902 • 1920: League of Nations Health Organization • 1948: WHO constitution - health as 'physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease'; United Nations Universal Declaration of Human Rights <ul style="list-style-type: none"> • Scientific development of germ theory and sanitary interventions with Rockefeller Foundation • 1950s: WHO Global Battle Against Disease; malaria eradication campaign in India reversed due to failure by WHA in 1969 • 1960s: Vertical disease control, technological malaria and population control in India <p>1930s onwards:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialised medicine in Russia and increased science in high-income countries on chronic conditions related to food, harmful products • National anti-colonial liberation struggles and independence in Africa • 1940s: Bhore Committee Report for Indian health services, Indian independence and Nehruvian state-led capitalist development, with a 1960s fiscal crisis • 1959: Cuban revolution and introduction of socialism followed by left • Juan Garcia leads on SM from PAHO, creation of ALAMES and key technical institutions supporting SM (UAM Xochimilco, CEBES, ABRASCO); Paulo Freire pedagogy of the oppressed • Social medicine movement in Latin America, Allende as Health Minister and creation of national health service in Chile and Justo in Argentina. Followed by USA supported military coups and dictatorships in Latin America and exile of SM leaders <ul style="list-style-type: none"> • 1960s: Non-Aligned Movement, UN Conference on Trade and Development (UNCTAD) promoting fairer terms of trade and more generous development financing • 1970s: Indian economic stagnation, targeted poverty alleviation, forced sterilisation and emergency laws contested by civil society, political and Gandhian socialist opposition; experiments with local democracy and community health • 1973: China re-entry in the UN • 1974: UN declaration on the New International Economic Order • Mahler as WHO DG, promoting community health experiences from Africa, Asia, Latin America and China's barefoot doctors 	
1978	1978: Alma Ata Declaration on primary healthcare and goal of "Health for All in the Year 2000"	
1979-1990	<ul style="list-style-type: none"> • Oil crisis, global recession, rising external debt in ESA countries; repeated climate related famines and food crises • Introduction of Bretton Woods structural adjustment/ neoliberal policies and focus on fiscal 	

Date	Paradigm / policy event
	<p>austerity and external trade-driven GDP growth</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deepening neoliberal reforms in India, centralisation of political power, rise of BJP and Hindu nationalism; growth of private corporate hospital and pharmaceutical sector in medical care • Selective PHC GOBI promoted by Rockefeller Foundation, World Bank, Ford Foundation, USAID, UNICEF as pragmatic, low-cost, limited interventions • GFATM, Gates Foundation focus on high mortality HIV, malaria and TB • Post-independent countries integrating comprehensive PHC in policy, expanding curative health services and with development aid implementing selective PHC <ul style="list-style-type: none"> • End of the Cold War • 1979: African Charter on Human and Peoples' Rights (ACHPR), adopted by the OAU: <i>"Every individual shall have the right to enjoy the best attainable state of physical and mental health"</i> • 1980: OAU Lagos Plan of Action for the Economic Development of Africa, 1980-2000 emphasising intra-regional trade and co-operation and collective self-reliance • 1980s: Spread of HIV and high levels of AIDS mortality in ESA countries • 1987: African health ministers adoption of the Bamako Initiative to accelerate PHC practice • 1988: Rights-based constitution and creation of the national health service (SUS) in Brazil • UN World Commission on Environment and Development led by Norway and 1992: Earth Summit • 1986: Ottawa Charter for Health Promotion promoting IAH/MAH on social determinants
1990s	<ul style="list-style-type: none"> • USA CDC director William Foege points to "global infectious disease threats; sets a strategy for the 21st century • USA Institute of Medicine's report, America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests, with a role for the Department of Defence Global Emerging Infections Surveillance and Response System • Commission on Macroeconomics and Health established, identifying (in 2001) disease priorities requiring focused intervention • WHO leadership role health diffused as mission dispersed to World Bank and other UN agencies • 1993: World Bank World Development Report: Investing in Health promotes selective cost effective interventions using DALY analysis in ESA and India • UNICEF promotion of "adjustment with a human face" in ESA countries • Bamako initiative funding of public healthcare from cost recovery from medicine charges • Chile's national adoption of the Washington consensus neoliberal model • India: Decline in public expenditure on health; efficiency reforms with World Bank soft loans and targeted safety nets for poverty alleviation <ul style="list-style-type: none"> • 1992: ESA country negotiations to protect national resources in the Convention on Biological Diversity (CBD), the Convention on International Trade in Endangered Species (CITES), the International Protocol on Trade (IPT), the Trade-Related Aspects of Intellectual Rights (TRIPS), the OAU model and the UN Declaration of the Rights of Indigenous People. • 1998, Yach and Bettcher on "The Globalization of Public Health" pointing to the interdependence from globalisation and implications for marketing of harmful products and spread of infectious disease. • WHO publication of Social Determinants of Health: The Solid Facts putting social systems in the centre of the analysis. • Promotion of BV, SM and ICH by indigenous and social movements and newly elected left governments in selected Latin American countries; Creation of ALBA left political grouping
2000	<p>UN Millennium Development Goals with three health-related goals on child mortality, maternal mortality, access to reproductive healthcare and HIV, TB and malaria to be met by 2015.</p>
2000-2009	<ul style="list-style-type: none"> • 2000: People's Health Movement People's Health Charter' affirming comprehensive PHC • 2001: New Partnership for Africa's Development (NEPAD) calls for fairer returns from globalisation and development support • 2000s: India Coalition government with Hindu Nationalist Party (BJP) followed by a United Progressive Alliance Coalition alliance both continuing liberalisation but in the coalition period with greater attention to rights, social determinants and space for civil society • 2001 Doha Declaration on TRIPS and public health led from African states, Brazil, India, treatment access social movements challenging to intellectual property constraints in public health

Date	Paradigm / policy event
	<ul style="list-style-type: none"> • 2003 WHO Framework Convention on Tobacco control and 2005 WHO International Health Regulations as binding health rules and standards for cooperation across borders for collective security specific areas of public health • 2006 EU Health in All Policies (HiAP) approach promoted by Finnish presidency • 2006: Harmonisation for Health in Africa led by WHO AFRO to co-ordinate partner support • 2008 Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health promoted by UK, Chile, Brazil • 2008 Ecuador Constitution integrates BV/ICH • 2009: Bolivia constitution integrates BV/ICH • 2009: Sarkozy Commission on Measurement of Economic Performance and social Progress (involving Joseph Stiglitz) raising limits of GDP as an indicator of economic and social progress, focus on quality of life, sustainable development and multidimensional wellbeing • Growing attention to climate crisis and loss of biodeiversity • Increasing monopolies in transnationals in ICT, pharmaceutical, food, health commodities • 2006: Launch of the Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS) forum challenging USA/western hegemony, seeking wider voting rights in Bretton Woods institutions • 2008: International financial, energy, food crisis, especially in USA, Europe
2010-2015	<ul style="list-style-type: none"> • 2010: Adelaide Statement on HiAP and UNDP Human Development Report integrating Amartya Sen's capability and freedoms • 2010: Conference of the Parties (COP) involving UN, UNEP, WHO adopt 20 global Aichi Biodiversity Targets including ecosystem for health, livelihoods and wellbeing • 2010: USA Affordable Care Act (Obamacare) • 2011 World Conference on Social Determinants of Health in Brazil • 2011: Launch of the 'One health' agenda on animal and human health in Ethiopia • 2011: Japan promotes human security as the core of its health diplomacy • 2012 COP Secretariat of the Convention and WHO Strategic Plan for Biodiversity 2011-2020 • 2012: Publication of the European Policy Framework for Health and Wellbeing and the Bhutan Gross National Happiness Index • 2013: African Union adoption of Agenda 2063 focusing on inclusive, sustainable development • 2013 8th Global Health Promotion Conference on Health, Helsinki Statement on HiAP5 and the HiAP Framework for Country Action noting the need to engage society, private sector; few concrete examples of successful HiAP policy impact; Scotland and Wales recommendation to refer to wellbeing so that HiAP is not seen as a parochial concern of the Health sector. • 2014: WHO promotion of Whole of Government approach • 2014: Global Health Security Alliance launched • 2015: Report of the Lancet (UK) Commission on Planetary Health • 2014: BJP elected promoting Hindu nationalism, liberalisation, commodification in health with marginalisation and control of minorities, civil society, civil liberties • 2014: West and Central African Ebola epidemic; concern over rising multidrug resistant TB • 2015: World Bank promotion of performance based financing and USAID promotion of essential health service packages
2015	<p>UN Sustainable development Goals (SDGs) in General Assembly Resolution A/RES/70/1, "Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development" with 17 goals and 169 targets around the concept that sustainable development encompasses the environmental, social and economic needs of present and future generations.</p>
2016-2019	<ul style="list-style-type: none"> • 2016: 9th Global Conference on Health leaders in China and Shanghai declaration calling for whole of society and an integrated response, noting powerful commercial forces counteracting health and that economic growth alone does not guarantee improvement in population health. Calling for political and global collective action. • 2017: Pan American Sanitary Conference, PAHO adoption of policy on ethnicity and health • 2017: Lancet Commission on Health in Africa advocating people-centred health systems and health as catalyst for the achievement of the SDGs • 2018: Astana Declaration on PHC, but with UHC as the rallying point • Climate and biodiversity crisis stimulating youth climate strikes and extinction rebellions • 2016: UN Commitment on Antimicrobial resistance and promotion of a 'One health' co-ordinated approach to causes of AMR in humans and animals • MERS, SARS, Ebola pandemics

Date	Paradigm / policy event	
2020	COVID-19 Pandemic <ul style="list-style-type: none"> • Costa Rica call for patent pool for distributed production of essential health products (EHP) • WHA 2020 resolution on COVID-19 • WHO ACT Accelerator, COVAX to ensure access to diagnostics, medicines and vaccines • Leadership call for global public goods • Professional call for 'Reclaiming public health' 	

Afifi and Breslow, 1994; Agyepong et al., 2017; Baru,1998; 2018; Baru et al., 2010; Boron, 2012; Brown et al., 2006; Buse and Hawkes, 2015; CEPAL, 2015b; Chatora and Tumusime , 2004; Chorev, 2012; CLASCO, 2020; De Angulo and Losada, 2014; Dube et al., 2014; EQUINET, 2012; Fernandez, 2010; Fidler, 2009; Gakuya et al., 2020; Gill, 2009; Giovani et al., 2011; Harmer and Buse ,2014; Healthier Societies for Healthy Populations Group, 2020; HealthyPeople.gov, 2020; Howard and Gunther, 2012; Ichoku et al., 2013; Iyengar, 2017; Kickbusch, 2008; Kothari, 1984; Loewenson et al., 2014; 2020; Mersmann et al., 2014; Mkandawire, 2005; Mokaila 2001; Montano, 2018; Nunes, 2015; PAHO and WHO, 2017a,b; 2019; Qadeer et al., 2001; 2016; Rao and Sexton, 2010; Rasanathan et al., 2017; Reich et al., 2011; Ridgway et al., 2019; Rifkin, 2020; Roger et al., 2016; Shah, 1990; Shukla and Phadke, 1999; Srinivasan, and Narayanan, 2007; Streefland, 2008; Vearey et al., 2019; Waitkzin et al., 2011; Whitmee et al., 2015; World Bank, 1994; WHO, 2019; WHO AFRO, 2008, 2014; WHO Euro, 1986;