



Globalización y salud

Globalización y salud

Vicente Navarro, Guglielmo Pacileo, Luis Palomo, Concha Germán Bes, Jordi del As, Pedro Marset Campos, Carlos Ponte Mittelbrun, Lourdes Girona Brumós, Pedro Rey Biel, Javier Rey del Castillo, Giovanni Berlinguer, Iolanda Iriarte Salinas, Eduardo Missoni, Lucía Mazarrasa Alvear, María Luisa Martínez Blanco, Alicia Llácer Gil de Ramales, Susana Castillo Rodríguez, Peter Fisher, Hans-Ulrich Deppe, Taisir Abdelrahim M. Jadalla, Firoze Manji, Manuel Martín García, David Rowland, Allyson Pollock, David Price, Chan Che Khoon, Harry Keen, Débora Tajer, Marciano Sánchez Bayle.

Editores: Marciano Sánchez Bayle, Concha Colomo Gómez y Clara Repeto Zilbermann.

Edita:
Sanidad Pública



ISBN 84-609-4511-1



9 788460 945116

Globalización y salud

Edita:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la
Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49
28030 Madrid
Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06
fadspu@teleline.es
www.fadsp.org



Colabora:

Fundación para la Investigación, Estudio y
Desarrollo de la Salud Pública.

Realiza: QAR Comunicación

ISBN: 84-609-4511-1

Depósito legal: M-8827-2005

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han colaborado en la realización de este libro, y especialmente al hecho de que en estos tiempos de mercantilismo y globalización neoliberal, en los que parece que casi todo se ha convertido en sujeto de compraventa, esta colaboración haya sido en todos los casos altruista, lo que demuestra que en este aspecto, también, «otra globalización y otro mundo son posibles».

Este agradecimiento se extiende en primer lugar a las personas autoras de los capítulos, luego a quienes han colaborado en la traducción, Begoña Anderiz, Pedro Avedillo, Bernat García, Macarena García, Clara Repeto y Diego Reverte, y por fin, a las que han colaborado en las labores de secretaría, Sergio Fernández y Encarnación Ruiz.

Para todos y todas nuestro más sincero agradecimiento.

Equipo Editor

ÍNDICE

Presentación	9
Situación de salud en el mundo	15
<i>Vicente Navarro</i>	
Globalización y tendencias actuales de la salud mundial	27
<i>Guglielmo Pacileo</i>	
Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud	41
<i>Luis Palomo</i>	
Salud ambiental y ecológica	67
<i>Concha Germán Bes</i>	
La marginación a escala internacional	103
<i>Jordi del As</i>	
Globalización y organismos internacionales sanitarios	119
<i>Pedro Marset Campos</i>	
Algunas cuestiones acerca de la naturaleza y límites de la sanidad pública	165
<i>Carlos Ponte Mittelbrum</i>	
Globalización del sector farmacéutico	193
<i>Lourdes Girona Brumós</i>	
Globalización y tecnologías sanitarias	209
<i>Pedro Rey Biel</i>	
<i>Javier Rey del Castillo</i>	
Bioética, poder y salud global	259
<i>Giovanni Berlinguer</i>	
Globalización y equidad de género en el sector de la salud	269
<i>Iolanda Iriarte Salinas</i>	
El fenómeno de las colaboraciones globales público-privadas en salud y su impacto sobre la gobernanza global del sector	297
<i>Eduardo Missoni</i>	
Neoliberalismo en España: Efectos sobre el sistema de salud	311
<i>Carlos Ponte Mittelbrum</i>	

Globalización, género e inmigración: La salud de las mujeres inmigrantes en España	353
<i>Lucía Mazarrasa Alvear, María Luisa Martínez Blanco, Alicia Llácer Gil de Ramales, Susana Castillo Rodríguez</i>	
Efectos de la globalización sobre los sistemas de salud. El caso de Gran Bretaña	377
<i>Peter Fisher</i>	
Sistemas de gestión en el National Health Service	387
<i>Peter Fisher</i>	
Sobre la política sanitaria actual en Alemania	397
<i>Hans-Ulrich Deppe</i>	
Situación de la sanidad pública en Palestina	407
<i>Taisir Abdelrahim M. Jadalla</i>	
Política social y derechos en África: del contrato social a la pérdida de autodeterminación	419
<i>Firoze Manji</i>	
Los resultados de la globalización en los sistemas sanitarios europeos	441
<i>Manuel Martín García</i>	
La Unión Europea y la atención a la salud: Creación de un mercado de servicios sanitarios	469
<i>David Rowland, Allyson Pollock, David Price</i>	
Un espejo en donde mirarse: La experiencia de Nueva Zelanda	489
<i>Carlos Ponte</i>	
Consecuencias de la globalización en los sistemas sanitarios: Malasia	493
<i>Chan Che Khoon</i>	
Experiencias de movilizaciones contra los efectos en salud de la globalización: La experiencia en España	507
<i>Manuel Martín García</i>	
Experiencias de las campañas del Reino Unido sobre los efectos de la globalización en la salud	519
<i>Harry Keen</i>	
La medicina social latinoamericana en los 90: Hechos y desafíos ...	527
<i>Débora Tajer</i>	

La iniciativa de ciudadanos por la salud (CHI): Una respuesta popular a la privatización del sistema sanitario en Malasia	541
<i>Chan Che Khoon</i>	
Algunas líneas de trabajo desde el sector sanitario	547
<i>Marciano Sánchez Bayle</i>	
APÉNDICE	
Declaración de Toledo. El derecho a la salud para todos en la Unión Europea	561

PRESENTACIÓN

Editar un libro sobre GLOBALIZACIÓN Y SALUD es una tarea ingente y probablemente imposible si se quieren abarcar todos los aspectos que están concernidos por el tema. Los propios Informes anuales de la Organización Mundial de la Salud, que de alguna manera pretenden abarcar este empeño, han sido muy criticados por las numerosas limitaciones que contienen.

La primera cuestión a considerar es el concepto de globalización, que es realmente difuso y suele utilizarse de manera muy amplia, a veces contradictoria, y con evidentes sesgos dependiendo de quien aborde el tema. El historiador Wallenstein ya señaló hace años¹ que la «economía global» en el concepto de planetaria existía desde finales del siglo XVII, en el sentido en que cualquier decisión relevante acababa por tener repercusiones en todo el planeta, y es obvio que en el terreno de la salud son bien conocidas las amplias consecuencias de las decisiones económicas e incluso de los simples viajes de exploración (por poner sólo un ejemplo bien conocido, la llegada de los europeos a América tuvo efectos dramáticos sobre la salud de sus habitantes y supuso un importante retroceso poblacional).

Para evitar mayores disquisiciones, este libro intenta ceñirse a las repercusiones sobre la salud de la globalización neoliberal en que está inmerso el mundo desde la caída del Muro de Berlín.

El abordaje del mismo se hace desde un marco amplio en el que 28 autores y autoras analizan temas concretos, tanto de ámbito general como en

¹ I Wallenstein: *El moderno sistema mundial*. Ed Siglo XXI. Madrid, 1979.

aspectos más ligados a algunos países, centrándose más en España y Europa. Este enfoque múltiple evidentemente tiene el inconveniente de que el análisis de los temas se hace de una manera menos homogénea, pero a la vez presenta la ventaja de una mayor riqueza de matices, y permite expresar la pluralidad de visiones que existen sobre las relaciones entre salud y globalización. Por supuesto, las opiniones vertidas en el texto son de responsabilidad de los/as autores/as, sin que tengamos que estar de acuerdo con las mismas, en todo o en parte, pero sin duda estimamos que todas aportan instrumentos de reflexión muy interesantes y aportaciones muy valiosas sobre los temas tratados.

Hemos dividido el libro en cuatro bloques:

- El primero versa sobre el panorama general del impacto de la globalización sobre la salud, y analiza los temas desde una óptica mundial. En él hemos incluido cuestiones como la situación de la salud en el mundo, las tendencias de la salud mundial, efectos sobre la salud de la globalización, relación entre salud y medio ambiente, las actuaciones de los organismos internacionales sanitarios, la naturaleza y límites de la sanidad pública, la política farmacéutica, las tecnologías sanitarias, la bioética, el fenómeno de las colaboraciones público-privadas en salud y una referencia especial a la problemática de equidad de género.
- El segundo analiza las consecuencias de la globalización en los sistemas sanitarios de algunos países y zonas del planeta: España, Gran Bretaña, Alemania, Palestina, Nueva Zelanda y Malasia, con análisis generales sobre Europa, el posible impacto de la nueva Unión Europea, y los orígenes de la situación de África. Por estimarlo especialmente interesante se ha incluido un tema específico sobre la salud de las mujeres inmigrantes en España.
- El tercer bloque analiza experiencias de movilizaciones contra los efectos en la salud de la globalización, centrándose en España, Gran Bretaña, Latinoamérica y Malasia.
- Un último tema reflexiona sobre algunas propuestas desde el sector sanitario para avanzar en la idea de que otra globalización en salud es

posible, y en esta línea se incluye como apéndice la Declaración de Toledo como ejemplo concreto de una iniciativa para favorecer el desarrollo de una Carta de Derechos de Salud de todos/as los/as ciudadanos/as de la Unión Europea.

Un comentario final tiene que ver con el hecho de que, aunque inicialmente pensamos que el libro iba a precisar de un gran trabajo de coordinación porque dadas las características del tema se podían producir muchas repeticiones y solapamientos, la realidad es que no ha sido así, y los/as autores/as han realizado un trabajo excelente que ha limitado nuestra tarea prácticamente a aspectos de organización y coordinación.

Un hecho relevante que sobresale en las páginas del libro es la constatación de que existe una estrategia general de los globalizadores respecto a la salud y a los sistemas sanitarios. Así puede observarse que en contextos tan distintos como Malasia, Nueva Zelanda, España, Gran Bretaña o Alemania, las propuestas de la globalización neoliberal son muy similares: desregular los sistemas sanitarios, convertir los centros públicos en empresas, implantar los copagos y destruir los seguros sanitarios públicos para en su lugar implantar seguros privados. Lo que diferencia esta estrategia de unos sitios a otros es la fase en que se encuentra, su desarrollo y las resistencias que ha encontrado.

Esperamos que los/as lectores/as obtengan de las páginas de este libro la misma satisfacción que nosotros/as, y que las reflexiones que contiene les puedan servir no sólo para tener un mayor conocimiento de los problemas que plantea para la salud la globalización, sino sobre todo para darles los instrumentos necesarios para avanzar propuestas y alternativas en la mejora de la salud global.

Equipo Editor:
Marciano Sánchez Bayle,
Concha Colomo Gómez,
Clara Repeto Zilbermann

**Panorama general
del impacto
de la globalización
sobre la salud**

SITUACIÓN DE SALUD EN EL MUNDO

VICENTE NAVARRO*

El análisis de los temas de salud pública más importantes actualmente en el mundo muestra que el mayor problema que enfrenta la población mundial es el hambre. De acuerdo con un informe reciente sobre la salud de la infancia, 10 millones de niños mueren cada año, la mayoría a causa de la hambruna y la malnutrición. Este número de muertes es equivalente a la explosión de 25 bombas de Hiroshima cada año –y explotan sin producir sonido–. De hecho, estas muertes son más una parte de la realidad de cada día cuanto menos aparecen en la primera página, o incluso en la última página, de cualquier periódico importante en Europa o en Estados Unidos (EEUU).

La paradoja de esta realidad es que el mundo tiene suficiente comida para alimentar a varias veces la población humana. No olvidemos que los gobiernos de la Unión Europea (UE) y de los Estados Unidos están pagando a los agricultores y ganaderos para que no produzcan alimentos. Incluso los países donde la mayoría de la población padece hambre tienen tierra productiva suficiente para alimentar a varias veces su población. Como refleja un estudio reciente, por ejemplo Bangladesh, un país donde el hambre es endémica, tiene tierra productiva suficiente para alimentar a cinco veces su población (2 y 3). Y esto es cierto para la mayoría de los países donde el hambre es endémica.

¿POR QUÉ TENEMOS ESTA SITUACIÓN?

La razón para este estado del asunto es la enorme concentración de poder económico, político, social y cultural en el mundo actual. El orden mundial

* Profesor de la Universidad Pompeu Fabra y de la John Hopkins University.

—o mejor dicho, el desorden mundial— se caracteriza por una masiva concentración de poder económico, político, social y cultural. Como es ampliamente conocido, unos pocos países en el Norte controlan o tienen una importante influencia sobre las fuentes económicas, políticas y culturales mundiales. Sin embargo, esto no significa que la división primaria en el mundo actual sea entre el Norte y el Sur. Esta idea de división Norte-Sur, constantemente reproducida en los documentos de las agencias de Naciones Unidas, está equivocada, o al menos es seriamente deficiente. Los Informes de Desarrollo Humano del Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas (UNDP) publican año tras año el estado social de las poblaciones en el mundo, contrastando la cantidad de dinero que gasta la gente en el Norte en el cuidado de sus mascotas, por ejemplo, con la cantidad empleada en comida para los niños en el Sur. Este tipo de presentación y análisis, además de hacer sentirse culpable a la gente en el Norte, da la impresión equivocada de que la hambruna de los niños en el Sur podría resolverse transfiriendo los fondos de los del Norte, ahorrados no alimentando a sus mascotas, a los del Sur, para alimentar a los niños. Este análisis es ingenuamente apolítico e incorrecto. Es importante enfatizar de nuevo que el problema del Sur no es la falta de recursos. El Sur tiene fuentes suficientes para alimentar a una población de varias veces su tamaño.

La dicotomía Norte-Sur ignora el hecho de que la distribución de las fuentes económicas, políticas y sociales está enormemente concentrada tanto en el Norte como en el Sur. El Norte tiene clases, grupos y razas dominantes, así como un género dominante, y clases, grupos, razas y género dominados. Lo mismo es cierto en el Sur: hay clases, grupos, razas y género dominantes y dominados. No olvidemos que el 20% de las personas más ricas del mundo viven en el Sur. Podemos ver, por ejemplo, que mientras la mayoría de la población en el mundo árabe es extremadamente pobre, sus *sheiks* viven en la opulencia.

El orden (o desorden) mundial se basa en una alianza fundamentalmente entre las clases y grupos dominantes del Norte, con las clases y grupos dominantes del Sur en contra de una distribución de los recursos que afectaría de forma adversa a sus intereses. La evidencia sobre esto es aplastante (4).

¿CÓMO SE REPRODUCE ESTA SITUACIÓN?

En este contexto, ¿cuál es el patrón de influencias en el mundo actual, incluido el sector sanitario? Creo que la evidencia es muy fuerte: los establish-

ments económicos, políticos y sanitarios del Norte, y especialmente los de Estados Unidos (incluyendo sus agencias, fundaciones e instituciones académicas líderes a nivel federal), tienen una enorme influencia en modelar la cultura, discursos, prácticas y políticas del mundo occidental, incluidas las agencias internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las ideologías dominantes en los círculos de poder de los países desarrollados (y otra vez, de forma muy particular en Estados Unidos) aparecen, por ejemplo, en los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) poco tiempo después de que aparezcan en las revistas médicas o económicas de moda en EEUU. El último ejemplo de esta situación es el documento en donde se evalúan los sistemas de salud de los países –*Sistemas de Salud: Mejorando el Funcionamiento (5)*– preparado por la OMS hace dos años (ver 6 para una crítica del informe). Este es un documento fuertemente ideológico, que reproduce la ideología dominante que ha existido en Estados Unidos, y en menor grado en el Reino Unido, desde los años 80. Desde la administración Reagan, competencia gestionada, privatización y ajustes de los sistemas de salud son los nombres de los juegos en los círculos de políticas de salud en los EEUU (y también, desde la era Thatcher, en el Reino Unido). Las administraciones de los presidentes Reagan, Bush padre, Clinton y Bush hijo, en los Estados Unidos, y de los primeros ministros Thatcher, Major y Blair, en el Reino Unido, han estado empujando hacia la privatización y ajustes de la medicina. Este discurso y práctica (como «clientes» en lugar de pacientes, «mercados» sanitarios en lugar de planificación sanitaria) ha aparecido y se ha hecho dominante en los establishments médicos y sanitarios a lo largo de todo el mundo, incluyendo el FMI, Banco Mundial, OMS y OPS. La introducción del mercado y los beneficios en la medicina *se llevan*; los sistemas nacionales de salud *están pasados de moda*. En el informe de la OMS sobre los sistemas de salud, Colombia (que ha reemplazado su sistema nacional de salud por un sistema de aseguramiento privado determinado por el mercado) se coloca como uno de los países «top» en América Latina, y Cuba como uno de los peores. Actualmente, uno de los autores de ese informe –un reciente candidato para el puesto de director general de la OMS– está intentando implementar un sistema de aseguramiento sanitario HMO en México y otro autor está promoviendo la excelencia de la competencia gestionada en Cambridge, Inglaterra. Pudimos leer recientemente un artículo en *The Lancet* en el cual el editor técnico del estudio de la OMS (que se resignaba en el dis-

gusto) denunciaba la manipulación de los datos realizada para llegar a las conclusiones publicadas en el informe (7).

Déjenme insistir en que mientras que la competencia gestionada, privatización, y la medicina lucrativa son doctrinas de moda en el establishment en EEUU, no son populares en la calle. A la mayoría de la gente no le gustan nada las compañías de seguro. Votación tras votación lo confirman. Pueden haber visto la película *John Q* (que en Estados Unidos quiere decir «ciudadano medio»). Cuando el protagonista de la historia –un obrero– insulta a las compañías aseguradoras sanitarias, la audiencia de muchos cines estadounidenses aplaudió. Ellos hacían claramente responsables al sistema dominado por las compañías aseguradoras sanitarias de la situación de la clase trabajadora en EEUU, donde 44 millones de personas carecen de cualquier tipo de seguro médico y 52 millones tienen un seguro insuficiente. Como dije anteriormente, lo que se impulsa por el establishment de los países del Norte (y sus aliados en el Sur) no es lo mejor para la mayoría de las personas ni en el Norte ni en el Sur.

OTRO EJEMPLO: NEOLIBERALISMO EN EL SECTOR SANITARIO

Otra consecuencia de este modelo de influencia y control es la reducción del gasto social público como parte de los programas estructurales de ajuste –vendidos durante muchos años por el gobierno de EEUU y por las agencias internacionales sobre las que dicho gobierno tiene una enorme influencia (el FMI y el Banco Mundial)–. Los programas estructurales de ajuste, con sus políticas de austeridad social, han hecho mucho daño a la infraestructura de los servicios de salud en los países en desarrollo. Actualmente, estamos presenciando también la aplicación de políticas estructurales de ajuste por parte de la administración Bush en EEUU que dañan de manera importante a la población. Estas políticas están siendo seguidas también por los gobiernos alemán, francés e italiano, perjudicando a sus poblaciones. Y en Estados Unidos tenemos una administración que está recortando de forma dramática el gasto sanitario federal, transfiriendo los fondos desde el sector social y sanitario al sector militar. Nunca antes había habido tantas personas en EEUU sin aseguramiento sanitario. Los sectores públicos se están deteriorando rápidamente –todo hecho, teóricamente, para defender al país del terrorismo–. Sin embargo, en la práctica esto se está haciendo para llevar a cabo políticas de clase, raza y

género específicas, orientadas a defender los intereses de clase, raza, género e imperialistas.

Al mismo tiempo, permítidme aclarar que en el momento en que incluso las fuerzas progresistas han dejado de utilizar el término «imperialista», la misma administración Bush y los intelectuales cercanos a ella están empleándolo orgullosamente. Como Michael Ignatieff, profesor de Derechos Humanos en la Universidad de Harvard y asesor de la administración Bush, dijo recientemente: «El imperialismo ha tenido históricamente un mal significado. Pero, aunque sea políticamente incorrecto decirlo, el imperialismo, como sistema blanco de expandir la civilización, sigue siendo necesario» (8). Es más decepcionante aún el hecho de que, aunque por un momento pareció que la Unión Europea se opondría a estas políticas, finalmente parece haber sucumbido, permitiendo al gobierno de EEUU desarrollar un rol imperial, figurando ella misma como defensora de los derechos humanos, inconsciente aparentemente del hecho de que EEUU nunca ha firmado la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU y no garantiza a sus ciudadanos el derecho humano básico del acceso al sistema sanitario en caso de necesidad. El gobierno de EEUU no tiene credibilidad en su autoproclamado rol de defensor de los derechos humanos. Y la mayoría de la población mundial, incluyendo la mayoría de la población de EEUU, lo sabe. Encuesta tras encuesta se demuestra en EEUU, con una mayoría aplastante, que los ciudadanos y residentes consideran que el gobierno federal no representa sus intereses, sino los intereses de instituciones financieras y económicas específicas, que financian y dan forma al proceso político de acuerdo a sus objetivos. La actual administración Bush confirma que la percepción de la mayoría es bastante acertada –una percepción que, según una encuesta reciente de la Pew Foundation International, está también ampliamente extendida en la población del mundo occidental y oriental (9)–. Los intereses de los sectores energía, construcción, militar, seguros y farmacéuticos dan forma a la política doméstica e internacional del gobierno actual de EEUU. Como testigo, la enorme y exitosa presión del gobierno de EEUU para defender los intereses financieros de la industria farmacéutica, con el coste de dejar a millones de personas en los países en desarrollo sin tratamiento para enfermedades mortales. Es cierto que finalmente se han alcanzado algunos acuerdos comerciales, pero han sido tardíos e insuficientes.

Otro ejemplo de la influencia de EEUU son las políticas defendidas por la OMC, que pueden forzar a muchos países con sistemas nacionales de salud a

desmantelar estos servicios, con el objetivo de permitir las operaciones de las compañías de seguro sanitarias o las corporaciones financieras sanitarias.

En ambos casos la OMS, a través de colaboraciones con otras agencias internacionales, ha sido un participante activo en la promoción de estas políticas. La OMS se ha sumergido en un tipo de entorno cultural e ideológico en el cual la privatización, la desregulación y la marketización son recomendaciones frecuentes. Otro ejemplo es el reciente informe de un grupo liderado por Jeffrey Sachs (el mismo economista que asesoró las políticas rusas de privatización, y el principal asesor económico en Davos), sobre el desarrollo en salud (10); un informe criticado acertadamente por el profesor Banerji, de India, en el *International Journal of Health Services* (11), y por el profesor Waitzkin, de EEUU, en *The Lancet* (12). En este informe las inversiones en salud parecen ser evaluadas en términos de su contribución al desarrollo económico en lugar de en el otro sentido, como debería ser.

Actualmente la OMS misma ha privatizado varios de sus servicios. Un ejemplo entre muchos: la OMS-Europa ha elegido establecer su Centro de Estudios de Atención Primaria Europeo en Cataluña, debido a que el gobierno conservador catalán ofrecía la mayor financiación, compitiendo con otros gobiernos regionales que han realizado un trabajo mucho más importante en desarrollar redes de centros públicos de atención primaria. Ni que decir tiene que el gobierno regional catalán presentaba Cataluña como la mejor ubicación para ese centro, en reconocimiento de su «excelente» red de centros de atención primaria, cuando en la actualidad es una de las peores en España. Esta privatización de las actividades de la OMS, con la venta del sello comercial de la OMS, no es infrecuente.

LA APROXIMACIÓN CATEGÓRICA FRENTE A LA GLOBAL

Otro ejemplo de la influencia del establishment del Norte es el énfasis en las intervenciones categóricas (aproximación enfermedad-por-enfermedad) que debilita la infraestructura de los servicios sanitarios públicos, incluidos los sistemas nacionales de salud. Basada en esta experiencia, la erradicación de la viruela es un logro mixto, en cuanto a que su éxito ha inspirado muchas otras soluciones técnicas tipo dinero para programas concretos que degradan más que mejoran las situaciones de la salud pública de los países. El profesor Banerji ha documentado extensamente el daño causado por estas intervenciones categóricas (13, 15). La presión de las agencias financiadoras para resol-

ver problemas de salud específicos es tan aplastante que la mayoría de los gobiernos sucumben a ella y aceptan programas que tienen efectos devastadores en los sistemas sanitarios de los países. Actualmente, en EEUU se está viviendo una situación similar, en donde la campaña de vacunación de la viruela (parte de la campaña antibioterrorista altamente politizada e instrumentalizada por la administración Bush) está debilitando los sistemas de salud pública del país, que se están viendo forzados a desplazar recursos a dicha campaña. Como Stephen Cohen dijo tan claramente en un artículo en *The Boston Globe*, «estamos asistiendo a un cambio sísmico de prioridades que está desmantelando las agencias públicas de salud en todo el país» (16). Los programas de salud escolar, por ejemplo, están siendo dramáticamente recortados, mientras que los programas del ántrax (sólo cinco americanos han muerto por ataques de ántrax) han recibido billones de dólares.

Finalmente, hay una reproducción constante de las prioridades de los países capitalistas desarrollados en los países en vías de desarrollo, ignorando problemas tan importantes como la hambruna, que continúa siendo el problema principal en el mundo hoy en día.

LAS RAÍCES DEL PROBLEMA

Sería erróneo de cualquier manera responsabilizar de todo a los establishments de los países del Norte. Los de los países en desarrollo comparten una gran parte de la culpa. Frecuentemente se olvida que el subdesarrollo tiene sus raíces no sólo en las reacciones internacionales de poder, sino también en las relaciones de poder existentes dentro de los países en desarrollo —esto es, las clases y otras relaciones de poder en esos países—. Tuve el privilegio de trabajar como asesor sanitario del gobierno de Allende en Chile. Y el golpe fascista en Chile, que interrumpió las principales reformas sanitarias, sociales y económicas, no fue la imposición de una dictadura militar por el Norte (Estados Unidos) sobre el Sur (Chile). En lugar de eso, fueron las clases dominantes chilenas y las fuerzas armadas chilenas las que pararon las reformas, con la ayuda no de los Estados Unidos, sino del gobierno estadounidense, cuyo presidente Richard Nixon era muy impopular en EEUU. La industria farmacéutica, que se oponía a las reformas sanitarias del gobierno de Allende, ayudó a financiar el golpe. Las raíces del problema fueron las clases dominantes de Chile, que pararon las reformas (con la colaboración del gobierno de los EEUU y pode-

rosos grupos económicos del Norte). Este es el punto que es necesario enfatizar: las raíces del problema deben buscarse en los países en desarrollo –en los patrones de control de clases sobre los gobiernos, con la ayuda de los gobiernos del Norte, que están muy influidos por sus propias clases y grupos económicos dominantes.

Por lo tanto, la solución no puede ser reemplazar los asesores, académicos o agentes civiles internacionales de los establishments del Norte por sus homólogos del Sur. Hemos visto a profesionales de países en desarrollo dirigiendo numerosas agencias internacionales que, pese a utilizar un discurso más radical, no se han comportado de manera muy diferente en la práctica. Algunas veces lo han hecho incluso peor.

LA NECESIDAD DE UN CAMBIO

Al contrario de lo que normalmente se asume, las soluciones a los problemas que encontramos en el mundo no son soluciones difíciles desde un punto de vista científico. Analizando las situaciones en el mundo, podríamos encontrar las soluciones fácilmente: empoderar a las poblaciones dominadas –las clases populares (tanto en el Norte como en el Sur)– para hacer que los gobiernos respondan a sus necesidades. Y tenemos suficiente experiencia para saber cómo puede hacerse esto. Y en este nuevo orden, la OMS debería ser una agencia técnica que apoyara este empoderamiento. Parte de este apoyo sería la crítica y denuncia de estos grupos y clases dominantes (tanto en el Norte como en el Sur), que reproducen sus intereses a través de los gobiernos sobre los que tienen tanta influencia. Hemos visto numerosas ocasiones en las que la OMS no ha sido capaz de hacer frente a poderosos gobiernos e intereses, cuyas prácticas han interferido en la salud de las poblaciones.

Mientras que la solución es fácil de ver, su aplicación, dado el patrón de relaciones de poder tanto en el Norte como en el Sur, es muy difícil. Difícil, sin embargo, no significa imposible. Y muchas veces, más importante que la velocidad del cambio es la dirección del cambio. Y una dirección es recuperar muchos principios y prácticas que ya han probado su valor. En este camino, deberíamos guiarnos por la espléndida filosofía subyacente a la Constitución de la OMS. No olvidemos que la OMS se estableció después de la II Guerra Mundial, una guerra victoriosa frente al fascismo y nazismo. En esa guerra se luchó por un mundo mejor, y todas las personas en el mundo deseaban una vida

saludable para ellos y para sus hijos. Es en este contexto en el que la Constitución de la OMS se escribió –redactada incidentalmente bajo la influencia de profesionales de la salud pública como Karl Ewang de Noruega, John Brotherton de Escocia, Serg Stampa de Yugoslavia, y otros a los cuales tuve el placer de conocer. Karl y John fueron mis profesores en mis primeros años.

La Constitución de la OMS debería guiar nuestro trabajo. Algunos conservadores y liberales han comentado que este documento está ya muy viejo, pero algo puede ser antiguo sin ser anticuado. La ley de la gravedad es extremadamente antigua, pero no está anticuada. Y si dudas de ello, salta de un cuarto piso.

Otros documentos que continúan siendo muy relevantes son el informe Willy Brandt y la declaración de Alma-Ata. Son tan urgentes, necesarios y valiosos hoy en día como cuando aparecieron. La declaración de Alma-Ata fue un paso positivo (resultado de un contexto político muy diferente) en la búsqueda de respuestas a las necesidades del mundo –aunque ahora, por supuesto, debería ser actualizada–. Pero el trasfondo filosófico es todavía muy importante. Debemos recuperar la visión holística, global de la salud, en la cual el mérito de una intervención no se evalúa por su contribución al crecimiento económico, sino todo lo contrario: el mérito de una política económica se mide principalmente o incluso exclusivamente por su impacto en la salud y el bienestar de la población.

Algunas soluciones: una opción de salud que permita el empoderamiento de las poblaciones, facilitando su participación activa en el modelaje de las sociedades; un sistema de salud en el cual los recursos son asignados de acuerdo a las necesidades, y la financiación se obtiene de acuerdo con la capacidad de contribución de las personas; un sistema de salud ligado a políticas redistributivas dentro de cada país y entre los países, complementado con políticas de pleno empleo que aseguren a la población adulta el derecho a trabajar satisfactoriamente en un sistema con un contexto augurable de producción y distribución, guiado por intervenciones y regulaciones públicas. La enorme distancia entre estas soluciones (todas ellas fácilmente reallizadas) y la posibilidad de alcanzarlas nos dice mucho sobre las dificultades políticas tan importantes a las que nos enfrentamos.

Sin embargo, hay signos positivos de que la distancia entre deseo y realidad puede reducirse. Hemos visto a los poderosos FMI, Banco Mundial y OMC puestos contra la pared por el movimiento antiglobalización. Creo que este movimiento no parará. Necesitamos poner también a la OMS e incluso al UNDP (Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas) contra la pared,

ya que están formando parte del problema en lugar de la solución. Como ejemplo, el informe más reciente del UNDP sobre Desarrollo Humano (escrito por Jeffrey Sachs (17)), en el cual una vez más existe una clara contradicción entre la escandalosa situación en el mundo que documenta y las suaves soluciones por las que aboga –moderadas en extremo, como para no ofender a las fuerzas dominantes que modelan las políticas nacionales e internacionales responsables de esa situación–. Si lees el informe no encontrarás ni una sola vez la palabra «explotación», o una simple recomendación sobre redistribuir los recursos dentro y entre países. ¡Asombroso!

UNA OBSERVACIÓN FINAL SOBRE LAS RELACIONES NORTE-SUR

Mientras que creo que esta relación debe cambiar profundamente (la «ayuda» bilateral debería suspenderse y reemplazarse por transferencias multinacionales, por ejemplo), continúo sintiendo que las instituciones académicas del Norte podrían ayudar. Tienen una gran riqueza de conocimiento y práctica que puede ser muy útil, si se puede transferir. De cualquier forma, es esencial ser conscientes de que el conocimiento científico está cargado de la visión y los valores de las instituciones científicas de los países en donde tiene su base, y esta visión y estos valores pueden ser dañinos para las poblaciones de los países en desarrollo. Actualmente, hay una incapacidad muy extendida para apreciar la gran dependencia que las instituciones académicas de los EEUU tienen de los intereses corporativos y financieros que modelan y determinan las políticas de investigación de las principales universidades, y esta dependencia impide cualquier posibilidad de construir una masa crítica entre los alumnos contra el establishment de EEUU. Los europeos no son conscientes de las enormes limitaciones de la libertad académica en las universidades de EEUU (ver mi artículo «*Políticas de investigación sobre desigualdades en salud*»). La investigación está orientada hacia cubrir las necesidades del establishment de EEUU, reproduciendo sus valores y su discurso.

Las consecuencias de este estado de cosas son múltiples. Puede haberse dado cuenta, por ejemplo, de que bajo la actual administración Bush el término «desigualdades en salud» ha sido sustituido por el término supuestamente menos conflictivo «disparidades en salud», y «hambre» por «bajo peso». Y como es habitual, estos términos se han puesto de moda, así como otros como «capital social» y «capital humano», palabras clave en el discurso actual, lleva-

dos a un límite absurdo. En un informe reciente de la OMS (18), por ejemplo, el problema más importante en el mundo hoy en día se define como «bajo peso» –como si el hambre y la malnutrición fueran simplemente un problema de peso.

No quiero sugerir, por supuesto, que todo el conocimiento derivado de las instituciones académicas líderes en EEUU sea dañino. Lejos de eso. Pero ese conocimiento necesita ser canalizado a través de acuerdos multinacionales e instituciones que proyecten las aplicaciones de ese conocimiento.

Además, «Norte» y «Sur» deben ser redefinidos para fomentar las relaciones entre los grupos y clases dominados tanto del Norte como del Sur. Tuve el gran privilegio de ser invitado por los sindicatos de EEUU del AFL-CIO en Seattle, donde comenzó el movimiento antiglobalización. El movimiento no era contra la globalización, sino contra los criterios neoliberales que la OMC quería imponer para guiar el proceso. En este movimiento, sindicatos, grupos ecologistas y otros movimientos sociales tanto del Sur como del Norte se movilizaron juntos contra las reglas neoliberales de la OMC. La OMS y las fundaciones deberían facilitar estas redes internacionales, ofreciendo recursos y/o ayuda. No olvidemos que la OMS es un púlpito que está constantemente enviando mensajes. Sería bueno que lanzara mensajes que apoyaran estos movimientos, incluso aunque este apoyo no fuera bienvenido por los establishments del Norte y Sur. Después de todo, el descontento de estos establishments sería un indicador de que la OMS está en el buen camino.

Por último, la OMS debería requerir a todos los países, como condición para ser miembros, proveer información sobre la salud, así como respetar los derechos humanos y de la salud, y debería denunciar a aquellos países, incluido Estados Unidos, que no cumplen la Constitución de la OMS. Raramente lo hace, pero debería hacerlo.

Soy consciente de que este documento es sólo un breve resumen de un análisis que debería enriquecerse con las peculiaridades de cada caso y cada situación. La realidad es siempre más complicada de lo que parece, por lo que todos los resúmenes pueden parecer demasiado sencillos. Pero como uno de mis profesores, Gunnar Myrdal, me dijo hace muchos años: «Ser sencillo no es ser simple. En el curso de tu trabajo, encontrarás que detrás de lo que parece ser muy complicado y difícil de comprender, hay realidades bastante sencillas, fáciles de capturar si sólo prestas atención a ellas». Mis cuarenta años de trabajo en materias de desarrollo y subdesarrollo han demostrado que mi profesor tenía razón. Es lo que he intentado hacer aquí –fijarme en las realidades subyacentes con el objetivo de cambiarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Black, R. E.; Morris, S. S. and Bryce, T. «Where and why are 10 million children dying every year?» *Lancet* 361: 2226-2233, 2003.
- (2) *The Malnutrition Problem in Bangladesh*. The Social Policy Program, Paper No. 34. The Johns Hopkins University, Baltimore, 2003.
- (3) Yong Kim T. et al. *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Common Courage Press, 2000.
- (4) Navarro, V. (ed.). *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life*. Baywood, Amityville, N.Y., 2002.
- (5) World Health Organization. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva, 2000.
- (6) Navarro, V. «Assessment of the World Health Report 2000». *Lancet* 356: 1598-1601, 2000.
- (7) Musgrove, P. «Judging health systems: Reflections on WHO's methods». *Lancet* 361: 1817-1820, 2003.
- (8) Ignatieff, M. «Nation-building lite». *New York Times Magazine*, July 28, 2002.
- (9) Pew Foundation. *International Attitudes Towards the U.S.* June 2003.
- (10) World Health Organization. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva, 2001.
- (11) Banerji, D. «Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A critique». *Int. J. Health Serv.* 32(4): 733-754, 2002.
- (12) Waitzkin, H. «Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A summary and critique». *Lancet* 361: 523-526, 2003.
- (13) Banerji, D. «Crash of the immunization program: consequences of a totalitarian approach». *Int. J. Health Serv.* 20: 501-510, 1990.
- (14) Banerji, D. *Serious Implications of the Proposed Revised National Tuberculosis Control Programme for India*. Voluntary Health Association of India and the Nucleus for Health Policies and Programmes, New Delhi, 1996.
- (15) Banerji, D. «A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank». *Int. J. Health Serv.* 29: 227-259, 1999.
- (16) *Boston Globe*, July 29, 2003.
- (17) United Nations Development Program. *Human Development Report 2002*. Oxford University Press, New York, 2002.
- (18) World Health Organization. *Report on World Wide Priorities*. Geneva, 2003.

Traducción: Clara Repeto

GLOBALIZACIÓN Y TENDENCIAS ACTUALES DE LA SALUD MUNDIAL

GUGLIELMO PACILEO *

1. INTRODUCCIÓN

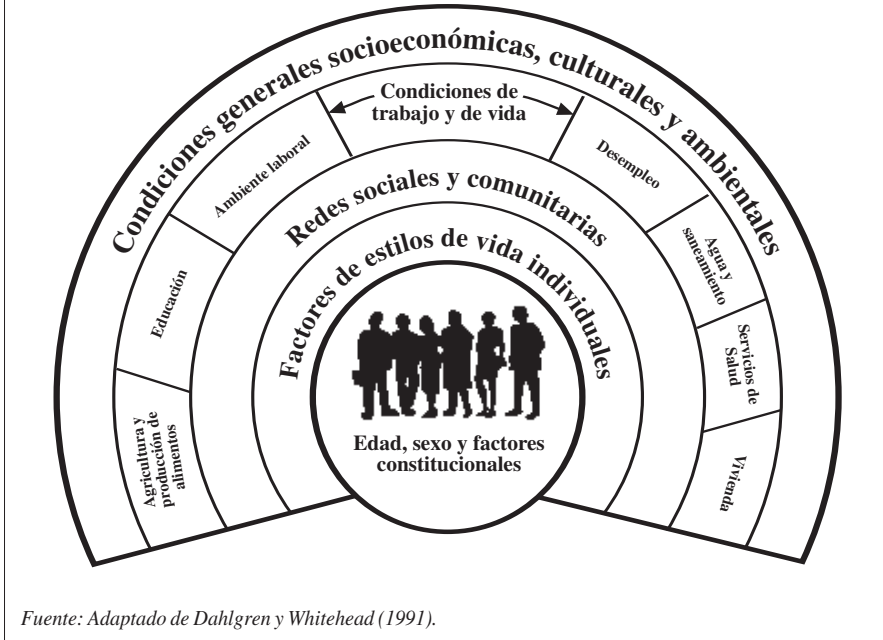
La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años¹. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud.

Debido a esta amplia perspectiva, la lista de determinantes de salud crece inevitablemente. En 1991, Dahlgren y Whitehead propusieron un hemiciclo para mostrar los principales determinantes de salud (1) (gráfico 1). Esta conocida representación gráfica ayuda a entender cuántos factores actúan sobre la salud, y consecuentemente cómo puede influir la globalización en la salud de las personas a través de estos mismos factores. De hecho, cualquier cuestión sobre globalización y salud debería considerar cómo las fuerzas globales actúan sobre los principales determinantes de salud.

* Observatorio sulla Salute Globale.

¹ Fue adoptada en la Conferencia Internacional de Salud que tuvo lugar el 22 de julio de 1946, y entró en vigor el 7 de abril de 1948 con la constitución de la Organización Mundial de la Salud.

GRÁFICO 1. Principales determinantes de salud

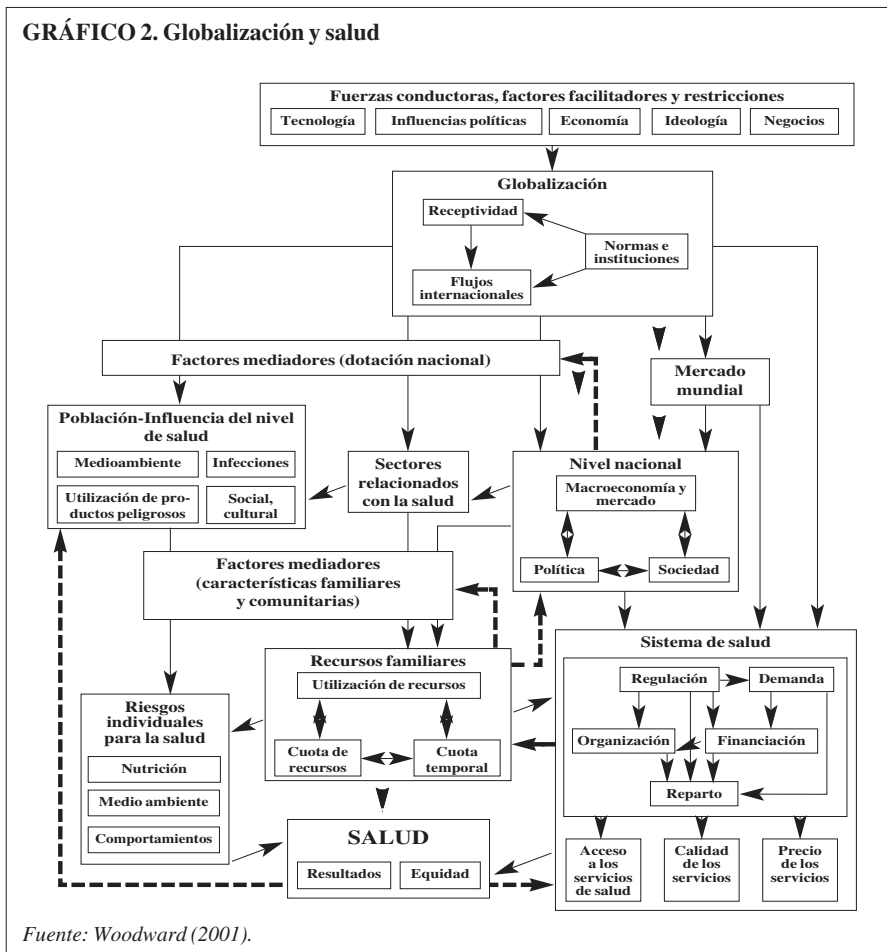


Desde hace algunos años, los expertos en salud pública están trabajando en estos asuntos. Por ejemplo, en 1998 Derek Yach intentó enlazar una serie de factores globales con las posibles consecuencias sobre la salud (2) (cuadro 1).

CUADRO 1. Salud y cambio global	
Factores globales	Consecuencias y probable impacto en salud
<i>Estructuras macroeconómicas</i> Políticas de ajuste estructural	Marginación, pobreza, reducción de las redes de seguridad social
<i>Comercio</i> Tabaco, alcohol, drogas psicoactivas Contaminación de los alimentos	Incremento del uso Diseminación de enfermedades infecciosas a través de fronteras
<i>Viajes</i> Más de un millón de personas cruzando fronteras al día	Transmisión de enfermedades infecciosas
<i>Migración y cambios demográficos</i> Incremento de poblaciones refugiadas y rápido crecimiento de la población	Conflictos civiles y étnicos; degradación medio-ambiental

Factores globales	Consecuencias y probable impacto en salud
<i>Tecnología</i> Protección de patentes de nuevas tecnologías	Beneficios de las nuevas tecnologías inaccesibles a los pobres
<i>Medios de comunicación</i> Marketing global de bienes dañinos como el tabaco	Promoción activa de prácticas nocivas para la salud
<i>Fuente: Adaptado de Yach (1998).</i>	

Más tarde Woodward dio un paso más. Creó un complejo diagrama para tratar de explicar las conexiones entre globalización y salud (3) (gráfico 2).



Este diagrama muestra cómo la salud se ve influida de un lado por riesgos individuales en salud (ligados a comportamientos, medio ambiente y nutrición), y de otro por el funcionamiento del sistema sanitario. Estos dos fenómenos sufren los efectos de la globalización. De hecho, los riesgos individuales en salud se ven afectados en gran medida por los cambios medioambientales, socioculturales y microbiológicos, así como por el estado de la economía, que con la puesta en marcha de los mercados financieros internacionales determina la condición y evolución de cualquier sistema nacional de salud. Pero aquí nos centraremos en lo primero: los riesgos individuales en salud, que parecen estar más directamente ligados con el estado de salud de la población.

Viendo los principales factores de riesgo individuales en salud (4) (cuadro 2) es fácil entender cómo algunos de ellos se ven fácilmente influidos por los cambiantes patrones de vida y consumo (relacionados con la actividad física, nutrición, alcohol o tabaco) (5) con importantes consecuencias para la salud (cuadro 3) (6). Estos cambios están siendo actualmente promovidos, y en cierta manera dirigidos por la globalización a través de su «dimensión cognitiva»², de acuerdo con la definición de Lee (7).

CUADRO 2. Primeros 10 factores de riesgo como % causa de carga de enfermedad medida en AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad)	
Factor de riesgo	Contribución a la carga global de enfermedad
Desnutrición	9,5%
Sexo no seguro	6,3%
Hipertensión arterial	4,4%
Tabaco	4,1%
Alcohol	4,0%
Agua, saneamiento e higiene no seguras	3,7%
Hipercolesterolemia	2,8%
Humos de combustibles sólidos	2,7%
Déficit de hierro	2,4%
Elevado Índice de Masa Corporal (IMC)	2,3%
<i>Adaptado de Ezzati (2002).</i>	

La diseminación global de los patrones de comportamiento «occidentales» demuestra que «no sólo las personas, microbios y bienes materiales viajan de

² Kelly Lee identifica tres dimensiones en la globalización: espacial, temporal y cognitiva.

CUADRO 3. Factores de riesgo y principales consecuencias en salud	
Factor de riesgo	Principales consecuencias en salud
Tabaco	Cáncer de pulmón, otras enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares
Alcohol	Accidentes de tráfico, violencia, cáncer oral y esofágico, cirrosis
Elevado IMC	Hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cálculos, cáncer de mama, útero y recto/colon, artrosis
Elevado consumo de grasa	Elevado IMC, arteriosclerosis, cáncer de próstata y útero
Elevado consumo de sodio	Hipertensión
Sexo no seguro	Enfermedades de transmisión sexual
<i>Adaptado de McMichael (2002).</i>	

un país a otro; también las ideas y los estilos de vida. Ahí está el tabaco como ejemplo» (8).

2. TABACO

De acuerdo con una reciente estimación mundial, había aproximadamente 1.278 millones de adultos fumadores en el año 2000. Asumiendo que no hubiera cambios importantes en la prevalencia global de tabaquismo, se puede esperar que el número de adultos fumadores de cigarrillos alcance 1.671 millones en el año 2020 debido a los cambios en la población mundial (9).

El impacto en la salud pública de este incremento en el consumo estimado es significativo. «Se estima que alrededor de cuatro millones de muertes por año son atribuibles al tabaco, lo que representa aproximadamente una de cada diez muertes en personas adultas. En el año 2030 se espera que el total de muertes atribuibles al tabaco aumente dramáticamente a diez millones. Esto supondría que alrededor de 500 millones de personas que viven hoy en día morirían eventualmente a causa del tabaco» (10).

Estos números parecen mostrar que las compañías tabaqueras transnacionales se están convenciendo con los esfuerzos legislativos, iniciativas educativas y campañas antitabaco desarrolladas en la mayoría de los países (sobre todo países occidentales). En respuesta a estas acciones, las compañías tabaqueras han redirigido progresivamente sus inversiones a aquellos países con

políticas de salud pública más débiles en este sector, como algunos estados centrales y del este de Europa, y otros países en desarrollo o del lejano oriente (sobre todo China). En todos estos países «el intento de asociar cigarrillos con la imagen occidental, y particularmente americana, de libertad y prosperidad está ampliamente extendido» (11).

Pero la epidemia de tabaco no se debe únicamente a la difusión de modelos culturales mencionada anteriormente. El actual proceso de liberalización del comercio facilita la circulación de todo tipo de bienes, incluyendo los bienes dañinos. De hecho, «la penetración de los mercados mundiales del tabaco por las compañías transnacionales se ha facilitado desde la Ronda de Uruguay de negociaciones comerciales, que incluyó por primera vez la liberalización del tabaco no manufacturado» (12). Esto ocurre aunque el tabaco represente una de las principales causas de carga global de enfermedad, junto con el alcohol, hipertensión, elevado índice de masa corporal (IMC) y colesterol, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

3. NUTRICIÓN

Durante el siglo XX, el gasto energético en actividad física ha disminuido considerablemente en los países desarrollados. La reducción de las tareas manuales que requerían esfuerzo físico y la difusión de los medios de transporte motorizados han provocado una disminución de la actividad física tanto en el trabajo como en el tiempo libre. Al mismo tiempo «la energía de la dieta, medida en kilocalorías por persona y por día, se ha incrementado desde mediados de los sesenta hasta finales de los noventa en aproximadamente 450 kcal, y en unas 600 kcal en los países en desarrollo» (13).

La consecuencia natural ha sido un desequilibrio entre gasto e ingesta energética en la dieta, con un incremento de la obesidad distribuido de manera diferente en la población mundial. En los países industrializados las clases pobres suelen tener dietas con mayor densidad energética, con mayor prevalencia de grasas y comidas baratas; mientras que en los países en desarrollo la obesidad se incrementa más rápidamente en las clases medias (14).

Estos cambios caracterizan la llamada «transición nutricional». Los cambios en la dieta incluyen el incremento de alimentos de alta densidad energética y de la ingesta de azúcares y grasas, con una reducción en la ingesta de fibras, frutas y verduras.

Al mismo tiempo, los países pobres tienen que enfrentar reducciones en la provisión de alimentos y nutrientes inadecuados (15). De acuerdo con una reciente estimación, el número de personas con inseguridad alimentaria en los países en desarrollo está alrededor de los 800 millones (16), y 150 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición: un tercio de los niños del mundo (17).

Esta es la situación actual, aunque en los 80 y en los 90 «el comercio de alimentos, favorecido por las políticas de liberalización comercial, se haya incrementado un 300% hasta alcanzar los 266 billones de dólares, y en el mismo período el volumen de comercio internacional agrícola haya aumentado un 75%, alcanzando los 485 billones de dólares» (18). El resultado final es que «alrededor de un quinto de la carga global de enfermedad puede atribuirse al efecto conjunto del déficit de proteínas, energía o micronutrientes. Además, mucha carga puede atribuirse también a factores de riesgo que vienen determinados en gran medida por la dieta: hipertensión arterial, colesterol, sobrepeso y escasa ingesta de frutas y verduras» (19).

Las contradicciones entre estos datos son claras, y algunas tendencias inducen a no ser optimista, como el crecimiento de la población, los cambios climáticos mundiales y la degradación medioambiental.

4. CAMBIOS MEDIOAMBIENTALES

Los problemas globales asociados a los cambios medioambientales representan otro asunto de política global con grandes implicaciones. Algunas de las características de estos cambios quedan reflejadas en el cuadro 4.

CUADRO 4. Características relacionadas con la salud de los cambios globales	
Característica	Impacto
Calentamiento global	Mundial
Reducción del ozono. Incremento de la radiación UV	Mundial
Contaminación ambiental	Sobre todo áreas urbanas
Disminución de recursos	Sobre todo países desarrollados
Cambios demográficos (crecimiento de la población, migraciones)	Mundial
Patógenos emergentes o reemergentes	VIH y otras infecciones globales
<i>Adaptado de la OMS (1997).</i>	

Una tendencia futura probable, dado el crecimiento de la población combinado con el incremento de las expectativas de los consumidores como consecuencia de la liberalización del comercio mundial y la rápida industrialización de numerosas economías de los países en desarrollo, puede ser un crecimiento insostenible del consumo de energía y el consiguiente daño medioambiental (20).

Esto tiene relación no sólo con la globalización, sino también con el modelo general de desarrollo económico elegido. Por ello, para evitar mezclar fenómenos diferentes, es necesario centrarnos exclusivamente en lo que tiene que ver directamente con la globalización.

Es el caso del componente biológico del medio ambiente³. Actualmente este componente está fuertemente influido por el incremento de la movilidad de las poblaciones y el comercio internacional (sobre todo el comercio de alimentos). Lo que está ocurriendo ahora no es nuevo porque ya ocurrió en el pasado. «Lo que es nuevo es la escala de lo que se ha llamado el tráfico microbiológico. El aumento explosivo de los viajes mundiales produce cientos de potenciales contactos infecciosos a diario. Incluso los vuelos intercontinentales más largos son más cortos que el período de incubación de cualquier infección humana» (21). Como siempre, los datos nos permiten tener una imagen más precisa del fenómeno: el número de viajeros internacionales se ha triplicado desde 1980 (22).

Por las razones mencionadas anteriormente, las autoridades sanitarias están experimentando cada vez más dificultades en controlar nuevos brotes, como por ejemplo en el caso reciente del Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS). De hecho, el alto nivel de movilidad humana no es siempre compatible con la necesidad de detectar y aislar los casos sospechosos.

Merece la pena también prestar especial atención a los casos de las personas que se ven forzadas a migrar por razones económicas (emigrantes) y los que lo hacen por causa de guerra o persecuciones políticas (refugiados). Debemos hacerlo por razones que están por encima del control de enfermedades de declaración obligatoria. Emigrantes y refugiados no son sólo vectores de enfermedades infecciosas. Es muy diferente, porque ellos tienen además frecuentemente otras necesidades.

«La Organización Internacional de Trabajadores (OIT) estima que 130 millones de personas en todo el mundo están trabajando como inmigrantes, comparado con los 75 millones que había en 1965. La dramática expansión del

³ Se podría dividir el medio ambiente.

número de refugiados en los últimos 40 años es también evidente. El Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas (CRONU) estima que el número total de refugiados y otros relativos al CRONU (una categoría que incluye solicitantes de asilo, refugiados que retornan a casa y personas desplazadas internamente) ha alcanzado los 21,8 millones en el año 2000 (de sólo 1,4 millones en 1961)» (23).

Los sistemas sanitarios, cuyo principal objetivo debería ser «promover, restaurar y mantener la salud» (24) tienen que considerar globalmente las necesidades de salud de aquellos que se ven forzados a migrar. En particular los refugiados tienen algunos problemas de salud específicos (25):

- Cuidados del embarazo y puerperio.
- Inmunización.
- Enfermedades dentales.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Depresión y ansiedad.
- Dieta y nutrición.
- Trastornos por estrés postraumático.
- Trastornos psicosomáticos.
- Violencia familiar.
- Mutilación genital femenina.

El cuadro es mucho peor para los inmigrantes clandestinos que experimentan peores condiciones socioeconómicas, con mayores dificultades de acceso a los servicios sanitarios (cuadro 5).

Finalmente, algunos autores han intentado recientemente comprender las implicaciones en la salud, y las necesidades de las mujeres y adolescentes sometidos al tráfico de personas, con el objetivo de reconocer el tráfico de personas (y de órganos humanos, en particular de riñón) como un tema de salud específico (26). Este puede ser un buen punto de partida para demostrar que el tráfico de seres humanos es, además de un asunto político, un tema de salud.

La creciente movilidad de la población a través de las fronteras, junto con el comercio de sustancias dañinas tanto legales (tabaco y alcohol) como ilegales, determina la condición de riesgos para la salud que trascienden las fronteras nacionales en su origen e impacto. Estos hechos tienden a debilitar los sistemas de salud nacionales, que deberán coordinar políticas a nivel internacional para poder responder más efectivamente. Un buen y reciente ejemplo es la Convención sobre el control del Tabaco de la OMS, adoptada por la Asamblea de la OMS el 21 de mayo de 2003 (27).

CUADRO 5. Riesgos en salud, inmigrantes regulados y clandestinos		
	Inmigrantes regulados	Inmigrantes clandestinos
Condiciones socioeconómicas	Depende del nivel de integración	Pobres
Riesgos medioambientales	Variable	Alto
Derecho a asistencia sanitaria	Presente	Ausente
Acceso al sistema sanitario	Difícil	Muy difícil
Tipo de servicios sanitarios	Sistema público	Organizaciones voluntarias
Cobertura de la asistencia sanitaria	Alta	Baja y variable
<i>Fuente: Collin y Lee (2003).</i>		

«Este nuevo tratado es el primer instrumento legal diseñado para disminuir las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo. Entre muchas de las medidas, el tratado requiere a los países imponer restricciones en la publicidad, esponsorización y promoción del tabaco; establecer controles para los espacios sin humo, y fortalecer la legislación para *acabar con el humo de tabaco ambiental*» (28).

5. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD

En 1996, Murray y López publicaron un estudio fundamental sobre mortalidad y discapacidad global: *Estudio de la Carga Global de Enfermedad* (CGE). Este estudio comenzó en 1992 con el objetivo de asesorar la mortalidad y discapacidad producida por enfermedades, daños y factores de riesgo en 1990 y proyectada al 2021 (29) (cuadro 6). Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) se desarrollaron como la unidad de medida en este estudio. Los AVAD se calculan como el valor actual de los futuros años de vida libres de discapacidad que se pierden como resultado de una muerte prematura o por casos de discapacidad ocurridos en un año en concreto (30).

Como puede verse en los siguientes gráficos (gráfico 4), las enfermedades no transmisibles (ENT) tomarán el puesto de las enfermedades transmisibles como primera causa de CGE. Más aún, las ENT aumentarán las desigualdades en salud entre y dentro de los países, afectando principalmente a las poblacio-

CUADRO 6. Principales causas de carga de enfermedad en 1990 y 2020

ESTIMADO 1990		ESTIMADO 2020	
RANGO DE LA CAUSA	% TOTAL	RANGO DE LA CAUSA	% TOTAL
1. Infecciones de vías respiratorias bajas	8,2	1. Enfermedad isquémica cardíaca	5,9
2. Enfermedades diarreicas	7,2	2. Depresión mayor unipolar	5,7
3. Problemas perinatales	6,7	3. Accidentes de tráfico	5,1
4. Depresión mayor unipolar	3,7	4. Enfermedad cerebrovascular	4,4
5. Enfermedad isquémica cardíaca	3,4	5. Obstrucción pulmonar crónica	4,2
6. Enfermedad cerebrovascular	2,8	6. Infecciones de vías respiratorias bajas	3,1
7. Tuberculosis	2,8	7. Tuberculosis	3,0
8. Paperas	2,7	8. Guerra	3,0
9. Accidentes de tráfico	2,5	9. Enfermedades diarreicas	2,7
10. Anomalías congénitas	2,4	10. VIH	2,6

EN LAS MUJERES DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS LA DEPRESIÓN MAYOR UNIPOLAR SE ESTIMA QUE SERÁ LA PRINCIPAL CAUSA DE CARGA DE ENFERMEDAD

Fuente: Tomado de Murray y López 1996.

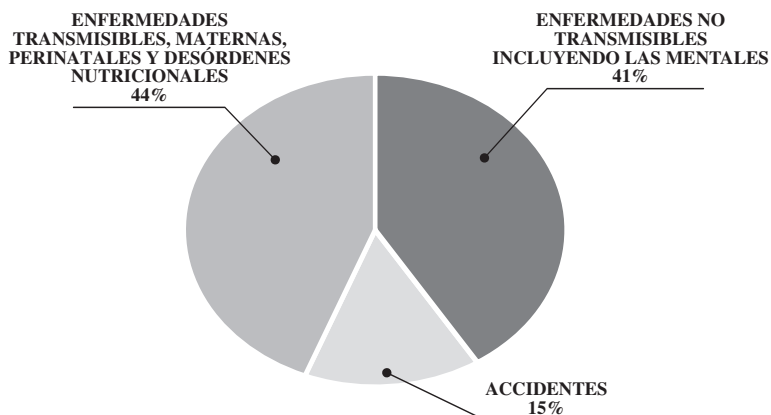
nes más pobres como consecuencia de la desigualdad en la distribución de los principales factores de riesgo (31).

La «transición epidemiológica» (de enfermedades transmisibles a no transmisibles) no significa que todas las enfermedades infecciosas estén en declive. «El mundo actual ha presenciado la aparición de nuevas y globales amenazas para la salud, para las cuales las medidas de control continúan desarrollándose (por ejemplo VIH/SIDA, Ébola y los virus de Marburg). Además, algunas de las “antiguas” enfermedades (como tuberculosis, malaria y gonorrea) constituyen una amenaza mayor debido a que han desarrollado resistencia a los fármacos comúnmente usados en su tratamiento» (32). La resistencia a los antibióticos constituye un grave problema global de salud pública, porque está afectando a los esfuerzos de lucha contra cinco de los patógenos infecciosos mundiales más graves: VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, neumonía y diarrea (como cólera, shigella e infección tifoidea) (33).

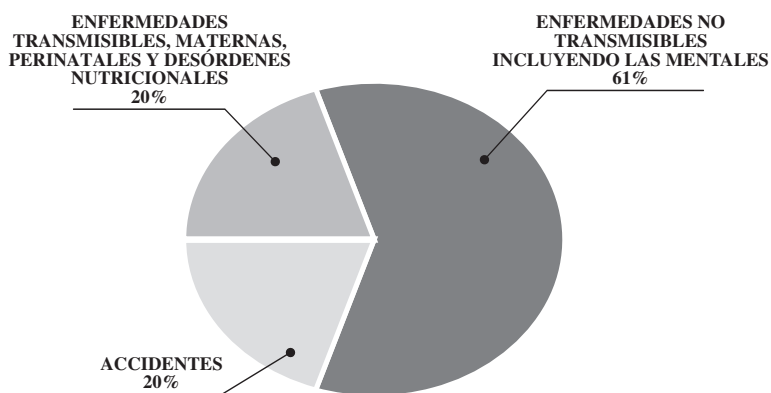
De esta manera, en un creciente número de países en desarrollo las enfermedades infecciosas no están disminuyendo, y por lo tanto hay un «doble contratiempo» (34) que constituye una doble carga de enfermedad para unos sistemas sanitarios en condiciones ya críticas. Algunos datos mostrarán la grave-

GRÁFICO 4. Carga global de enfermedad agrupada en tres causas principales

CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD EN 1990
(calculada en años de vida ajustados por incapacidad)



CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD EN 2020
(calculada en años de vida ajustados por incapacidad)



Fuente: Murray y López 1996.

dad de la situación. «En todo el mundo en el año 2002, a pesar de las tendencias decrecientes de carga de las enfermedades transmisibles en los adultos, el VIH/SIDA fue la principal causa de mortalidad y el contribuyente más importante de carga de enfermedad en adultos de 15 a 59 años» (35). En el año 2002, 42 millones de adultos y 5 millones de niños padecían VIH/SIDA, más del 95% de ellos en países en desarrollo y el 70% en el África subsahariana (36). «De

los 57 millones de muertes en 2002, 10,5 ocurrieron en niños menores de 5 años, y más del 98% de estas muertes fueron en países en desarrollo (37). Las estimaciones de la OMS atribuyen el 47,9% de estas muertes a trastornos neonatales (asfixia en el parto, bajo peso al nacimiento y otros trastornos que aparecen en el período perinatal); el 17,9% a diarrea; el 10,9% a infecciones respiratorias; el 0,1% a SIDA y el 24,1% a otras enfermedades (38).

De esta manera, aunque las enfermedades no transmisibles sean la primera causa de carga de enfermedad incluso en los países en desarrollo, las enfermedades infecciosas actuales (infecciones respiratorias, diarrea, VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, etc.) continúan destruyendo el presente y futuro de estos países, matando millones de adultos y niños cada año. En este contexto, la globalización está jugando un papel clave que los encargados de realizar las políticas sanitarias tendrán que tomar muy en cuenta en los próximos años.

Traducción: Clara Respeto

REFERENCIAS

- (1) Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Future Studies, Stockholm, 1991.
- (2) Yach D. «The globalization of Public Health, I: threats and opportunities». *Am J Public Health*. 1998; 88: 735-738.
- (3) Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. «Globalisation and health: a framework for analysis and action». *Bull of the World Health Organization*. 2001; 79: 875-881.
- (4) Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S., Murray CJL, et al. «Selected major risk factors and global and regional burden of disease», *Lancet*. 2002; 360: 1347-1360.
- (5) WHO «The World Health Report 2002», WHO, Geneve.
- (6) McMichael T. *Malattia, uomo, ambiente*, Edizioni Ambiente, Milano, 2002.
- (7) Lee K. *Globalization and Health*. Palgrave, London, 2003.
- (8) Frenk J, Gomez-Dantes O. «Globalization and the challenges to health systems». *BMJ*. 2002; 325: 95-97.
- (9) Corrao AM, Guindon GE, Cokkinides V, Sharma N. «Building the evidence base for global tobacco control», *Bull of the World Health Organisation*, 2000; 78 (8): 884-890
- (10) Collin J, Lee K. *Globalisation & transborder health risk in the UK*, The Nuffield Trust, London, 2003, p. 52.
- (11) *Ibidem* p. 60.
- (12) Bettcher D, Yach D, Guindon GE. «Global trade and health: key linkages and future challenges», *Bull of the World Health Organisation*. 2000; 78 (4): 521-534.
- (13) WHO (2003). «Joint WHO/FAO expert consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases», *WHO*, Geneve, p.14.
- (14) McMichael T. *Malattia, uomo, ambiente*, Edizioni Ambiente, Milano, 2002.
- (15) WHO, «Joint WHO/FAO expert consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases», *WHO*, Geneve, 2003.
- (16) IFPRI, *Achieving sustainable food security for all by 2020*, IFPRI, Washington, 2002, <http://www.ifpri.org/2020/books/actionsshort.pdf>

- (17) UNICEF, *The State of the world's children*, Unicef, Geneve. 2002.
- (18) WHO, «Think and act globally and intersectorally to protect national health», 1997, p. 24.
- (19) WHO, «The World Health Report 2002», WHO, Geneve p. 120.
- (20) WHO, «Think and act globally and intersectorally to protect national health», 1997
- (21) Frenk J, Gomez-Dantes O. «Globalization and the challenges to health systems», *BMJ*, 2002, 325: 95-97.
- (22) Ibidem.
- (23) Collin J, Lee K. *Globalisation & transborder health risk in the Uk*, The Nuffield Trust, London, 2003, p. 29.
- (24) WHO The World Health Report 2000, WHO, Geneve p. 5.
- (25) Collin J, Lee K. *Globalisation & transborder health risk in the Uk*, The Nuffield Trust, London, 2003, p. 38.
- (26) Zimmerman C, Yun K, Watts C, et al. *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents: findings from a European study*. LSHTM, London. 2003, <http://www.lshtm.ac.uk/hpu/staff/czimmerman.html> (last access 23 feb 2004).
- (27) <http://tobacco.who.int/page.cfm?sid=96> (last access 24 dic 2003).
- (28) <http://www.who.int/features/2003/08/en/> (last access 28 sep 2003).
- (29) Murray CJL e Lopez AD. *The Global Burden of Disease*, Harvard School of Public Health, Boston, 1996
- (30) World Bank. *World development Report: Investing in health*. Oxford University Press, Oxford, 1993.
- (31) Beaglehole R, Yach D. «Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults». *Lancet*, 2003; 362: 903–08.
- (32) WTO/WHO «WTO agreements and public health», WTO, Geneve, 2002, p. 13.
- (33) Fidler DP. «Antimicrobial resistance: a challenge for global health governance in» (edited by Lee K.) *Health impacts of globalization*, Palgrave Macmillan, New York, 2003, p. 144-160.
- (34) Alberti G. «Non communicable diseases: tomorrow's pandemics». *Bull of the World Health Organization*, 2001, 79 (10): 907.
- (35) Lee JW. «Global health improvement and WHO: shaping the future». *Lancet*, 2003, 362, 2083-2088.
- (36) www.developmnetgoals.org/Hiv_Aids.htm (last access 1 mar 2004).
- (37) Black RE, Morris SS, Bryce J. «Where and why 10 million children dying every year?» *Lancet*, 2003, 361, 2226-2234.
- (38) Black RE, Morris SS, Bryce J. «Where and why 10 million children dying every year?» *Lancet*, 2003, 361, 2226-2234.

FUNDAMENTOS DE LA GLOBALIZACIÓN Y DE SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD

LUIS PALOMO*

«Cuando un ciudadano ha perdido la capacidad de rebelarse civilmente, ha muerto».

MANUEL VICENT

La globalización, como otras muchas consecuencias del desarrollo humano, tiene detractores y tiene partidarios, porque si, por un lado, la globalización está produciendo graves daños en las condiciones de vida de muchos países y de millones de personas, a la par, algunas organizaciones mundiales, sectores de población y poderes influyentes consideran beneficiosos sus efectos.

En lo que a la salud se refiere, las pruebas acumuladas hasta el momento muestran que la globalización tiene poco interés por la promoción de una sociedad saludable, es más, los efectos de la globalización han perjudicado las condiciones del estado de salud en muchas partes del mundo. Es como si la globalización hubiera sembrado el mundo de trampas canadienses: la globalización opera como una trampa canadiense para la salud y las condiciones de vida de las personas más desfavorecidas, porque, debido a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (internet) y a los criterios de productividad, rendimiento financiero y consumo, que han situado a los consumidores y accionistas por encima de los ciudadanos, asistimos a un apartheid entre los que saben y tienen acceso a los e-conocimientos y los que no saben y no tienen acceso; entre instruidos y analfabetos; hombres y mujeres; ricos y pobres;

* Médico EAP Coria. Presidente Red Española de Atención Primaria. Director de *Salud 2000*.

patrones y trabajadores; jóvenes y ancianos; blancos y de color; urbanos y rurales; angloparlantes y los demás. En esta perspectiva, la trampa funciona sobre todo para la mujer, analfabeta, pobre, de color, trabajadora, anciana, que no habla inglés y rural (Petrella, 2000).

Las fuerzas dominantes en la construcción de la globalización han buscado la acumulación de riquezas, la usura y la explotación de los recursos naturales, pero hay otras fuerzas que están sembrando la duda en su seno, porque intentan que sus energías positivas se desarrollen a favor de los habitantes del planeta.

LA ALDEA GLOBAL

En realidad, los efectos de la globalización se han hecho notar en el mundo a partir de los años 70, cuando los economistas empezaron a estudiar las relaciones entre la apertura de los mercados de los países a la competencia internacional y los resultados obtenidos en términos de crecimiento de su PIB.

La globalización es un hecho objetivo, no una ideología, aunque la ideología neoliberal lo ha utilizado para intentar instalarse como la única racionalidad posible. Su expresión determinante es la interdependencia mundial de los mercados financieros, permitida por las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, y favorecida por la desregulación y liberalización de dichos mercados.

Las inversiones del capital, los dineros, son globales; las monedas se cotizan globalmente (dos billones de dólares se cambian diariamente en el mercado de divisas); la producción de bienes y servicios es global: por ejemplo, las redes productivas de 53.000 empresas multinacionales y sus 415.000 empresas auxiliares, que emplean a 200 millones de trabajadores y que generan el 30% del producto bruto global y 2/3 del comercio mundial.

También están globalizadas la ciencia y la tecnología, estructuradas en torno a los principales centros de investigación universitarios y empresariales y globalizadas en redes de comunicación y cooperación; el mercado de trabajadores altamente especializados (desde tecnólogos a futbolistas y asesinos profesionales); los grupos de comunicación, que se concentran en torno a siete grandes empresas multimedia; la comunicación entre la gente a través de internet (500 millones de usuarios en el mundo); el deporte; las instituciones políticas, para tomar decisiones de forma conjunta (G8; Fondo Monetario Internacional).

Los Estados nacionales han impulsado la globalización mediante políticas liberalizadoras, convencidos de que se crea riqueza y de que, al final del recorrido, los frutos también les llegarán a los excluidos (Castells, 2001).

Algunos acontecimientos históricos han favorecido la liberalización de mercados: La creación de la Comunidad Económica Europea en 1958; el cese de la política proteccionista por parte de Corea del Sur a comienzos de los años 60; la crisis de la deuda de las economías latinoamericanas en 1992; la Ronda Uruguay del GATT, inaugurada en 1986, y la liberalización general de los mercados financieros en los años 80.

Los economistas que defienden la globalización piensan que ésta es moldeable a corto y a medio plazo, que existen indicios de que la apertura a la competencia exterior favorece el crecimiento económico, y que la lucha contra la desigualdad y la pobreza ha de ser indisociable del proceso de globalización, porque si la globalización favorece el crecimiento económico, sería inaceptable que no contribuyera a la equidad (Myro, 2001). Para estos economistas, la globalización aumenta el crecimiento y la convergencia entre países, ya que, en estos últimos 20 años, la globalización ha permitido una media de crecimiento anual mundial del 3,5%, más que en el período proteccionista situado entre 1914-1950, en que sólo creció una media del 2,0% anual. En estos últimos 20 años, el conjunto de los países en desarrollo ha crecido a mayor ritmo anual medio que el de los desarrollados: el 4,75% frente al 3,3%, respectivamente. En términos del PIB per cápita, que es mejor indicador de convergencia real, el crecimiento anual en estos últimos 50 años ha sido del 2,7% en los países desarrollados y del 2,6% en los en desarrollo, el mayor en toda la historia. La mínima diferencia se debe a la mayor tasa de crecimiento poblacional de estos países y a la situación dramática del África subsahariana. En los últimos 20 años, el PIB per cápita de los países en desarrollo ha aumentado el 2,5% de media anual frente al 2,15% de los desarrollados (De la Dehesa, 2001).

Pero las críticas a la globalización también son contundentes. Se dice que la globalización no conlleva aumento de la competencia ni reducción de los precios, debido a que desaparecen los mercados protegidos en algunos países y emergen las situaciones de oligopolio y el predominio de políticas antiinflacionistas. La globalización no induce afluencia de capitales extranjeros productivos hacia el mundo subdesarrollado, ya que esos capitales suponen una proporción minoritaria de los totales. La globalización eleva barreras de entrada a los inmigrantes hacia los países ricos. La globalización no genera ni crecimiento ni convergencia generalizados; por el contrario, la globalización

modifica la correlación de fuerzas en favor del capital y en perjuicio del trabajo. El desplazamiento de sectores industriales a zonas geográficas con mano de obra más barata es responsable del 10-20% del paro, y la innovación tecnológica incrementa la productividad y disminuye la necesidad de mano de obra. El anuncio de miles de despidos, como consecuencia de la crisis mundial que se avecina después del 11 de septiembre, agravará aún más la situación.

La globalización profundiza el desajuste entre los espacios con capacidad reguladora pública y los espacios en los que opera y reproduce el capital. La mundialización del modelo de producción y consumo dominante en los países desarrollados produce un impacto ecológico de rango también global. El auge de las finanzas mundiales y la fragilidad que le acompaña conciernen a su propio ámbito, pero a la vez generan un riesgo sistémico que amenaza el funcionamiento de la economía en su conjunto. La globalización no produce homogeneización y convergencia a escala universal, sino que aumenta la marginación de un gran número de espacios sociales (Martínez, 2000).

El propio George Soros reconoce que los mercados financieros y comerciales son buenos para la generación de riqueza, pero no sirven para otras necesidades sociales. Las instituciones dedicadas al suministro de bienes públicos, como la preservación de la paz, la protección del ambiente, la reducción de la pobreza y la mejora de las condiciones de salud y de trabajo y de los derechos humanos, son menos efectivas y están peor dotadas que las instituciones financieras. La disparidad entre las instituciones financieras y de comercio y las dedicadas a objetivos sociales ha hecho que el desarrollo de la sociedad global sea desproporcionado (Soros, 2001).

Las paradojas de la globalización muestran cómo, por un lado, por cada porcentaje de apertura extra en la economía de un país aumenta un 1% el ingreso per cápita de su población y, por otro, el anunciado comercio mundial se trata de tráfico en un solo sentido: desde el Norte rico hacia el Sur pobre, y no a la inversa. Si realmente se liberalizaran los mercados, los países en vías de desarrollo recibirían 700.000 millones de dólares, 14 veces más ingresos que los que ahora reciben por ayuda al desarrollo; no habría *dumping* del superávit agrícola occidental en los mercados del Tercer Mundo; no habría excepciones injustas para plátanos, arroz o azúcar, únicamente para armas. Algunas voces autorizadas reclaman un enfoque ético mundial, porque es un escándalo que más de 1.200 millones de personas carezcan todavía de cuidados médicos y de educación (Verhofstadt, 2001).

LOS EFECTOS DE MAXIMIZAR EL BENEFICIO: ALGUNAS ILUSTRACIONES

1. Las multinacionales y la explotación laboral en los países del Sur

En China, 70 millones de mujeres trabajan para las multinacionales occidentales. Tienen menos de 25 años (de lo contrario sólo pueden trabajar si traen a su hijo para que lo haga gratis), trabajan 14 horas diarias, en algunos casos hasta 18, comen en quince minutos, duermen cuatro horas hacinadas en la propia fábrica. Ganan menos de dos dólares al día: Son las *dagongmei*, algunas trabajaban para la empresa china que confeccionaba bolsos para la red de supermercados más grande del mundo: Wall-Mart.

No son las únicas víctimas: Más de 250 millones de niños en todo el mundo viven como esclavos, es decir, lo son. En América Latina trabaja 1 de cada 5 niños con edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, en África 1 de cada 3, en Asia 1 de cada 2. Las formas de esclavitud clásica (que persisten en Sudán, Mauritania o África Occidental, donde comprar la vida de una persona no cuesta más de 80 dólares) se han visto superadas por las nuevas formas de explotación laboral. Quizás no tan nuevas, sino parecidas a las de la Revolución Industrial.

Después de la crisis de 1973, las empresas multinacionales empezaron a deslocalizar su producción para hacerla más rentable. Cerrar las ventanas y las puertas de las fábricas con barrotes, agredir a los empleados o reducir su sueldo a la mitad por ir al baño sin permiso, forma parte de la lógica del sistema: la del máximo beneficio.

La técnica de «flujo tirante» (que consiste en eliminar los stocks de producción) empeora aún más las condiciones: jornadas de veinte horas diarias, sin aumento de sueldo, si así lo requieren los flujos internacionales de demanda. Si no hay encargos, a la calle.

Si alguien se queja, pierde el trabajo. Si existen problemas para la empresa (demandas laborales, creación de sindicatos o asociaciones...), se traslada a otro lugar.

Nike emplea a 100.000 personas en China, 75.000 en Indonesia, 40.000 en Vietnam. En los tres países está prohibido el derecho de asociación. Es tan sólo un ejemplo.

Las denuncias de las prácticas, deleznable, de esta multinacional de ropa deportiva no pueden hacernos olvidar otros casos. En Saipán, isla del Pacífico

que mantiene un tratado de libre comercio con los Estados Unidos, más de 50.000 personas trabajan en condiciones inhumanas para prestigiosas marcas textiles norteamericanas (Tommy Hilfiger, Gap, Levi's, Wall-Mart...). Los trabajadores, en su mayoría asiáticos, pagan hasta 5.000 dólares por llegar hasta la isla para trabajar en una «fábrica del sudor».

Las denuncias de organizaciones como el Comité de Trabajo Nacional, Global Exchange o Sweatshop han forzado a las multinacionales a establecer inspecciones. Sin embargo, las empresas contratadas están lejos de ser independientes y su trabajo se reduce a una simple campaña publicitaria. Lo mismo ocurre con protocolos como el que firmó el presidente Clinton para combatir la explotación laboral en los países del Tercer Mundo. Entre las empresas firmantes se encontraban Nike y Reebok. El protocolo era demasiado general y lleno de subterfugios legales y nunca se ha aplicado.

En India, 55 millones de niños trabajan en la elaboración de la artesanía textil. En Pakistán es muy difícil saber cuántos. Las multinacionales de ropa deportiva han perfeccionado la estrategia: los niños trabajan en casa.

Ante esta situación, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) puso en práctica un proyecto para la escolarización de los menores. El plan exigía a las empresas una mejora de sus condiciones laborales. Resultado: Pakistán ha reducido su producción de pelotas de fútbol en un 20%. Un niño cose tres balones trabajando durante todo el día y gana menos de un dólar por cada uno. Las empresas locales, subcontratadas por las multinacionales, empezaron a pagar 8 rupias más por balón (una miseria) para eludir problemas. Sin embargo, Adidas lo consideró un exceso y fabricó sus balones para el Mundial de Francia en Marruecos.

En Bangladesh, un proyecto parecido pretendía eliminar a principios de la década de los noventa el trabajo infantil en las fábricas textiles. Sin embargo trabajan el 46% de los niños entre cinco y catorce años. La mayoría en las canteras: 16 horas al día, descalzos y desnudos por menos de 5 dólares a la semana. Peor aún, Bangladesh se ha convertido en un centro mundial de prostitución infantil. Mientras exista pobreza extrema y explotación, mientras un adulto trabaje veinte horas al día por dos dólares, los niños trabajarán donde sea. Es otra forma de explotación: en Tailandia la industria del sexo, sostenida por clientes de los países ricos, genera el 60% del Producto Interior Bruto.

Cuanto más efectiva y cruel es la explotación, más amplio es el margen de beneficio. En las fábricas subcontratadas por las multinacionales en la Repú-

blica Dominicana trabajan más de 150.000 personas, en su mayoría mujeres. Allí, una empleada cobra por cada pantalón elaborado 3.000 veces menos de lo que cuesta en el mercado.

Otras formas clásicas de subyugación no están ausentes en estas factorías: los jefes son hombres y quienes allí trabajan mujeres. Los maltratos y las violaciones y todo tipo de abusos sexuales son cotidianos. Poco pueden hacer las víctimas.

El flujo unidireccional de capitales desde las potencias occidentales a los países pobres –globalización lo llaman– acentúa la desigualdad y las situaciones de extrema pobreza. No puede existir, en esas condiciones, ningún tipo de competencia. Las empresas multinacionales, en ocasiones con un PIB superior al de los países en los que se instalan, imponen las condiciones. Quienes no las aceptan, quedan excluidos del juego. Quienes deciden aceptar, en el mejor de los casos, condenan a sus poblaciones a la esclavitud a cambio de participar de la lógica del máximo beneficio. Su desarrollo macroeconómico será expuesto como modelo por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Mientras, su población seguirá muriendo de hambre, falta de asistencia médica, sida, ausencia de servicios de saneamiento, guerras, esclavitud, explotación.

Poco le importa a la estúpida frivolidad de quienes compiten por ser los más ricos de la tierra y a los voceros que cantan sus hazañas. Es el caso de la revista *Fortune*, que suele publicar periódicamente la lista de los hombres más ricos del mundo, en la cual suele ser el primero el dueño de Wall-Mart.

2. La deuda externa

En 1996, el Banco Mundial, el FMI, el G7 y el Club de París lanzaron una iniciativa destinada a fortalecer la capacidad de los Países Pobres Altamente Endeudados (PPAE) para asegurar el reembolso efectivo de una deuda insostenible. En 2001, cinco años después de aquella iniciativa, el importe total de la deuda externa ha aumentado y sólo 22 de los 41 países PPAE se podrán beneficiar de una reducción de los servicios de sus deudas (cuadro 1).

Si se quisiera mejorar realmente la situación de alrededor de 400 millones de habitantes de los PPAE, se debería anular totalmente la deuda externa, y abandonar al mismo tiempo las políticas de ajuste y reintegrarles lo que les ha

CUADRO 1	
Año	Monto de la deuda de los PPAAE*
1995	158,4
1996	205,5
1997	202,1
1998	204,4
1999	209,8
2000	207,9
2001	214,9

** En miles de millones de dólares.*

sido expoliado a dichos pueblos. Desde 1980, los países del Tercer Mundo han transferido a sus acreedores de los países centrales el equivalente a 42 Planes Marshall.

La deuda del Tercer Mundo no es tan grave si la comparamos con la deuda histórica, ecológica y social que han contraído con él los países ricos del Norte. Si excluimos a los países del ex bloque del Este, la deuda del Tercer Mundo alcanza en 2001 los 2,1 billones de dólares (de ellos, el 75% corresponde a deuda pública), lo que representa sólo un pequeño porcentaje de la deuda mundial, que alcanza los 45 billones de dólares. Sólo en los EEUU, la suma de la deuda pública y de la deuda privada llega a los 22 billones de dólares.

Si fuera condonada la deuda externa del Tercer Mundo, sólo representaría una pérdida del 5% para las carteras de sus acreedores; por el contrario, para las poblaciones que se librarán de ella significaría la posibilidad de incrementar las inversiones en salud, educación o empleo. El reembolso de la deuda externa del Tercer Mundo constituye una donación de 200.000 a 250.000 millones de dólares, de 2 a 3 veces la suma necesaria para satisfacer las necesidades básicas fundamentales, según la definición de las Naciones Unidas (Toussaint, 2001).

3. La ayuda al desarrollo

A pesar del compromiso de las Naciones Unidas, y del constante apoyo ciudadano, de destinar al desarrollo y a la erradicación de la pobreza un 0,7% del PNB, los gobiernos de los países industrializados reducen su ayuda. Los paí-

ses donantes de la OCDE destinaron en el año 2000 un total de 53.100 millones de dólares, un 1,6% menos que en 1999 (56.400 millones de dólares).

Los años 90 han marcado una tendencia a la baja, ya que la media porcentual del PNB destinado a la ayuda estaba en el 0,33% en 1990 y ahora se sitúa en el 0,22%. La pérdida acumulada para los países en vías de desarrollo durante estos años roza los 136.000 millones de dólares, cantidad suficiente para satisfacer durante dos años las necesidades de salud de 3.500 millones de personas.

En España, es patente la falta de compromiso del gobierno para luchar contra la pobreza. Desde hace cinco años se constata un estancamiento de las partidas presupuestarias destinadas a cooperación, que en el año 2000 sólo alcanzó el 0,21% del PNB, el porcentaje más bajo de la década de los 90, con el agravante de que la reducción se produce sobre todo en la ayuda destinada a los países del África subsahariana, los más necesitados, y en las partidas destinadas a servicios sociales básicos, como salud y educación. En 1999, estos servicios sólo recibieron un 6,3% de la ayuda, muy lejos del 20% comprometido en la Cumbre de Copenhague de 1995, y muy por debajo del 10,14% de 1998 (Carreras, 2001). Estos y otros datos no menos ilustrativos de la realidad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) aparecen en el informe de Intermón Oxfam, según el cual el país que más porcentaje de su PNB dedica a cooperación es Dinamarca, con un 1,06%, seguido de Holanda, Suecia, Noruega y Luxemburgo. Por la cola, el país que menos dinero dedica a AOD es EEUU, con el 0,10% de su PNB, seguido de Italia, Grecia y España (0,21%). El informe hace saber que los inmigrantes en el mundo rico envían a sus países 70.000 millones de dólares, mientras que toda la ayuda de la OCDE es de 53.000 millones de dólares (Bayón, 2001).

4. El hambre en el mundo

Los informes de la FAO denuncian un retroceso en la reducción del hambre en el mundo, de manera que el número de desnutridos se mantiene o empeora en 67 de los 99 países afectados. Según el informe «Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2001», de los 815 millones de hambrientos, 777 (180 millones menores de 10 años) viven en países en desarrollo; 27 millones en países en transición a la economía de mercado, y 11 millones en países industrializados.

Entre los países que han mejorado tenemos el caso de China, que ha reducido en 76 millones de personas el número de desnutridos; a pesar de ello sigue siendo el segundo país del mundo, tras India, en personas mal alimentadas. En el otro extremo, en la República Democrática del Congo aumentó hasta 17 millones el censo de hambrientos, de una población de 48 millones.

La situación del hambre es tal que las previsiones de la FAO de reducir a la mitad los 800 millones de hambrientos para el año 2015 tendrán que esperar hasta el año 2060. Además, según el Banco Mundial, el crecimiento de los países menos desarrollados afectados por la guerra contra Afganistán disminuirá entre el 0,5% y el 0,75% el próximo año (EP, 2001).

5. La propiedad de las patentes

No habrá salud pública global mientras dependa de la demanda, y no de las necesidades de 2.000 millones de personas que viven en la exclusión social. Los intereses de las 39 empresas fabricantes de medicamentos contra el sida no pueden prevalecer sobre la intención del gobierno de Sudáfrica de proteger los 4,2 millones de personas infectadas por el VIH/ sida que viven en su territorio, fabricando genéricos o importando las mismas medicinas genéricas entre un 70 y un 300% más baratas, ya que los países pobres no pueden pagar el elevado coste de las medicinas (Aguirre, 2001).

No tiene sentido exigir una protección estricta de los derechos de propiedad de las patentes en los países pobres, porque no generará más beneficios a las compañías, pero sí limitará el acceso de los pobres a los fármacos. África representa el 1% del total de ventas de esas compañías y América Latina el 4%.

Una industria farmacéutica fuerte y rentable es importante para lograr el bienestar humano. Pero la combinación de normas injustas sobre propiedad intelectual dentro de la OMC (normativa TRIPs) y una estrategia despiadada por parte de las empresas con el objetivo de maximizar sus beneficios están alimentando una crisis sanitaria global en la que cientos de millones de personas padecen la miseria de las enfermedades crónicas y la muerte temprana (Fanjul, 2001).

En 1998, los 29 países más desarrollados, que reúnen al 14% de la población mundial, invirtieron en investigación y desarrollo unos 10 billones de pesetas; más que toda la producción económica de los 30 países más pobres.

En este asunto de las patentes, resulta sorprendente la doble moral que

emplean los países occidentales, ya que sólo actitudes cínicas, por no decir delictivas, pueden aceptar la emergencia nacional de Canadá y negar la de Pretoria, permitir saltarse la ley de patentes para fabricar ciprofloxacino genérico en Canadá, para tratar el ántrax, y defenderla ante la posibilidad de fabricación o de importación de genéricos para el tratamiento del sida (Girona, 2001).

Mientras en Occidente es posible la eliminación de la transmisión vertical del sida (mediante prevención primaria del VIH y de los embarazos no deseados en las jóvenes, y el diagnóstico temprano del VIH en las mujeres, incluso de pautas ARV), por debajo del paralelo 15, en Sudáfrica, nacen cada año 70.000 niñas y niños infectados porque sus madres no han tenido la oportunidad no sólo de tratarse, sino de diagnosticarse. Mientras esto sea así, la transmisión vertical del VIH seguirá siendo un problema, también ético (Casabona y cols., 2001).

El informe de Médicos Sin Fronteras «Desequilibrio mortal» detalla las respuestas a un estudio sobre las actividades de investigación y desarrollo (I+D) de medicamentos de algunas de las principales compañías farmacéuticas del mundo, cuyas ventas combinadas alcanzan casi los 117.000 millones de dólares. Sólo un nuevo medicamento antituberculoso fue puesto en el mercado en los últimos cinco años procedente de estas 11 compañías. 8 de las 11 respondieron no tener actividades de investigación en el último año para enfermedades mortales que afectan casi exclusivamente a los pobres: enfermedad del sueño, enfermedad de Chagas y leishmaniasis. Esta trágica falta de I+D de medicamentos para enfermedades no rentables se demuestra también en los nuevos datos, que muestran que de los 1.393 nuevos medicamentos aprobados entre 1975 y 1999, sólo 13 (1%) fueron para enfermedades tropicales.

6. Los alimentos transgénicos

En el tema de los alimentos genéticamente modificados (AGM) se enfrentan, por un lado, las preocupaciones de los consumidores de los países ricos con la prioridad de los países en desarrollo de luchar contra la malnutrición, ya que los AGM ofrecen la posibilidad de aumentos drásticos de la productividad y, por lo tanto, de la comida disponible. Las presiones contra la investigación en este área ponen en peligro las perspectivas de estos beneficios.

En Europa, las ventas de maíz, tomates y patatas genéticamente modificados se han prohibido por los riesgos potenciales, aunque no probados. Pero en

los países en vías de desarrollo, que luchan por alimentar a más de 800 millones de personas amenazadas por la desnutrición, esos vagos temores parecen un problema menor, si se enfrentan con el riesgo cierto de inanición.

Las técnicas de modificación genética permiten obtener nuevas cosechas resistentes a los virus, que toleren las sequías y que contengan mayor nivel nutritivo. El esfuerzo conjunto del gobierno japonés, la Fundación Rockefeller y el PNUD ha desarrollado nuevas variedades de arroz en África occidental con mayor producción y más ricos en proteínas, que se cultivan sin abonos ni pesticidas.

El reto futuro está en establecer controles estrictos que garanticen la seguridad de los alimentos, como han hecho, por ejemplo, Egipto y Argentina, pero en ningún caso ceder a las crisis de los supermercados de Occidente y no apoyar la creación de nuevos productos agrícolas en los países en vías de desarrollo (Malloch –Brown, 2001).

7. El cambio climático

La destrucción del medio ambiente natural y los efectos sobre el clima de la explotación sin tino de los recursos que acarrea el turbocapitalismo, han sido uno de los frentes de batalla donde la globalización se ha tenido que ver las caras con organizaciones ecologistas y pacifistas altamente beligerantes y provistas de eficaces estrategias de presión mediática, de movilización popular y de influencia política.

A pesar de que el presidente Bush se negó a que EEUU, el país más contaminador del mundo, ratificase el Protocolo de Kyoto sobre cambio climático, la reacción sin precedentes de muchos otros gobiernos, de instituciones, ONG, ciudadanos de a pie, de los países de la Unión Europea y en vías de desarrollo ha conseguido salvar el Protocolo en la reciente cumbre de Bonn, rescatándolo de los intentos por destruirlo de países como Japón, Canadá y Australia, y de la OPEP.

La conferencia de Bonn obliga a los países a ir abandonando la utilización de los combustibles fósiles (petróleo, gas, carbón), a poner en cuarentena la energía nuclear y a favorecer la eficiencia energética y el desarrollo de energías renovables.

Por otro lado, las masas forestales, una de las principales víctimas del cambio climático, no deben contabilizarse como sumideros. La necesaria conser-

vación de los bosques no debería emplearse como excusa para eludir la obligación de reducir las fuentes de emisión de CO₂ procedentes de las centrales térmicas y de los coches.

En España, según un análisis realizado por Greenpeace, la capacidad de los ecosistemas forestales españoles para actuar como sumideros de CO₂ está mermada, debido a la concurrencia de los incendios forestales, la desertización del suelo y las condiciones del clima mediterráneo, por lo cual España no tiene más remedio que reducir el consumo de combustibles fósiles. En 1999, la emisión de gases de efecto invernadero superaba en un 23-27% el nivel de 1990, cuando el Protocolo de Kyoto nos obliga a no emitir más de un 15% en 2008-2012 respecto a 1990.

EFFECTOS DE LA GLOBALIZACIÓN SOBRE LA SALUD

1. Sobre la salud pública

Las relaciones entre globalización y salud no son buenas. Con la globalización se comprueba la relación entre los planes de ajuste estructural y la ruptura de las redes de protección social y el incremento de la exclusión; las enfermedades aumentan con la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco; el movimiento de personas facilita la transmisión de enfermedades; con la degradación ambiental se deteriora la salud; la política de patentes se enfrenta con la incapacidad de millones de personas de acceder a las nuevas medicinas (Aguirre, 2001).

El conjunto de los sectores públicos y privados que están detrás de la globalización gastan 13 billones de pesetas anuales en investigación sanitaria, pero lo distribuyen de modo injusto, ya que las enfermedades que causan el 90% de la mortalidad e incapacidad en el mundo sólo reciben el 10% de ese dinero, porque la mayor parte de los presupuestos de investigación está en manos de unos pocos países, que dan prioridad a sus propios problemas sanitarios.

Los países de rentas bajas y medias agrupan al 85% de la población mundial y soportan el 92% de la denominada carga de enfermedad (estimada a partir de la mortalidad prematura, la incapacidad y la pérdida de calidad de vida por causas patológicas), mientras que los países ricos, con el 15% de la población mundial, soportan sólo el 8% de esa carga.

La contribución de los países a la mortalidad global y por enfermedades cardiovasculares (ECV), en porcentaje sobre el total mundial, en 1990, tiene una distribución desigual, como se aprecia en el cuadro 2 (Reddy, 2001).

CUADRO 2		
Países	Por todas las causas (%)	Por ECV (%)
Economías de mercado establecidas	14	22
Economías socialistas previas	8	15
India	19	17
China	18	18
Otros países e islas de Asia	11	9
África subsahariana	10	7
Oriente Medio	9	7
Latinoamérica	6	5
Mundial	100	100

La carga de enfermedad expresada en DALY (Disability Adjusted Life Year, o años de vida ajustados por discapacidad) y las previsiones para el año 2020, según el Foro Global de Investigación sobre la Salud, se refleja en el cuadro 3. Curiosamente, este foro es una fundación internacional financiada por la OMS, el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y los gobiernos de Canadá, Holanda, Noruega, Suiza y Suecia (EP, 2000).

CUADRO 3. Daños causados por cada enfermedad, expresados en% de los DALY globales				
Enfermedad	1998		Mundo	2020
	Países subdesarrollados	Países desarrollados		Previsión
Infecciones respiratorias	6,4	1,3	6,0	3,1
Enfermedades perinatales	6,2	1,9	5,8	2,5
Enfermedades diarreicas	5,7	0,3	5,3	2,7
Sida	5,5	0,9	5,1	2,6
Depresión unipolar	4,0	6,5	4,2	5,7
Enf. cardiacas isquémicas	3,3	8,8	3,8	5,9
Enf. cerebrovasculares	2,9	4,8	3,0	4,4
Malaria	3,1	0,0	2,8	1,1
Accidentes de tráfico	2,7	4,2	2,8	5,1
Tuberculosis	2,2	0,1	2,0	3,1
EPOC	2,1	2,3	2,1	4,1
Guerra	1,7	0,1	1,5	3,0

Respecto a los agentes causantes de las enfermedades, la malnutrición sería responsable de más del 14% de los DALY globales; la falta de salubridad del agua del 6%; el sexo sin protección, el abuso del alcohol, la contaminación interior, el tabaquismo y los accidentes laborales participan con porcentajes entre el 2 y el 4% de los DALY globales; por debajo del 2% están hipertensión, sedentarismo, consumo de drogas ilegales y contaminación exterior.

Expresado en muertes atribuidas por orden de importancia (millares), los principales factores de riesgo eran en 1990:

CUADRO 4				
Factor de riesgo	Mundo	% muertes	Países desarrollados	Países en desarrollo
Desnutrición	5.881	11,7	0	5.881
Tabaco	3.037	6,0	1.577	1.460
Hipertensión	2.918	5,8	1.406	1.512
Agua/higiene	2.668	5,3	35	2.665
Sedentarismo	1.991	3,9	1.099	89
Profesionales	1.129	2,2	230	899
Sexo no seguro	1.094	2,2	87	1.007
Alcohol	773	1,5	136	637
Contaminación aire	568	1,1	275	293
Drogas ilícitas	100	0,2	38	62

Una previsión de cómo puede evolucionar la incidencia de los factores de enfermedad en el mundo se refleja en el cuadro 5.

Los esfuerzos de la industria farmacéutica y de las instituciones públicas de investigación se concentran en los problemas sanitarios típicos de Occidente, ligados al envejecimiento, a la obesidad y al estilo de vida de los países desarrollados, pero en el mundo, la neumonía, la tuberculosis y las diarreas, que por sí solas ocasionan el 18% de la mortalidad y de la incapacidad, sólo reciben el 0,2% del dinero dedicado a investigación sanitaria.

Cada año mueren 7,7 millones de recién nacidos, el 98% de ellos en los países en desarrollo. En algunos de estos países, 1 de cada 7 mujeres fallece como consecuencia de un parto o de sus complicaciones, frente a 1 de cada 9.200 mujeres en el mundo industrializado. La tuberculosis causó 1,86 millones de muertes en 1998; la malaria, más de un millón. Estas dos enfermedades tienen su mayor incidencia en zonas que se solapan: el 70% de los 20 millones de enfermos de tuberculosis están en Asia; la malaria se extiende por 102 países subtropicales, amenazando a 2.400 millones de personas. Esta distribución

CUADRO 5		
Enfermedad o lesión	Orden de importancia	
	1990	2020
Infección vías respiratorias bajas	1	6
Enfermedades diarreicas	2	9
Afecciones período perinatal	3	11
Depresión unipolar	4	2
Enfermedades coronarias	5	1
Enfermedades cerebrovasculares	6	4
Tuberculosis	7	7
Sarampión	8	25
Accidentes de tráfico	9	3
Anomalías congénitas	10	13
Malaria	11	25
EPOC	12	5
Caídas	13	19
Anemias ferropénicas	14	39
Desnutrición	15	37

coincide con la de la tercera epidemia del siglo: el sida. De hecho, el sida agrava el problema de la tuberculosis: el 20% de los fallecidos por esta enfermedad estaban relacionados con el VIH.

Para colmo de males, el Foro señala un aumento en los países pobres de la mortalidad debida a enfermedades consideradas de países ricos, como son las dolencias cardiovasculares. La contribución de las ECV a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad perdidos (AVAD), en porcentaje del total, evolucionará como se refleja en el cuadro 6 (Reddy, 2001).

CUADRO 6		
Países	1990 (%)	2020 (%)
Mundo	10,85	14,70
Países desarrollados	25,70	22,00
Países en vías de desarrollo	8,90	13,80

Estos y otros indicadores comparativos no se reflejan en los gastos de investigación sanitaria. De esos 13 billones de pesetas anuales que el mundo gasta en investigación médica, 7 están en manos del sector privado, y de éstos, más del 90% en un reducido número de países que dan prioridad a sus propias necesidades.

Por si fueran pocas las amenazas para la salud pública, se ha denunciado un decaimiento en las medidas de protección sanitaria, frente a la potenciación del libre comercio, en recursos interpuestos ante la OMC (en concreto en relación con la encefalitis espongiforme bovina y con la utilización del asbesto), lo que se considera un presagio de lo que podría ocurrir en el ámbito de la cobertura de asistencia sanitaria si prospera la negociación que se está llevando a cabo (secreta y sin dar cuenta de sus pormenores por los que la desarrollan) de estos acuerdos (Pollock, 2000).

2. Sobre los sistemas sanitarios

El discurso globalizador intenta responsabilizar a la Seguridad Social de la crisis económica, pero, aunque la doctrina neoliberal puede tener dificultades para desmantelar estos sistemas de protección en países donde están muy arraigados, como es el caso de los europeos, poco a poco se van introduciendo reformas parciales que abren el camino a la mercantilización de los servicios públicos: planes privados de pensiones, gestión privada de servicios públicos. En el campo de la asistencia sanitaria es donde la ofensiva neoliberal ha llegado más lejos, con los intentos de privatización del National Health Service por parte del gobierno de M. Thatcher, la introducción de tasas en Italia o el Informe Abril en España (Huertas, 1998).

Los servicios sanitarios son parte del sector terciario de la economía, que está sustituyendo a la industria manufacturera como fuente principal de beneficios, de manera que, aunque tradicionalmente los servicios públicos se excluían de los acuerdos de la OMC (acuerdos GATT), se están introduciendo paulatinamente medidas que incentivan la competencia y la participación de proveedores privados. Si se dejan facultades para el arbitraje a la OMC sobre la oportunidad de introducir medidas privatizadoras, caerán las barreras que hasta ahora han mantenido muchos países europeos que defienden la protección sanitaria como un derecho universal.

Para el Banco Mundial, los gobiernos deben disponer de un marco regulador y administrativo en el que unos proveedores eficientes y responsables (a menudo del sector privado) tengan un incentivo para ofrecer a las familias los servicios que éstas desean y por los que estén dispuestos a pagar, incluido el suministro de agua, servicios sanitarios, recogida de basuras, calentadores limpios y viviendas (George, 2001).

En 1987, el Banco Mundial, en su documento «Financiación de los Servicios Sanitarios de los países en desarrollo: un programa de reformas», recomienda: 1) Trasladar a los usuarios los gastos en la utilización de las prestaciones; 2) ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo; 3) utilizar de forma eficaz los recursos privados; y 4) descentralizar los servicios sanitarios públicos.

Desde entonces no son pocos los países que han introducido reformas en ese sentido, entre otras: 1) Financiación directa de la atención sanitaria por parte de la población (copagos, tickets moderadores, pagos hosteleros...); 2) autonomía hospitalaria, como medio de introducir competitividad entre hospitales, volviendo al hospitalocentrismo, fragmentando los servicios, seleccionando a los pacientes más rentables, devaluando la función de la atención primaria y tomando como indicadores de calidad asistencial la disminución del gasto, en lugar de la modificación positiva del estado de salud de la población; 3) establecimiento de «acuerdos cooperativos», «mercados internos» y «libre elección», iniciativas que introducen mecanismos de perversión y atentan a la calidad asistencial, porque posibilitan la obtención de un plus económico por parte del facultativo que recete menos, que solicite menos pruebas diagnósticas o que realice menos interconsultas. Además, como el consumidor no puede juzgar el servicio recibido, la competencia no suele establecerse en la calidad, pero sí en los precios, en las comodidades o en el marketing; 4) fondos públicos y gestión privada, con la consiguiente secuela: parasitación de lo público por lo privado; y 5) contención del gasto farmacéutico (Huertas, 1998).

La experiencia en muchos países en desarrollo de diferentes latitudes es desalentadora. Algunos, como Sri Lanka y China, con sistemas de salud fuertes y satisfactorios, que están promoviendo la privatización o la autonomía de sus hospitales, o como la mayoría de los países africanos, que están facilitando la descentralización de los servicios, obtienen peores resultados sanitarios, con un aumento de la injusticia y de la ineficacia. La experiencia latinoamericana ha demostrado que la privatización no es mejor que el mantenimiento de sistemas públicos unificados. Desde que la India aceptó someterse al ajuste estructural, a principios de los 90, su presupuesto para salud pública ha sido amputado en un 30%, y el programa antimalaria en un 40%. Así, con la globalización se agravan viejos problemas, como el hambre, la malaria, la tuberculosis; surgen otros nuevos: sida, psicosis, adicciones, violencia en todas sus formas; y se mantienen las desigualdades de género y de

etnia y los problemas de abastecimiento básico: agua y alimento. La infancia y la vejez se debilitan y se feminiza la pobreza.

3. Argumentos para defender la salud

La globalización no está reduciendo las enormes diferencias de renta y riqueza entre los pudientes y los necesitados del mundo. Las reformas del mercado no pueden sacar a una población de la pobreza si la gente tiene que lidiar con paralizantes problemas de salud. En los países más pobres, una tercera parte de los niños están desnutridos, y la esperanza de vida es de 50 años, en comparación con 77 en los países ricos. Las poblaciones que se enfrentan a la enfermedad carecen de energía, productividad o medios para invertir en su futuro. Cuando la esperanza de vida es baja, también lo es la inversión en el futuro, como asistir al colegio, el ahorro personal en los hogares o las inversiones extranjeras. La mala salud es un factor que contribuye al fracaso de la economía (Sachs, 2000).

Si las desigualdades de recursos son muy grandes, el ejercicio de los derechos civiles y de las libertades políticas, así como el disfrute de los bienes públicos, también mostrará grandes diferencias. La desigualdad económica es además ineficiente, porque conlleva un reparto de la riqueza que no maximiza la utilidad marginal total del dinero (tomado como forma tipo de la riqueza) de la sociedad. En EEUU, por ejemplo, la utilidad marginal de los últimos mil dólares que recibe uno de los 400 billonarios es muchísimo menor que la utilidad de los mil dólares «marginales» que pudieran recibir cada uno de los 30 millones de pobres. Repartiendo mejor el dinero se puede conseguir una suma mayor de satisfacción o de bienestar en la sociedad. No hay razón que justifique en términos de eficiencia las grandes desigualdades. La desigualdad extrema es una burla al pacto social y un freno al desarrollo económico y democrático de los pueblos (Sebastián, 2000).

La erradicación absoluta de la pobreza es la prioridad más importante para facilitar el desarrollo humano. Los profesionales de la salud tienen una especial responsabilidad para ejercer presión ante los gobiernos nacionales y ante el Banco Mundial para que soporten políticas que reduzcan la pobreza y se opongan a su crecimiento (Beaglehole y Bonita, 1998).

Para los profesionales de la salud, luchar contra los efectos indeseables de la globalización es un imperativo ético y un desafío profesional que requiere alianzas.

4. El imperativo ético

Cuando un ser humano sufre pobreza, indignidad o dolor, no podemos estar seguros de nuestra inocencia moral. Con la globalización, la distinción entre culpa metafísica y culpa moral ha perdido sentido. El proceso de globalización llega a los más remotos recovecos del planeta. El nuevo capitalismo ha desligado la actividad económica de la red de derechos y obligaciones mutuas que caracterizan el ámbito doméstico. La extraterritorialidad de la empresa es un espacio propio que le permite sortear los obstáculos que levantan las fuertes o débiles potencias nacionales. Por eso toda respuesta eficaz a la globalización no puede ser más que global, no sólo internacional o interestatal (Bauman, 2001).

En el desiderátum capitalista, según el Informe Lugano, el sistema no puede funcionar sin que haya una lucha permanente entre productos, firmas y personas. Cuantas menos personas tengan derecho a compartir la riqueza, mayores serán los beneficios que se repartirán los ganadores. Cada persona debe competir no sólo contra sus vecinos, sino contra desconocidos que viven a miles de kilómetros de distancia y a los que no conocerá nunca. Si las ganancias son el objetivo y el motor del sistema, las empresas deben tener libertad para obtenerlas. La empresa pertenece a quienes han invertido en sus acciones, sus accionistas. Digan lo que digan los moralistas, no pertenece a sus empleados, a sus proveedores ni al pueblo, ciudad o país en el que casualmente tiene su sede.

En el mismo informe se aboga de manera apocalíptica por la drástica reducción poblacional: Quienes no son aptos para participar en el sistema porque no pueden o no quieren aceptar su cultura imponen una carga demasiado pesada. Sólo pueden causar gastos continuos sin compensación a la masa de individuos productivos. Éstos se negarán finalmente a sostener al enorme y creciente número de personas improductivas; ni siquiera en el insuficiente grado actual (desde el punto de vista de éstas). El choque es inevitable, no sólo el choque entre civilizaciones, sino también dentro de nuestros espacios sociales actuales (George, 2001).

Desde un punto de vista ético, no debe haber ninguna duda para estar en contra de esta perspectiva tan desalentadora, porque es más convincente medir el progreso por la reducción de las privaciones de los pobres que por el enriquecimiento aún mayor de los opulentos; porque las privaciones políticas de los ciudadanos que viven en regímenes totalitarios, las tribulaciones de las

mujeres en las sociedades dominadas por los hombres, el analfabetismo en los niños o el sometimiento de los grupos minoritarios por la tiranía de la mayoría, conducen a la pobreza social que ayuda a perpetuar la pobreza económica (Sen, 2000).

5. El desafío que tienen los profesionales

Quienes toman las decisiones sobre la financiación de las investigaciones en salud son a menudo inconscientes de la magnitud de los problemas más allá de sus fronteras y, particularmente, del impacto en sus propios países de la situación sanitaria en el resto del mundo. Sin embargo, este impacto es cada vez mayor, como resultado de la creciente movilidad de la población, de las enfermedades emergentes o reemergentes, de la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos y de las migraciones.

Las instituciones públicas de investigación deberían suplir la falta de perspectiva global de la industria farmacéutica –que tiene sus miras puestas en los solventes mercados de los sistemas sanitarios occidentales -, pero carecen de los recursos y de la experiencia necesarios para comercializar nuevos productos. Para colmo, los fondos públicos de investigación sanitaria son los primeros en sufrir recortes en tiempos de crisis.

El Foro Global de Investigación sobre la Salud ha propuesto racionalizar la gestión para que, por ejemplo, las vacunas no tarden diez años desde que se autorizan en Occidente hasta que se distribuyen en el Tercer Mundo; instaurar una red de colaboración público-privado para acelerar la transferencia de nuevos fármacos a países pobres (la mitad de los 13,7 millones de dólares que el Foro Mundial para la Investigación en Salud destinó en el año 2000 a la malaria procedía de fundaciones privadas: Bill y Melinda Gates, Rockefeller); y establecer criterios racionales para definir las necesidades sanitarias más urgentes y las prioridades de investigación médica.

Las desigualdades en salud son variaciones del nivel de salud no atribuibles a la biología ni a los estilos de vida libremente elegidos. Son, más bien, efectos de la injusticia social relacionados con los procesos de estratificación por género, por clase, por área geográfica o por etnia, en los que interviene la discriminación tanto por recursos materiales como culturales.

La salud es un bien común indivisible, de acceso universal para ser equitativo. Pero la dispersión de los mercados privados globales ha acelerado la pri-

vatización de los servicios médicos y la comercialización de los conocimientos sobre la salud. Los mercados privados son inherentemente injustos, porque, sin poder de compra, los pobres están excluidos de los servicios comerciales y de las tecnologías de la salud.

Los países pobres pueden lograr resultados excelentes en la expectativa de vida de sus habitantes si resuelven los problemas de equidad, y se olvidan de los de eficiencia y competencia. Es el caso de China, Sri Lanka y Costa Rica, con una expectativa de vida similar a la de EEUU y con un gasto en salud per cápita muy diferente: no llega a 500 dólares/persona en los dos primeros países, y es de alrededor de 600 en Costa Rica y de 3.700 en EEUU (Leon y cols., 2001).

Pero no hay que salir de nuestras fronteras para descubrir problemas de salud derivados de la injusticia, como pudimos leer en el informe elaborado por Navarro y Benach (1996), o como ponen de manifiesto las jornadas sobre desigualdades organizadas por la ADSP de Andalucía, con relación a la mortalidad general y a las desigualdades en torno al género o la inmigración. O el reciente informe del PNUD, según el cual España ha bajado del 8º al 10º puesto de la Unión Europea en el índice de desigualdad. Aunque España sigue ocupando el lugar 21º del mundo en el índice de desarrollo humano (esperanza de vida, alfabetización, escolarización, ingresos por persona), todavía el 20% de los españoles vive en la pobreza (ingresos inferiores al 50% de la renta media nacional); 70.000 familias viven con el Ingreso Mínimo de Inserción fijado por las autonomías, aunque con notables diferencias entre ellas. España es de los países de la UE con mayores desigualdades sociales, reflejadas en años de vida que los ricos viven más que los pobres, que es de 10 años, tres más que el promedio de la Unión Europea (Navarro, 1999).

El Colegio de Médicos Generales del Reino Unido ha puesto en marcha un grupo de trabajo sobre desigualdades (sin equivalente en España, por ahora). El asunto de las desigualdades en salud es capital para los médicos generales, los cuales deben de tener claro que: a) Puede lograrse mucha salud con medidas fiscales y legales; b) los servicios médicos incrementan muchas veces la desigualdad; c) los copagos aumentan la desigualdad; d) la buena práctica clínica tiene impacto en la salud pública, y e) se necesita investigación tendente a mejorar la prestación de nuestros servicios para no incrementar la desigualdad en salud (Smeeth y Heath, 2001).

¿Qué pueden hacer los profesionales sanitarios para reducir las desigualdades en salud? Según Álvarez-Dardet y Ruiz (2001), las diez actuaciones que

pueden reducir las desigualdades son: 1) Aceptar que las desigualdades existen, y que son un problema de salud importante, tanto en los países desarrollados como en desarrollo; 2) admitir que como cualquier aspecto que afecta a la salud, independientemente de su origen biológico o social, incumbe al terreno profesional de la medicina; 3) admitir y reconocer la naturaleza complementaria del sector de los cuidados informales de salud y su papel en mejorar las desigualdades en salud; 4) desarrollar una práctica clínica sensible a las clases sociales, al género y a la raza, explorando cómo los principios de las medidas aplicables a las minorías pueden llevarse a cabo en la clínica; 5) examinar qué asistencia sanitaria y qué protocolos pueden reducir las desigualdades en salud, identificando vías para disminuir los efectos de las desigualdades dentro de esa práctica clínica; 6) emprender investigación cualitativa para comprender mejor los efectos del proceso de estratificación social en las consecuencias de la práctica clínica; 7) emprender investigación cuantitativa (ensayos clínicos aleatorizados) para conocer el efecto potencial de las intervenciones clínicas destinadas a reducir las desigualdades; 8) participar en alianzas destinadas a producir iniciativas de mejora de la salud en el entorno doméstico, escuelas, ciudades y espacios públicos; 9) no olvidar que los médicos en su práctica pueden producir sesgos de género (mayor esfuerzo terapéutico en los hombres que en las mujeres ante los mismos problemas de salud), incluso inconscientemente; y 10) aprender cómo se desarrollan alianzas con los medios de comunicación para colocar los resultados de las desigualdades de salud en las agendas políticas y sociales.

La propia industria sanitaria, que es un sector clave en la innovación tecnológica, puede actuar como un factor nocivo en el proceso de globalización oponiéndose a la introducción de alternativas de bajo costo. Fuerzas institucionales, industria sanitaria, corporaciones profesionales y compañías de seguros pueden obstaculizar la puesta en práctica de procedimientos más apropiados, de mayor calidad, más confortables y seguros y menos costosos, porque romperían estructuras organizativas, profesionales y sociales. Algunos ejemplos: medidores de glucosa en sangre capilar frente a laboratorios; angioplastia frente a cirugía by-pass; elementos diagnósticos y tecnología terapéuticas manejables por personal no médico frente a médicos diagnosticando y tratando enfermedades simples y rutinarias.

Se han sugerido algunas medidas para transformar la tecnoestructura del sistema sanitario, como: 1) Crear un sistema donde las capacidades, recursos y competencias de los profesionales de la salud sean acordes con la función de

desempeño y con el grado de complejidad de los procesos; 2) invertir menos dinero en tecnología sofisticada y más en innovaciones que simplifiquen los problemas complejos; 3) crear nuevas organizaciones donde prospere la disrupción y el cambio tecnológico; y 4) vencer la inercia de la regulación y de los procesos burocráticos. Para realizar esto se necesita un nuevo liderazgo y una alianza creativa entre los agentes principales del sistema sanitario (Cristensen y cols., 2000).

6. Las alianzas por la salud

La globalización tiene otra cara: la antiglobalización, que actúa como si fuera su doble, su *doppelgänger*. La función del doble es hacer compañía, para darle respuestas a la globalización en situaciones de peligro. Pero la globalización no es consciente en ocasiones de la presencia de su doble, en cambio los que defienden la salud sí que lo son, porque como otros seres solidarios, y como las personas ancianas y sabias, tienen la facultad de ver a los dobles.

El peligro para la globalización es que su doble, su «otro», decida actuar por cuenta propia, adoptando una personalidad completamente diferente de la de su dueño. En estos casos, la globalización no tendrá un solo momento de calma, porque el doble le empuja constantemente a hacer, pensar y decir cosas contrarias a su carácter; pone palabras en su boca, afecta a su audición y le involucra en actividades contradictorias. Un ser con un doble descontrolado es digno de compasión.

Detrás de la antiglobalización, impulsando sus acciones, hay muchas personas, iniciativas, entidades y organismos cada vez más conocidos: AGP, Acción Global de los Pueblos; ATTAC; Foro Social de Génova; Convención de Kyoto; Movimiento de los Sin Tierra, MST; Otro Mundo es Posible; Porto Alegre; Renta Básica de Ciudadanía; Tasa Tobin; Vía Campesina; Vitorio Agnoletto, José Bové; Susan George, Vandana Shiva, etc. Incluso dentro del propio sistema capitalista surgen propuestas inteligentes: El impuesto negativo de Friedman, o la financiación de la cooperación internacional mediante la donación por los países ricos de los derechos especiales de giro, que propone Soros.

Todos ellos piensan que la globalización sólo beneficia a aquellos que disponen de bienes y que tienen acceso a la educación y capacidad para aprovechar las oportunidades que genera, mientras, 2.800 millones de personas, casi

la mitad de los habitantes del planeta, viven en la pobreza con menos de dos dólares diarios. Para que la población empobrecida pueda participar en la generación de riqueza, defienden un mercado transparente y equitativo que no olvide el papel del Estado y de la sociedad civil; el acceso al conocimiento y a los recursos de producción (agua, tierra, créditos, ordenadores, tecnología); que se les garantice los servicios sociales básicos, y que una clase política honesta garantice la gobernabilidad de la globalización en los organismos de decisión.

Según Carreras (2001), la agenda de la «otra» globalización para todos debe incluir: 1) La condonación de la deuda externa; 2) mejorar y aumentar la ayuda al desarrollo; 3) el acceso universal a la educación y a la sanidad; 4) la ratificación y aplicación del protocolo medioambiental de Kyoto; 5) la reforma del Banco Mundial y de la OMC, para que sean organismos realmente democráticos y con políticas orientadas a la reducción de la pobreza; 6) cambios en el comercio internacional, para terminar con prácticas como el *dumping*, o los aranceles y las cuotas contra los productos de los países pobres; 7) la reforma del actual sistema de patentes; 8) la adopción de códigos de conducta por las empresas, para terminar con los abusos laborales y con la explotación infantil; y 9) la prevención de conflictos bélicos y el control del comercio de armas.

Los defensores de la salud en el mundo son muchos, y varias las organizaciones de profesionales sanitarios que defienden la paz, las políticas públicas de salud, los derechos humanos fundamentales, la democratización social y política y el desarrollo sostenible. La alianza entre ellos y con el resto de organizaciones es inaplazable, porque es éticamente inaceptable y humanamente insostenible mantener en la pobreza a la mitad de la humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. GAT can doctors do to reduce health inequalities?. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 449.
- Aguirre M. «La globalización en el espejo de la salud». *El País*, 18-04-01; pág. 12.
- Bauman Z. «El desafío ético de la globalización». *El País*, 20-07-01; pág. 11.
- Bayón M. «Oxfam afirma que las farmacéuticas gastan el doble en comercialización que en investigación». *El País*, 18-04-01; pág. 16.
- Beaglehole R, Bonita R. «Public health at the crossroads: which way forward?». *Lancet* 1998; 351: 590-592.
- Carreras I. «ONG y movimientos críticos con la globalización». *El País*, 26-07-01; pág. 12.
- Carreras I. «Seguridad mundial, globalización y desarrollo». *El País*, 18-10-01; pág. 22.
- Casabona J, García M. «¿Es posible la eliminación de la transmisión vertical del VIH?». *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 216-217.

- Castells M. «Globalización y antiglobalización». *El País*, 24-07-01; pág. 11.
- Cristensen CM, Bohmer R, Kenagy J. «Disruptive innovations cure health care?» *Harvard Business Review* 2000; September-october: 102-112.
- De la Dehesa G. «En torno a los efectos de la globalización». *El País*, 21-04-01; pág. 11.
- El País. «La FAO constata un retroceso mundial en la reducción del hambre». *El País*, 16-10-01; pág. 37.
- El País. «Sólo el 10% de la investigación médica se dedica a los males que causan el 90% de las muertes». *El País*, 03-05-00; pág. 30.
- Fanjul G. «Por qué los argumentos de las empresas no se sostienen». *El País*, 18-04-01; pág. 28.
- George S. *Informe Lugano*. Barcelona: Icaria, 2001.
- Girona L. «Dos mundos, dos maneras de entender la ley». *Salud* 2000 2001 (en prensa).
- Huertas R. «Neoliberalismo y políticas de salud». Barcelona: *El Viejo Topo*, 1998.
- Leon DA, Walt G, Gilson L. «International perspectives on health inequalities and policy». *BMJ* 2001; 322: 591-594.
- Malloch-Brown M. «El informe sobre el Desarrollo Humano 2001». *El País*, 11-07-01; pág. 10.
- Martínez A. «De la(s) globalización(es) y sus efectos». *El País*, 30-12-00; pág. 11.
- Myro R. «Globalización y crecimiento económico». *El País*, 14-07-01; pág. 12.
- Navarro V, Benach J. «Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España». *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 505-636.
- Navarro V. «Calidad de vida y desigualdad social». *El País*, 03-09-99; pág. 13.
- Petrella R. «Mundialización y tecnología». *El País*, 30-08-00; pág. 12.
- Pollock AM, Price D. «Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care systems». *Lancet* 2000; 356: 1995-2000.
- Reddy KS. «Perspectiva global sobre la enfermedad cardiovascular». En: Cairns JA y cols. *Evaluación crítica en cardiología*. Barcelona: Medical Trends 2001.
- Sachs J. «Sanidad y pobreza». *El País Negocios*, 12-03-00; pág. 3.
- Sebastián de, L. «Alegato contra la desigualdad económica». *El País*, 24-01-00; pág. 14.
- Sen A. «Las distintas caras de la pobreza». *El País*, 30-08-00; pág. 37.
- Smeeth L, Heath I. «Why inequalities in health matters to primary care». *Br J Gen Pract* 2001; 51: 436-437.
- Soros G. Una propuesta para mitigar las desigualdades. Bienes públicos globales: el componente ausente. *El País*, 17-10-01; pág. 23.
- Toussaint E. «Los falsos alivios de la deuda de los países pobres». *El Viejo Topo*; julio-agosto 2001 (154-155); págs. 7-10.
- Verhofstadt V. «La paradoja de la antiglobalización». *El País*, 01-10-01; pág. 23.

SALUD AMBIENTAL Y ECOLÓGICA

CONCHA GERMÁN BES

INTRODUCCIÓN

Los rayos UV- B disminuyen la inmunidad (1). El plomo afecta a las neuronas infantiles (2, 3). Los días de contaminación atmosférica aumentan los ingresos hospitalarios y la mortalidad (4). Los ftalatos y las dioxinas afectan a los espermatozoides humanos (5)... El ruido atenta a nuestro descanso y rendimiento (6). La calidad de agua de boca o agua como alimento supone un riesgo real en las ciudades (7). Estos y otros problemas de salud están directamente asociados con el medio ambiente (8) y la alteración que provocamos en los ecosistemas terrestres.

En diciembre de 1998, unas 50.000 personas huyeron en desbandada de la ciudad de Sihanoukville, al sureste de Camboya. Lo que causó el éxodo fueron varias muertes por envenenamiento, atribuidas al vertido de más de tres mil toneladas de basura tóxica de Taiwan, generada por la empresa Formosa Plastics. «El mundo se ha vuelto muy pequeño. Las telecomunicaciones y los intercambios comerciales en una economía mundializada nos vinculan con las gentes que viven en los lugares más remotos. Los plásticos Made in Taiwan que compramos en el “todo a cien” resultan estar conectados, a la postre, con las enfermedades y la muerte que se ceban en un lugar tan remoto como la ciudad camboyana» (9). Cada vez reconocemos más los efectos de la contaminación ambiental sobre la salud humana, razón por la que el Derecho Comunitario ha abordado muchos de estos problemas. Es necesario adoptar un planteamiento político más holístico para abordar las interdependencias entre diversos ries-

* Enfermera. Master en Salud Pública y licenciada en Antropología. Profesora titular de Enfermería Comunitaria en la Universidad de Zaragoza. Presidenta de Forcañada, asociación para la recuperación de semillas autóctonas de secano. Socia de la Fundación Nueva Cultura del Agua.

gos sanitarios medioambientales, especialmente con los grupos vulnerables: niños, ancianos y personas con baja inmunidad. La Comisión Europea de Medio Ambiente reconoce en su informe de enero de 2001 que los «próximos años se dedicará especial atención a disminuir los riesgos por substancias químicas y por pesticidas. Concentrará los esfuerzos para proteger la calidad de agua y para disminuir el ruido y la contaminación del aire» (10).

Nos situamos en el paradigma ecológico con las limitaciones metodológicas que tenemos, en la medida de que sabemos identificar factores etiológicos pero no sabemos eliminarlos o prevenirlos. Comprendemos la cadena causal, pero generamos ecosistemas artificiales que los propicia, como por ejemplo la *Legionella*, paradigmática de los sistemas artificiales creados por el ser humano como son los sistemas de aire acondicionado. En este capítulo vamos a desarrollar los dos paradigmas que conviven en la actualidad, a describir los problemas ambientales actuales con un enfoque ecológico y a proponer diversos abordajes metodológicos.

LOS DISTINTOS ENFOQUES SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

Los conocimientos sobre el medio ambiente no se han organizado todavía en torno a una doctrina científica unificada, de ahí la confusión terminológica que se observa. En inglés, una sola palabra (*Environment*) se traduce por entorno, ambiente y medio ambiente. Entre ambientalistas, estos términos se pueden considerar sinónimos, aunque entorno suele tener un matiz más general y abstracto (todo lo que rodea a algo), en tanto que ambiente se suele emplear con matiz más particular (ambiente desértico, ambiente acuático, ambiente doméstico...). En los últimos años se ha popularizado el binomio «medio ambiente», casi siempre asociado a «contaminación».

En general hay una tendencia a identificar medio ambiente con cosas –incluyendo fuerzas–, mientras que realmente el término significa **relaciones** (11). *Cada civilización, incluso cada grupo humano, ha enfocado de distinto modo su relación con el entorno.*

En las primitivas sociedades creían en la supremacía de la Naturaleza: sus divinidades creaban y protegían a todos los elementos y seres naturales. Todo lo natural tenía «espíritu» o era sagrado; las agresiones o intromisiones contra el orden natural (cazar, cultivar la tierra...) precisaban rituales de desagravio o generaban sentimientos de culpa que podían conducir a enfermedades. Se con-

denaban los derroches de los bienes naturales, todo lo que se tomaba o lo que se abandonaba debía estar justificado; la consecuencia de este respeto por la naturaleza era el máximo aprovechamiento de los recursos.

«...Dersu tuvo mucho miedo: puesto que el tigre se alejaba, ¿por qué le había disparado...?
...desde entonces quedó obsesionado por la idea de **que había matado al felino sin motivo**. Toda su obsesión consistía en creer que un día u otro tendría que pagar por su delito.»

Dersu Uzala (12), La Taiga del Ussuri, 1902

La transformación del mundo natural

En los orígenes de la llamada «civilización occidental» confluyeron varias tendencias enfrentadas a la armoniosa visión del mundo natural: por un lado las creencias en un solo Dios, creador masculino y poderoso soberano de los cielos, intransigente con los dioses naturales, que ordenó a los hombres el «dominio» de la Tierra; por otro lado, en los pequeños estados griegos, surgieron enfoques centrados en «la razón» como única fuente de conocimientos sobre el mundo; y, en tercer lugar, Roma sentó los fundamentos jurídicos del patrimonio privado y desarrolló tecnologías agresivas para el medio natural (las minas de oro de las Médulas de León, la realización de pantanos...).

Catástrofes

La pobreza, las guerras y los efectos del cambio climático (huracán Mitch) producen mortalidad, hambre, desnutrición y discapacidad. Son los grandes problemas de Salud Pública en el mundo actual. Si el huracán Mitch hubiera transcurrido por Alemania se ha estimado que habría una veintena de muertes. Sólo una visión reduccionista de la salud impide que veamos los problemas y adoptemos una actitud preventiva.

París, durante los años 1997-98, tuvo dos alarmas oficialmente reconocidas (13) de elevada contaminación ambiental. Conocemos la relación directa entre contaminación atmosférica y mortalidad e igualmente el aumento de ingresos hospitalarios de enfermos de asma y EPOC los días de contaminación (14).

Mientras hay desnutrición en el 75% de los habitantes del planeta, parte del resto tiende a padecer problemas de malnutrición: obesidad, anorexia, hipercolesterolemia...

Las tradicionales actividades agrícolas humanizaron los paisajes sin quebrantar apenas los ciclos naturales. En dos milenios se ha transformado el aspecto del mundo, llevando hasta las últimas fronteras nuestra cultura occidental. Hace dos siglos, el desarrollo de fuentes de energía desligadas de la fuerza animal posibilitó la industrialización de los procesos, y el aumento de los transportes. Los valores materiales se situaron muy por encima de otros valores. «El progreso», entendido como desarrollo industrial, ha justificado la explotación de países y personas. Los análisis económicos de muchas actividades no tienen en cuenta la apropiación de recursos naturales ni la contaminación del entorno. La industrialización de la agricultura produjo la «Revolución Verde», con aumentos de rendimientos cuantitativos que no han solucionado las bolsas de hambre; el balance deja de ser positivo si se consideran los costes ambientales, sanitarios y nutricionales.

Los pensamientos ambientales y ecológicos de los sanitarios

Los temas medioambientales se sitúan a la cabeza de la preocupación de los ciudadanos de la Unión Europea, sólo superados por el problema del paro (15). Es de suponer que los profesionales sanitarios estén tan sensibilizados con el tema medioambiental como sus conciudadanos; sin embargo, los estudios que relacionan medio ambiente y salud son escasos.

Publicaciones sobre el medio ambiente y la salud

Las relaciones entre el medio ambiente y la salud no son tan numerosas como deberían. Las tendencias que dirigen las investigaciones y publicaciones científicas se evidencian en los listados de artículos indexados en las bases de datos.

En los últimos años abunda la bibliografía publicada sobre el cáncer, pero predominan los estudios genéticos, a pesar de que los factores ambientales ocasionan dos tercios de mortalidad, y que los componentes hereditarios-genéticos apenas representan menos del 5% de los casos de cáncer (16) (ver gráficos 1 y 2).

GRÁFICO 1. Artículos aparecidos Medline 1995-1998

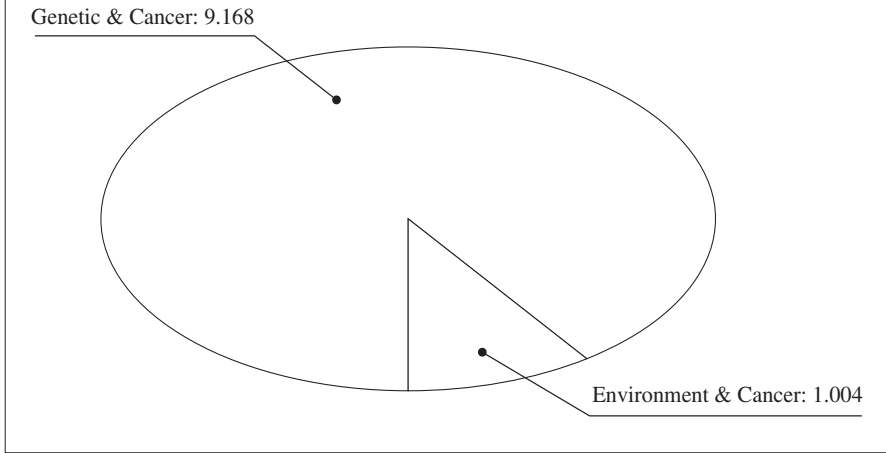
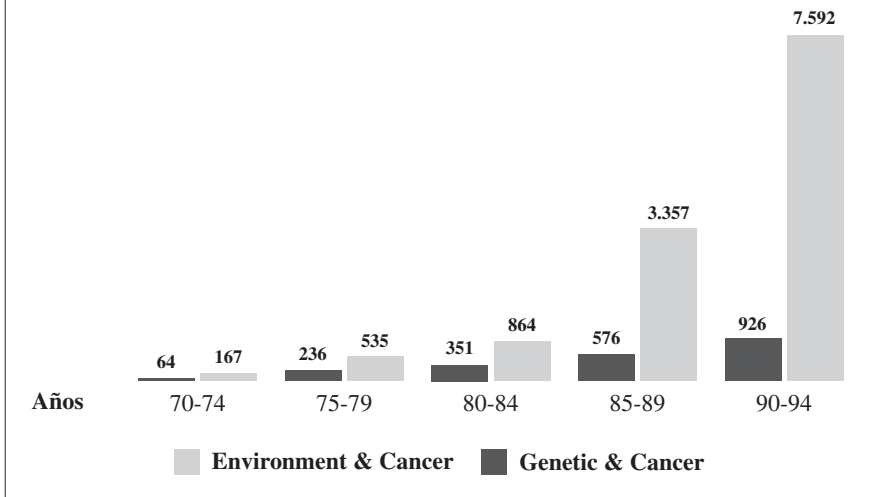


GRÁFICO 2. Evolución quinquenal de los artículos recogidos en Medline



Entre las causas de la escasa atención al medio ambiente en los profesionales sanitarios podemos destacar:

- La escasa formación medioambiental de los profesionales sanitarios, dirigida sobre todo a lo meramente asistencial.
- Escasean los estudios experimentales sobre las consecuencias sanitarias de los factores medioambientales, debido a la complejidad técnica que precisan, y a la dura competencia con otros campos de la investigación

que copan los recursos económicos. Se ignoran los efectos aditivos, las sinergias y los antagonismos de numerosas y pequeñas agresiones ambientales en la génesis y la evolución de las enfermedades.

- La aparente seguridad de la legislación sobre el entorno, que impone normas y rutinas tranquilizadoras.
- Los objetivos comerciales de las empresas que no siempre coinciden con las normas y conceptos ambientalistas.
- La profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas, que sigue empleándose como modelo triunfalista del hombre sobre la Naturaleza: «Todo es posible con tecnología».
- La escasa colaboración interdisciplinar para tratar de forma paritaria los temas de salud y enfermedad.
- Las enfermedades de causa ambiental se detectan con dificultad cuando tienen baja letalidad, o larga incubación y/o son bioacumulables (aunque afecten a gran número de personas y por tanto su impacto en términos de salud sea grande).

En la actualidad, el sector sanitario apenas participa en los grandes temas de política ecológica, a pesar de contar con 25 siglos de tradición ambientalista en el arte de los cuidados y de las curaciones, como veremos en el apartado siguiente.

La tradición sanitaria salubrista

Actualmente, las relaciones entre el medio ambiente y la salud están dominadas por lo que podemos llamar paradigma salubrista, ya que su principal objetivo es conseguir un entorno salubre, reduciendo o anulando los factores que producen enfermedades humanas.

El salubrismo en los orígenes de la medicina occidental se inicia en Grecia con el tratado *Sobre los Aires, Aguas y Lugares*, de Hipócrates, en el que las distintas constituciones y enfermedades humanas se explican por las distintas cualidades y calidades de los factores ambientales.

El desarrollo urbano medieval implicó la concentración de la riqueza y de la población en ciudades insalubres. Los médicos europeos renovaron el código de conducta hipocrático, anteponiendo la privacidad de la persona enferma. La peste y otras epidemias obligaban a contemplar los aspectos comunitarios y ambientales, que se simplificaban en las doctrinas miasmáti-

cas. Las «miasmas» eran cambios en el aire, a veces provocados por astros celestes, que provocaban enfermedades epidémicas.

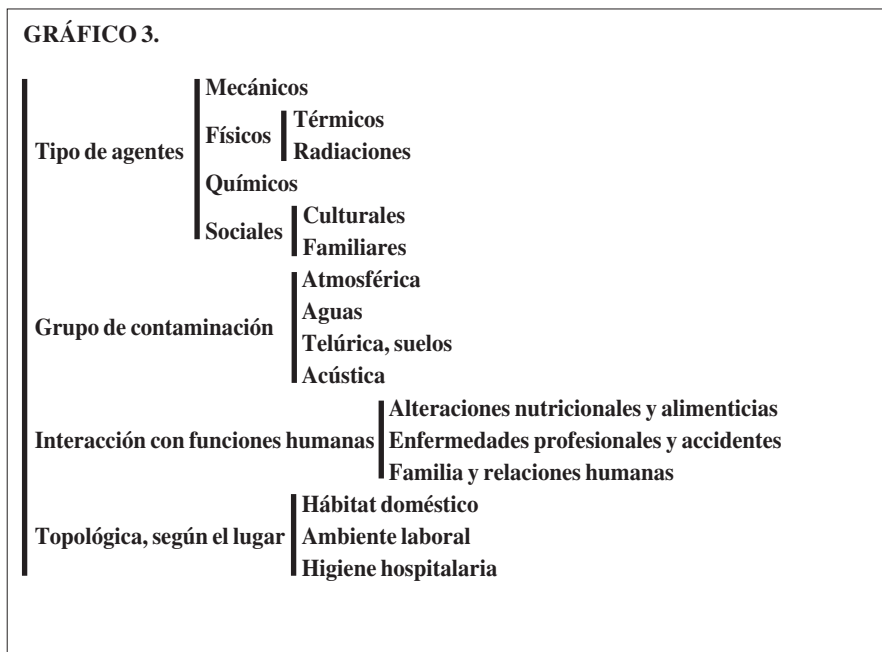
A partir del siglo XVIII, los descubrimientos químicos estimularon la búsqueda de causas externas específicas en la producción de las enfermedades.

Supuestos del paradigma salubrista

Considera al ser humano provisto de un «medio interno», e inmerso en un «medio ambiente» y, aunque no se definen con exactitud las fronteras entre los dos medios, se supone que el límite está en la superficie exterior del cuerpo humano.

El medio ambiente incide en los humanos a través de numerosos factores que se suelen agrupar en físicos, químicos, biológicos y sociales, que pueden producir enfermedades. Para conocer la causa ambiental y su efecto sobre la salud se utiliza el método epidemiológico. El paradigma salubrista realiza clasificaciones que dan lugar a una determinada manera de abordar los problemas sanitarios de tipo ambiental, que se estudian en los manuales clásicos de la Medicina y también en los siguientes capítulos de clasificación según el tipo de:

GRÁFICO 3.



Estos apartados se tratan de forma dispersa en diferentes disciplinas y especialidades sanitaria. Cuando se habla de salud ambiental, los sanitarios se suelen referir a las consecuencias de la contaminación atmosférica, a los ruidos o al hábitat doméstico (*Edificios enfermos*). En el cuadro 1 observamos una forma clásica de exponer los problemas de salud asociados a factores ambientales (17). Sin embargo, no se citan los inadecuados comportamientos humanos, como si los factores ambientales fueran la causa en sí. Así, los transgénicos o los COP, la neumonía por legionella o los desahucios que ocasionan los trasvases, la agroindustria, etc., son debidos a los comportamientos humanos inadecuados no coyunturales, que priman el beneficio económico sobre el bien común. Esto supone un problema ético a la vez que un problema de paradigma de comprensión de la presencia del ser humano en relación con todos los organismos vivos del planeta y del cosmos. Por ello consideramos necesario la reflexión y adopción del paradigma ecológico en salud ambiental.

CUADRO 1. Problemas de salud o enfermedad y factor medioambiental relacionado	
Problema de salud o enfermedad	Factor medioambiental
1. Enfermedades respiratorias. Asma, bronquitis, enfisema, ¿cáncer?, aumento de ingresos hospitalarios, reducción de la función pulmonar, agravamiento de enfermedades respiratorias crónicas. Alergias, legionelosis, aspergilosis.	Contaminación del aire externo: Partículas en suspensión, óxidos de nitrógeno y azufre, hidrocarburos, metales, sustancias químicas, compuestos orgánicos volátiles, ozono y sustancias alérgicas. Contaminación aire interno: Humo de tabaco, monóxido de carbono, sustancias químicas, polvo, polen, ácaros, bacterias, hongos, virus, etc.
2. Enfermedades cardiovasculares. Aumento de la mortalidad.	Temperaturas elevadas (ondas de calor) o muy bajas. Partículas en suspensión.
3. Aumento de cáncer de piel, cataratas y alteraciones del sistema inmunitario.	Disminución de la capa de ozono estratosférica. Radiaciones no ionizantes. Aumento de radiación ultravioleta.
4. Trastornos auditivos. Estrés, irritabilidad, trastornos del sueño y de la comunicación.	Ruido.
5. Enfermedades toxicológicas. Carcinogénesis. Mutagénesis. Genotoxicidad. Neurotoxicidad. Enfermedades relacionadas con la exposición laboral.	Substancias químicas y productos peligrosos (tóxicos, nocivos, corrosivos, irritantes, etc.). Dioxinas, PCB, PCT, contaminación de agua, suelo, aire o alimentos.

CUADRO 1. (Continuación)	
Problema de salud o enfermedad	Factor medioambiental
6. Cáncer, leucemia, quemaduras, lesiones radiológicas.	Radiaciones ionizantes.
7. Enfermedades infecciosas (cólera, gastroenteritis, fiebres tifoideas). Intoxicaciones, cánceres.	Contaminación del agua de consumo humano por agentes químicos (nitratos, plaguicidas, mercurio, etc.) o biológicos: bacterianos, virus, hongos o protozoos.
8. Intoxicaciones y accidentes. Aumento de enfermedades cancerosas atribuibles a contaminación química microbiana. Efectos estrogénicos.	Residuos tóxicos y peligrosos. Contaminación del aire, agua, suelo y alimentos. Disruptores endocrinos.
9. Enfermedades provocadas por sequías, inundaciones, deforestación, desertización, huracanes. Aumento de enfermedades infecciosas transmitidas por mosquitos, garrapatas, roedores y contaminación de algunos alimentos.	Cambio climático. Emisión gases con efecto invernadero.
10. Deterioro de las condiciones de salud y bienestar. Promoción y agravamiento de enfermedades.	Desempleo, escasez o mala calidad de transportes, vivienda, servicios sociales, educación, instalaciones deportivas y de ocio. Desigualdades sociales.
<i>Fuente: Vargas.</i>	

No obstante, el salubrismo ha dado importantes logros traducidos en la importante reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida media de los seres humanos. Gracias a estudios toxicológicos y al método epidemiológico se han podido desvelar los factores ambientales productores de las enfermedades más graves. El éxito no se reparte por igual en todos los grupos de factores: la investigación sobre los agentes productores de las enfermedades infecciosas se ha considerado un triunfo de la medicina científica, y las aplicaciones prácticas de tales conocimientos, en forma de normas higiénicas, vacunas y antibióticos, han aliviado de forma notable el destino de la humanidad. Pero no se puede decir lo mismo de la contaminación atmosférica y de los accidentes que, sobre todo a causa del creciente tráfico, distan mucho de alcanzar niveles adecuados.

Desollinadores y cáncer de escroto (18)

«El primer hallazgo importante sobre el origen del cáncer ocurrió en el siglo XVIII y fue mérito del médico inglés Sir Percival Pott. En 1775 advirtió la alta incidencia de cáncer de escroto que se observaba en los deshollinadores londinenses, a pesar de ser, en su mayoría, muy jóvenes; atribuyó la causa del mal al hollín. Además de identificar una causa concreta del cáncer, la observación de Pott señalaba un producto químico como el responsable desencadenante.»

Amianto y mesoepitelioma (19)

«Los preocupantes resultados recogidos por todo el mundo apuntaban a la clase de amianto denominada anfíbol como el principal culpable de originar el mesotelioma, tumor que aparece en el pecho o los intestinos.»

Sin embargo, el paradigma salubrista presenta varios puntos débiles que nos indican que ha entrado en crisis. Debilidades del paradigma salubrista son:

- a) Quizás no sea tan clara la división entre medio interno y ambiente.
- b) Puede que no sea conveniente centrarse sólo en los contaminantes si con eso se abandonan los estudios sobre la salud, si con ello se relegan los estudios sobre los ambientes saludables.
- c) Puede que no sirvan las técnicas convencionales, que se limitan a establecer relaciones entre un factor y una enfermedad, pues la asociación de factores origina fenómenos imprevisibles a medio y largo plazo.
- d) Por último, el desarrollo de nuevas técnicas analíticas está desbordado por la superior capacidad contaminadora agroindustrial, en cantidad y diversidad (un millar de nuevas moléculas artificiales al año).

Desde hace unas décadas, se perfila un paradigma emergente que se surte, sobre todo, de los nuevos conceptos ecológicos.

EL PARADIGMA ECOLÓGICO EN SALUD AMBIENTAL

En 1962, la bióloga Rachel Carson publicó *La Primavera silenciosa* (20); por primera vez se mencionaban las tremendas consecuencias de los problemas ambientales provocados por los humanos. Contra la idea de un desarrollo ilimitado, se está imponiendo un nuevo criterio, más acorde con la realidad finita del planeta: el **Desarrollo Sostenible**, que defiende los derechos de nuestros descendientes; el concepto «sostenibilidad» se refiere a las actividades que no producen alteraciones irreversibles en el ecosistema.

Cada vez resulta más evidente la nefasta consecuencia de la actividad humana: estamos dificultando la vida a muchas especies, y comprometiendo el futuro de nuestra propia especie (21). En sintonía con las nuevas opiniones ecológicas, se están recombinando los conocimientos sobre las relaciones entre el medio ambiente y la salud. En este paradigma emergente se pueden incluir distintas interpretaciones sobre las causas de la salud y de la enfermedad.

Antecedentes: Medicina Naturista. Cuidados básicos

Varios médicos alemanes enfrentados con la medicina oficial preconizaron la aplicación de terapias naturales sencillas: la hidroterapia y el termalismo, la dietética y el vegetarianismo. Estos enfoques médicos asimilaron los hallazgos de sanadores empíricos no académicos, basados en filosofías naturalistas. La Medicina Naturista se caracteriza por: a) La creencia en que la naturaleza humana tiende al comportamiento sano y a la curación. b) La utilización de agentes y tratamientos naturales. c) La intencionalidad no curativa de los tratamientos, que sólo pretenden ayudar a que el organismo recupere la salud por su cuenta (22).

La inglesa Florence Nightingale estableció un modelo de cuidados de enfermería basado en la influencia del ambiente físico sobre la salud de la comunidad. Con higiene personal y ambiental disminuyó la mortalidad de las infecciones. Estos cuidados básicos se complementaron con sesiones de sol y alimentación sana.

Nightingale se encuadra dentro de la tendencia ecológica de los cuidados: *«No hay enfermedades específicas, sino condiciones específicas de enfermedades.» «Hay que colocar al individuo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él»* (23, 24, 25).

...Todo lo que le pasa a los animales muy pronto le sucederá también al hombre. Todas las cosas están ligadas... Todo lo que le ocurre a la tierra, le ocurrirá a los hijos de la tierra.

De una cosa estamos bien seguros: la tierra no pertenece al hombre, es el hombre el que pertenece a la tierra... El hombre no ha tejido la red de la vida. Sólo es uno de esos hilos y está tentado a la desgracia si osa romper esa red.

Carta del jefe indio Seattle al presidente de los Estados Unidos, 1891

Los higienistas sociales

En la epidemia de cólera de 1832 se pudo demostrar que la enfermedad era más mortífera entre los pobres. Hacia la mitad del siglo XIX, en Inglaterra se impuso la «idea sanitaria» con el convencimiento de que las condiciones ambientales determinan la duración de la vida y proponía como solución la retirada de la suciedad acumulada en las ciudades industrializadas. Además, los higienistas insistieron en el suministro adecuado de alimentos y agua potable a las clases populares. Hasta finales del siglo no se impuso el sistema *water closet* y el alcantarillado. Con el desarrollo de la ingeniería sanitaria las ciudades fueron más salubres, a costa de la progresiva contaminación de los ríos (26).

Dentro de la Historia de la Medicina, se acuñó como evolucionismo a una corriente de pensamiento relacionada con la *Medicina Darwinista*, que aborda el estudio de los problemas médicos en el contexto de la evolución. Las explicaciones de tipo evolutivo sobre el estado sanitario se estructuran en unas pocas categorías:

- Algunos estados desagradables (dolor, fiebre, vómito y ansiedad) no constituyen tanto enfermedad sino reacción defensiva a factores ambientales.
- Los conflictos con organismos de otra especie (incluyendo los microbios) son inherentes a la vida.
- Algunos cambios (en la dieta, en la contaminación...) son tan recientes que la selección natural no ha tenido tiempo de actuar.

Se puede decir que **la selección natural explica la salud**, y se centra en las características particulares que nos hacen sensibles a la enfermedad, no en la enfermedad misma (27).

«El hombre en adaptación»

*Los estados de salud o de enfermedad son expresiones del buen éxito o del fracaso del organismo en sus esfuerzos para responder **adaptándose** a las incitaciones del ambiente.*

*El concepto de la salud perfecta y positiva es una **creación utópica** de la mente humana. No se podrá llegar a hacerse realidad porque el hombre nunca estará tan perfectamente adaptado a su ambiente que su vida no implique ya luchas, fracasos y sufrimientos.*

Los seres humanos pueden sobrevivir en niveles muy bajos de calidad medioambiental y su adaptabilidad a menudo va acompañada de bajos niveles de sanidad, de cultura y de conducta ética.

La medicina tendrá que ir dando tumbos en un mar de desatinos a menos que adquiera

mejor conocimiento de las relaciones de la máquina corporal con el ambiente total, así como con el pasado y con las aspiraciones de los seres humanos.

René Jules Dubos, 1965

El enfoque ecológico

El término «ecología» fue propuesto por el biólogo Haeckel en 1869, para definir el estudio de las relaciones entre organismos y medio. Hacia 1960, y a raíz de sus investigaciones microbiológicas, René Dubos propuso el enfoque ecológico de las relaciones entre el entorno y la salud. Dubos se convenció de que **el problema no era el control de la enfermedad sino la promoción de la salud**; situó la tarea de mantener la salud en la persona y no en el médico ni en la medicina científica. Postuló que las aplicaciones de los descubrimientos científicos sólo tienen valor si se respetan las siete «E»: Ecosistema, Epidemiología, Economía, Emociones, Energía, Ética y Estética. Consideró que la enfermedad era parte del ecosistema general: «...*si queremos aumentar nuestro bienestar físico y espiritual, debemos entender y controlar el impacto que provocamos en nuestro entorno*» (28).

En la actualidad, las tesis mantenidas por estas corrientes sanitarias, que denominamos paradigma ecológico, avanzan en la población general y en sectores minoritarios de profesiones sanitarias (29). Más difícil será que se asuman por el paradigma sanitario dominante, pues se basan en supuestos distintos.

CUADRO 2. Comparación de paradigmas		
Paradigma salubrista	Aspectos	Paradigma ecológico
Preferentemente cuantitativos	Diagnósticos	Cualitativos
Sanitarios, especialistas	Profesionales	Generalistas, multidisciplinares
Círculo estricto sanitario	Compromiso	Círculo amplio ciudadano.
Específica	Causalidad	Multifactorial
Desarrollista	Dinamismo	Conservacionista
Causa accidentes cercanos	Amb. físico	Incidencia a distancia
Enfermedades profesionales	Amb. químico	Riesgos comunitarios
Niveles permisibles de riesgos	Riesgos	No existe riesgo cero
Teoría del agente microbiano	Enf. infecciosas	Teoría equilibrio microcósmico
Deficiencias en viviendas pobres	Edificios	Ambientes modernos insanos
<i>J.J. Marcén.</i>		

GRÁFICO 4. Paradigma salubrista

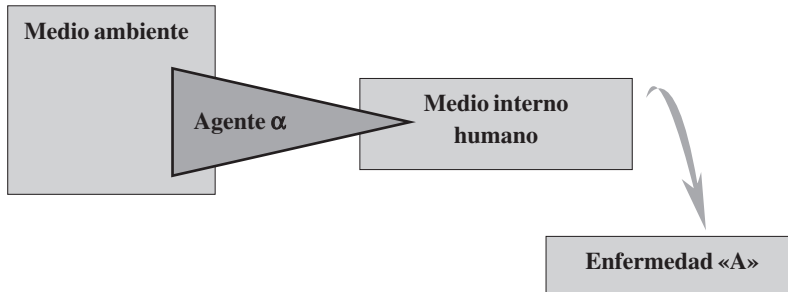
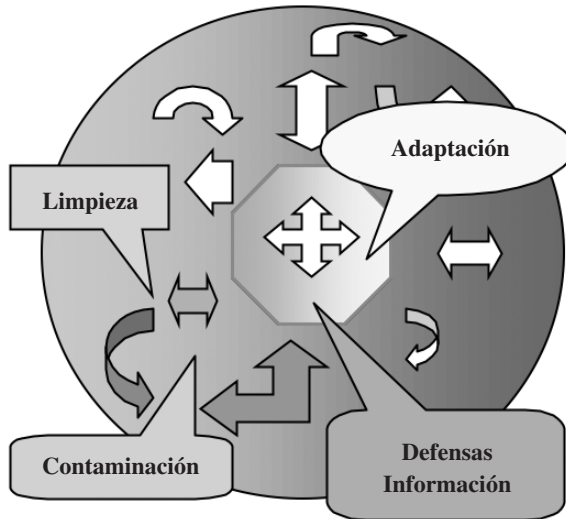


GRÁFICO 5. Paradigma ecológico



La teoría Gaia

En 1979, James Lovelock publicó *Gaia: una nueva visión de la Tierra*, síntesis de evolución y ecología, donde proponía el estudio de la Biosfera como si se tratara de un superorganismo, al que denomina Gaia, la diosa griega de la Tierra. Las especies y su ambiente están imbricados muy estrechamente y evolucionan como sistemas únicos. La teoría de Gaia supone una perspectiva planetaria. Lo que importa es la salud del planeta, no la de algunas especies individuales (30).

Una consideración antropocéntrica se puede extraer de la Teoría Gaia: los seres humanos, recién llegados al escenario de la Tierra, ni somos necesarios para mante-

ner las condiciones adecuadas a la vida, ni somos capaces de destruirlas por completo; podemos introducir pequeñas modificaciones en el entorno para que resulte más salu-
dable, pero no nos conviene deteriorar el ambiente; el daño que hagamos al planeta
nos lo hacemos a nosotros mismos.

El caos y los sistemas complejos

Casi toda la investigación sobre relaciones del medio ambiente y la salud se ha reali-
zado aislando partes del problema global, para transformarlas en problemas parciales
y lineales. Únicamente en los problemas lineales se puede aplicar el determinismo
causal: pequeñas causas condicionan pequeños efectos. Pero en los problemas globa-
les reales apenas sirve el método científico convencional. El comportamiento a largo
plazo de sistemas complejos puede ser impredecible, aunque todos sus elementos se
comporten de modo simple y previsible (31).

Esta teoría considera que los sistemas caóticos tienden a acercarse a puntos de atrac-
ción (atractores). Según esto la enfermedad sería un estado en que el sistema se aleja
del punto de atracción «salud» (32).

Conferencias Internacionales sobre el medio ambiente

- En 1968, la UNESCO organizó en París la Conferencia de la Biosfera.
- En 1972 tuvo lugar en Estocolmo la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano.
- En 1986 se celebró en Ottawa una conferencia para revisar la Estrategia Mundial para la Conservación.
- En los 90 se han producido tres cumbres de Naciones Unidas sobre el medio ambiente:
 1. 1992, Río de Janeiro (Brasil). Por vez primera se vincula el medio ambiente al desarrollo: **Desarrollo Sostenible**, conocida por la aportación del 0,7 % del PIB de los países desarrollados a los países en vías de desarrollo. Los países ricos ayudarían a la producción no contaminante de los países pobres. De esta manera se evitarían las emisiones contaminantes, la tala indiscriminada de los bosques tropicales...
 2. 1997, Kyoto (Japón): **Cambio Climático**. Duró cinco días y finalizó con unas tibias conclusiones. «Se han logrado algunos resultados positivos, pero constatamos con profunda inquietud que las perspectivas para el desarrollo sostenible son peores hoy que en 1992» (Documento final)¹.

¹ Sobre el **efecto invernadero**, Europa proponía que para el año 2010 las emisiones de CO₂ disminuyeran un 15% sobre las de 1990. Los ecologistas, pequeñas islas y países no productores de petróleo proponían reducir un 20% para el 2005. EEUU frenó todo acuerdo. El protocolo recoge la reducción de un 5,2% entre 2008-2012. Acuerdo que Bush no suscribe actualmente. Se hace un llamamiento para reducir el nivel de plomo de la gasolina, daño para la salud, especialmente de los niños. Se recomiendan cambios, pero ningún compromiso sobre bosques, pobreza, ayuda al desarrollo, nuevas tecnologías y basura radiactiva.

3. 1998, Buenos Aires (Argentina). La comunidad científica, las ONG ambientales y las organizaciones sindicales realizaron propuestas realistas y eficaces, pero los gobiernos de los países industrializados y en especial EEUU han impedido llegar a compromisos; ...«los científicos han confirmado el calentamiento global y se prevé el **avance de nuevas enfermedades**» (33).
4. 2001, la Conferencia de Bonn ha puesto de manifiesto el desacuerdo en la ratificación sobre el acuerdo de Kyoto, sobre todo por EEUU. A la vez se reunieron los grandes del grupo G-7 y se han producido las grandes manifestaciones de Génova del movimiento antiglobalización.

PROBLEMAS DE SALUD AMBIENTAL ACTUALES

El abordaje de los problemas de salud lo hacemos desde el paradigma ambiental ecológico, con dos palabras clave: relaciones entre seres vivos y equilibrio. Esta nueva mirada nos permite identificar problemas y sobre todo las causas de los mismos. Dedicar la investigación únicamente a buscar nuevos fármacos que resuelvan los problemas que los seres humanos creamos, es cuando menos un camino ineficiente y, tal y como se está demostrando, peligroso para muchos seres vivos.

Los Contaminantes Orgánicos Persistentes –COP (34)

Los COP se bioacumulan y pueden tener efectos nocivos para la salud humana y el medio ambiente. También se encuentran los disruptores endocrinos (Endocrine Disruptin Chemicals -EDC), sustancias químicas de muy diferente origen, estructura y uso, algunos son COP y otros no son tan conocidos. Los COP reconocidos son doce: bifenilos policlorados, dioxinas y furanos, aldrina, dieldrina, DDT, endrina, clordano, hexaclorobenceno, mirex, toxaceno y heptacloro. Esta «docena sucia» comprende nueve plaguicidas, un grupo de contaminantes industriales conocidos como bifenilos policlorados (PCB) y dos tipos de subproductos industriales, las dioxinas y furanos.

COP

Son sustancias exógenas al organismo naturales o sintéticas, que interfieren con la producción, liberación, transporte, metabolismo, unión, acción biológica o eliminación de las hormonas responsables del mantenimiento de la homeostasis y regulación del desarrollo. En algunas ocasiones los tests habituales de toxicidad no les habían atribuido un efecto importante.

Además, muchos de ellos presentan gran estabilidad e inercia para reaccionar químicamente, por lo que reúnen características óptimas para haber sido y ser empleados en grandes cantidades y con gran libertad sin protección medio ambiental especial (35).

Olea y col.

La definición plena de los COP, sin embargo, es algo más compleja de lo que las siglas implican. Además de ser persistentes (es decir, no se descomponen rápidamente), orgánicos (con una estructura molecular basada en el carbono) y contaminantes (en el sentido de ser muy tóxicos), los COP tienen otras dos propiedades. Son solubles en grasas y por consiguiente se acumulan en los tejidos vivos, y pueden viajar grandes distancias. Estas cinco propiedades juntas los hacen muy peligrosos. «Estas sustancias pueden desplazarse miles de kilómetros, hasta ecosistemas frágiles como los de alta montaña, los del Ártico o los oceánicos, afectando a especies vulnerables» (36).

Los plaguicidas organoclorados son los COP más notorios. No es sorprendente que los plaguicidas sean de los productos químicos más peligrosos, pues han sido diseñados para ser tóxicos y se producen en cantidades enormes. Desde 1945, la producción global de plaguicidas se ha multiplicado por 26, de 0,1 millones de toneladas a 2,7 millones, aunque el crecimiento se ha ralentizado en los últimos quince años, ya que los efectos en la salud y las preocupaciones ambientales han inspirado un número creciente de prohibiciones, principalmente en los países industrializados. Estas restricciones han reducido la cantidad total de plaguicidas usadas en los países industrializados, pero la toxicidad de éstos sigue creciendo. Las formulaciones actuales de los plaguicidas son de 10 a 100 veces más tóxicas que en 1975.

Una serie más oscura de COP son una familia de organoclorados que se han usado como aislantes líquidos en los equipos eléctricos, como fluidos hidráulicos y como aditivos en plásticos, pinturas e incluso en papel de calco sin carbón. Éstos son los bifenilos policlorados o PCB. Durante déca-

das, la estabilidad extrema, la baja inflamabilidad y la baja conductividad de los PCB les hicieron el aislante líquido normal en los transformadores, y dado que éstos son un componente esencial de las redes de distribución de electricidad, la contaminación de PCB es omnipresente. En los países industrializados se fabricaron PCB entre los años veinte y finales de los setenta; todavía se fabrican en Rusia y se usan en muchos países en desarrollo.

Pero la mayoría de los COP no se producen intencionadamente, sino que son subproductos, como las dioxinas y furanos, dos clases de COP que son resultado principalmente de la producción de organoclorados, el blanqueo de las pastas papeleras y la incineración de residuos sólidos urbanos. Un inventario de emisiones de 1995 realizado por el Plan de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente (PNUMA) en quince países contabilizó unos 7.000 kilogramos de dioxinas y furanos emitidos por las incineradoras, que representaban el 69% de las emisiones totales de esas sustancias en estos países (7.000 kilogramos pueden parecer poco, pero téngase en cuenta que estas sustancias sumamente tóxicas actúan en cantidades ínfimas). Se conocen 210 dioxinas y furanos. Y entre los subproductos de la producción y uso de organoclorados es probable que queden miles de COP por descubrir (37).

La industria química ha puesto más de 100.000 sustancias sintéticas en el medio ambiente. Sólo se conocen los efectos reales de un número muy reducido de ellas, por lo que incluso las medidas para luchar contra la contaminación que existe actualmente no garantizan la calidad de las aguas para la vida natural o para el consumo humano (38).

La producción tóxica

«En el último siglo, la cantidad de nitrógeno biológicamente activa en circulación a través de los organismos vivos probablemente se ha duplicado. Este exceso antinatural de un nutriente esencial se ha convertido en un veneno ecológico» (39). Como el carbono, el nitrógeno es un ingrediente básico de los organismos vivos. Se encuentra, por ejemplo, en el ADN, en las proteínas y en la clorofila. Ciertas bacterias son capaces de fijar el nitrógeno atmosférico elemental, destacan las que viven asociadas a las leguminosas. Ha aumentado el nitrógeno fijado debido a: la combustión de antiguas plantas de combustibles fósiles, la destrucción de los bosques y sobre todo por los fertilizantes artificia-

les utilizados en la agricultura. La práctica totalidad de los cultivos en los países industrializados están saturados de más nitrógeno del que pueden asimilar, a la vez que la cantidad de fertilizantes continúa creciendo. Por otro lado, la ganadería industrial produce estiércol en tan grandes cantidades que se puede considerar un residuo tóxico.

Las aguas ricas en nutrientes debido a los vertidos y filtraciones de la agroindustria y la elevación de la temperatura son el hábitat ideal para las algas y las mareas rojas que envenenan a los peces y a las personas que los consumen. Ha aumentado el número de especies de algas, pasando de 20 a 85, que consumen el oxígeno y hacen que mueran peces y plantas.

En resumen, tan importante como estabilizar el ciclo del carbono es necesario el del nitrógeno. Tres reformas básicas son necesarias para reducir las emisiones de nitrógeno fijado: fomento de agricultura ecológica, energías alternativas (solar, eólica y geotérmica) y conservar los grandes bosques naturales.

Agricultura y salud

La agricultura convencional es en su mayor parte monocultivo y con importante regadío. La especialización se logra a costa del ecosistema y supone **pérdida de biodiversidad**, de manera que variedades genéticas resultantes de un proceso de diez mil años de adaptación local de productos como el trigo, la lenteja, el maíz, las papas, están siendo barridas por el proceso de homogeneización y da lugar a lo que Margalef dio en llamar **Sistemas Frágiles**, que debilitan el ecosistema y producen plagas que se iniciaron con la devastación de la patata irlandesa en 1840 (40). En España, un 75% de los trigos tradicionales han dejado de cultivarse en los últimos cincuenta años. De las 3.000 variedades de trigo hemos pasado a 50 en 1995, según un informe de Aula Dei. Se cultivan especies químicamente resistentes pero que necesitan riegos, y se pierden las de secano como el trigo *Aragón 03* de Monegros, ahora en proceso de recuperación (41).

Una de las soluciones adoptadas contra las plagas es la manipulación genética Organismos Genéticamente Manipulados (42) –OGM– que llevan a cabo las grandes empresas (43). Los OGM, a través de la ingeniería genética (IG), manipulan los genes e introducen microorganismos, tales como la bt (*Bacillus thuringiensis*) y todavía sabemos poco sobre las consecuencias que tendrán a

corto, medio y largo plazo. Sin embargo, su uso se ha generalizado por todo el planeta².

Ya se conocen algunos efectos del uso de OGM, como es el aumento de las resistencias. La eliminación total de las malezas mediante el empleo de herbicidas da lugar a supermalezas, ya que muchos nidos ecológicos no serán ocupados por otros organismos. Este mismo proceso que se da con los antibióticos y los herbicidas se potencia a escala exponencial con los OGM. Alteran la cadena ecológica al eliminar a depredadores naturales como escarabajos y mariposas, hasta la fecha. Sus rendimientos son irregulares y no son tan elevados como esperaban las multinacionales (44). Los biólogos muestran razones poderosas para ser prudentes ante la ingeniería genética (45); sin embargo, las instituciones investigadoras públicas están consiguiendo sus fondos de la empresa privada, por lo que hay muy poca independencia a la hora de hacer las investigaciones. Además, las empresas privadas llevan la delantera, lo que hace que los científicos estén divididos a la hora de abordar los riesgos de los OGM. El cúmulo de problemas alimentarios, que en España comienza con el aceite de colza hasta llegar en los últimos meses a una retahíla de problemas como son: las vacas locas, huevos contaminados, pollos hormonados, pescados petroleados...

Más sofisticada es la fabricación de los enzimas a partir de cultivos microbianos en los llamados biorreactores. Se trata de encontrar el microbio capaz de producir el enzima en grandes cantidades. Para ello se usa la ingeniería genética, transfiriendo el gen responsable de producir cierto enzima a un microbio «inocuo» y eficaz. Es el microbio el que es manipulado genéticamente. Incluso se modifican los genes para producir enzimas menos sensibles al calor.

Desde el 3 de septiembre de 1998, la legislación europea establece que los productos que contengan ADN o proteínas modificadas deben indicarlo en su etiqueta, pero científicamente es muy difícil controlar que esto se cumpla; además, no especifica qué método se debe usar para buscar el ADN, y según qué técnica de detección se emplee, puede haber cantidades que pasen inadvertidas.

² La realidad es que las industrias que subvencionan la mayor parte de la investigación presionan para no tener en cuenta la aplicación real del principio de precaución ético y jurídico. Además ofrecen «paquetes» de semillas, herbicidas y fertilizantes a precios competitivos a los agricultores, cuya producción, a su vez, se ve condicionada por una política de precios que imponen las propias empresas. El resultado es que se siguen sembrando semillas transgénicas en magnitudes no bien conocidas.

Se ha encontrado ADN modificado en las papillas Blevit, Nutriben y en Alisana, yogur de soja con fresa. En Nesquik y Cola-Cao no ha sido posible determinar si contenían OGM o no, porque no contenían suficiente ADN. Cola-Cao y Nesquik, aunque utilicen OGM, según la legislación vigente no están obligados a indicarlo en las etiquetas del producto. Blevit, Nutriben y Alisana sí deberían anunciarlo en sus etiquetas y, si han sido fabricados después del 3 de septiembre del 98, están incumpliendo la legislación.

También ha habido problemas de salud humana trágicos durante 1989–1990 con un producto suplemento alimenticio (L-Triptofano) producido utilizando la ingeniería genética. Treinta y una muertes ocurridas y más de 5.000 personas afectadas por la enfermedad incapacitante de la sangre llamada Síndrome Eosinofilia Mialgia en los Estados Unidos y Europa. La investigación genética indica que muchas enfermedades tienen su origen en minúsculas imperfecciones del código genético (46).

La introducción de la hormona transgénica (rBST) inyectable en las vacas para aumentar la producción de leche dio lugar a muchos problemas. Esta hormona produce en las vacas mastitis, lo que da lugar a niveles más altos de antibióticos y carcinogénicos (IGF-1) en la leche. También se informaron de problemas por la presencia de leche contaminada con una hormona de crecimiento bovina (rBGH). Los estudios científicos más preocupantes son los que relacionan el rBGH con el cáncer en humanos. La introducción de la hormona del crecimiento vacuno (rGBH) en las vacas lleva a animales enfermos y sufrientes, ya que desarrollan lesiones en pezuñas y patas, dificultades reproductivas, metabólicas e infecciones urinarias y de ubres, por lo que la leche contiene más antibióticos.

Se están criando animales con enfermedades para experimentos y una vida de sufrimiento. Peces han sido modificados para crecer más grandes; vacas y cabras han sido modificadas para crear drogas farmacéuticas. Estos animales frecuentemente son enfermizos y tienen una vida más corta. Compañías agroalimentarias occidentales están comprando empresas de semillas en países en vías de desarrollo para poder vender semillas genéticamente modificadas. Parece que se proponen controlar el mercado mundial de alimentos, a la vez que poner cada día más en peligro la biodiversidad de los cultivos a través de la pérdida de las semillas tradicionales.

*Una Amenaza Mundial para la Alimentación de la Humanidad*⁴⁷ es la introducción de alimentos genéticamente manipulados, ya que equivale a un peligroso experimento mundial, dado que desconocemos sus efectos en la salud.

Son autoras las multinacionales gigantes de la biotecnología, que controlan grandes segmentos del abastecimiento mundial de alimentos, incluyendo patentes de alimentos, empresas de semillas y otros aspectos de la cadena alimenticia. Se está anteponiendo la ganancia a corto plazo a la salud y seguridad de toda la población. Esto podría dar lugar a problemas imprevisibles e irreversibles que lleven a la carestía de alimentos y amenazas a gran escala para la salud. No hay justificación científica lógica para repentinamente transformar casi todos los alimentos por medio de manipulaciones genéticas irreversibles.

En el siglo XX, con el uso indiscriminado de antibióticos en personas, animales y plantas, de antisépticos y ahora con los OGM, se inició la alteración del mundo microbiano de una manera insospechada. En palabras de Linn Margulis, «... *coexistimos con los microorganismos actuales y albergamos, incluidos en nuestras propias células, restos de otros. Es así como el microcosmos vive en nosotros y nosotros vivimos en él...*, formamos parte de una intrincada trama que procede de la original conquista de la Tierra por las bacterias» (48). Así, al manipular genéticamente este «pequeño mundo», ponemos en alto riesgo el equilibrio en que se encuentra la misma vida.

La desnutrición y las guerras provocan la mayor mortalidad de seres humanos en el planeta. La desnutrición por carencia de alimentos es el hambre y frente a este problema, una de las soluciones adoptadas es la producción de OGM sobre la base de que aumentan la producción de alimentos. Para los partidarios de los OGM:

- El hambre se debe a una brecha entre la producción de alimentos y la densidad de población humana o tasa de crecimiento.
- La ingeniería genética es la única o mejor forma de incrementar la producción agrícola y, por tanto, enfrentar las necesidades alimenticias futuras.

Frente a estas razones, y en clara oposición a los OGM, se dan numerosos argumentos, que básicamente se resumen en que el problema no es la densidad de población, sino la pobreza debida al control de los medios de producción y distribución de alimentos en unas pocas manos. Las diez razones de Altieri (49) describen este enfoque:

1. El problema es la pobreza. Se producen más alimentos que nunca.
2. La biotecnología se orienta a obtener ganancias. Al controlar el genoma se controla producción, productos y distribución.
3. A mayor paquete tecnológico, menor precio de los herbicidas.
4. Las semillas fabricadas por ingeniería genética no aumentan el rendimiento de los cultivos.

5. Existen riesgos potenciales para la salud humana, ya que las nuevas proteínas pueden producir alérgenos. Como no hay etiquetaje, no sabemos sus efectos totales.
6. Se sigue el mismo paradigma. Una plaga, un producto químico; una plaga, un gen. Paradigma que ha demostrado su fracaso con la industria química.
7. La lucha por el mercado mundial olvida el análisis de riesgos en ecosistemas y personas: erosión genética, pérdida de biodiversidad, supermalezas, afectación a depredadores, espiral de mutaciones incontroladas.
8. Las compañías seguirán sin asumir los costes ambientales.
9. La investigación pública la domina la industria que prima el beneficio económico sobre cualquier otro bien común.
10. Las innovaciones biotecnológicas tardan 10 años en estar listas y sin embargo se aplican sin tener en cuenta el *principio de precaución*³ que preside la ley europea de 1994.

La investigación está en manos de empresas que priman el beneficio económico frente al bien común, así tienden a minimizar los riesgos (50). Es a través de artimañas legales como las empresas biotecnológicas están patentando hasta los propios genes de la descendencia. La biotecnología se orienta a obtener ganancias. Al controlar el germoplasma se controla producción, productos y distribución. De esta manera se adueñan de recursos naturales o de animales y plantas que habían sido mejorados durante milenios por toda la Humanidad y que, hasta ahora, no tenían dueño. Las consecuencias de estas patentes ya resultan dramáticas para buena parte de la población (51).

La calidad de las aguas de consumo humano

La Organización Mundial de la Salud considera imprescindible la desinfección de los abastecimientos de agua, siendo el cloro el agente más utilizado. La cloración del agua evita un 20% de mortalidad infantil en los países subdesarrollados y reduce la mayoría de los contagios en las epidemias hídricas clásicas (cólera, tifoideas y disentería). Estas metas ya se han alcanzado en las

³ Según este principio, la autorización de los OGM debe hacerse caso por caso, después que se conozcan los efectos sobre la salud. Así, el CSIC está investigando los efectos del maíz transgénico.

ciudades de nuestro entorno, aunque persistan zonas rurales con deficiente cloración de las aguas.

En cambio, la contaminación química de las aguas (muy difícil de evitar con la tecnología disponible) afecta sobre todo a países desarrollados, aunque se extiende rápidamente por todos los países que practican un crecimiento insostenible y está dando lugar a nuevos riesgos.

Frente a los riesgos tradicionales, bien estudiados con método epidemiológico, y suficientemente controlados por los análisis oficiales, han venido a añadirse nuevos problemas sanitarios, que se caracterizan por:

- Presentar menor incidencia y mortalidad que los riesgos clásicos.
- Afectar gravemente a la población con menores defensas: enfermos de sida, diabetes y otras deficiencias inmunológicas severas, pero también a personas mayores, niños pequeños, convalecientes, tratamientos citotáticos y corticoides...
- Afectar a modernos abastecimientos de agua, en países muy desarrollados.
- Burlar los controles reglamentarios de vigilancia en los abastecimientos de aguas.
- Resultar inmanejables e incorregibles con la tecnología actual.

Se puede señalar al año 1993 como el de alerta sobre los nuevos riesgos sanitarios, aunque, desde hace 20 años, se conocía la implicación de varias enfermedades emergentes (52) y se debatían los riesgos químicos añadidos en el proceso de potabilización.

En los últimos diez años, los países desarrollados han sido afectados por epidemias debidas a microbios resistentes al cloro. En muchos casos han ido asociadas a defectos de filtración de las aguas. La falsa seguridad que aporta la cloración llegó a su fin el año 1993, en la mayor epidemia transmitida por un abastecimiento de aguas, «*las epidemias hídricas de Cryptosporidium*» en Milwaukee, EEUU, un fallo en la clorificación provocó 400.000 casos de criptosporidiosis (53), un parásito intestinal que resiste elevadas concentraciones de cloro (80 mg/L). Un año más tarde, en Las Vegas ocurría la primera epidemia de *Cryptosporidium* documentada en un abastecimiento urbano sin ningún fallo aparente (54). Esta ciudad se abastece de remotas aguas de calidad, a través de cientos de kilómetros de canales, como es el controvertido proyecto de Zaragoza.

En Salamanca se detectaron en cuatro plantas potabilizadoras y en agua de grifo de dos áreas geográficas (55). En Zaragoza, los niños de 2-3 años son los más diagnosticados con este parásito (56). La complejidad del análisis

ambiental de estos protozoos, y la ausencia de métodos oficiales, dificulta que este patógeno se incluya entre los controles rutinarios de las aguas.

Epidemias emergentes son las contaminaciones con quistes de protozoos. Desde ese año de 1993, se han descrito numerosas epidemias hídricas de otros protozoos, siendo frecuente que sucedan después de las lluvias, lo que suele interpretarse como si los modernos canales de conducción se contaminasen con tierra y heces de roedores silvestres, portadores de estos parásitos. La esperanza depositada en la retención de estos gérmenes con los filtros de las potabilizadoras se está derrumbando conforme se publican los datos referentes a las epidemias por microsporidios, cuyos pequeños quistes apenas son retenidos por los filtros convencionales. Un aspecto inquietante en estos agentes es que cualquier contaminación cruzada en las redes generales y domésticas resulta incontrolable debido a su elevada resistencia al cloro. Es el fin de la creencia sanitaria de que el cloro circulante por la red de tuberías garantiza por completo la desinfección de los abastecimientos.

También hay que hablar de las contaminaciones con bacterias emergentes. Aunque se desconoce su incidencia en procesos intestinales, crece la preocupación sobre la presencia en aguas de grifo de bacterias con moderada resistencia al cloro: *Mycobacterium avium* y *Legionella pneumophila*. La primera tiene parentesco con el bacilo de la tuberculosis, aunque es mucho menos patógena (de hecho se la conoce por producir enfermedad en los VIH positivos; es un patógeno oportunista); se estudió su presencia en aguas municipales de Boston, encontrándose en el 42% de las muestras (57). *Legionella* es muy frecuente en las aguas domésticas, sobre todo en los sistemas de agua caliente de los termos caseros y en las torres de refrigeración del aire acondicionado. Se le considera «ubicua». Se transporta por aire y agua y una vez que se multiplica en algún reservorio de agua como los descritos, se transmite a los seres humanos siempre por vía aérea. Por decirlo de otra manera, no hay ningún peligro por beberla.

Así, tenemos **riesgos químicos derivados de la potabilización y distribución** como consecuencia de los productos (contaminantes) añadidos en la clarificación de las aguas. A las aguas que entran en la planta potabilizadora se les añade floculantes (casi siempre el sulfato de alúmina). Las aguas turbias precipitan mucho mejor que las claras, por lo que la entrada de aguas limpias en una planta potabilizadora supone añadir mucha más alúmina y otros elementos floculantes. En cultivos experimentales, el aluminio resulta tóxico para las células nerviosas; desde hace veinte años se intenta relacionar su ingesta con el riesgo de provocar la enfermedad de Alzheimer, sin conclusiones claras (58).

Además, están las contaminaciones por los añadidos en la cloración. Durante los últimos veinte años se ha mantenido un debate bibliográfico sobre la relación entre la cloración de las aguas y el aumento de cierto tipo de cánceres. En julio de 1992, Robert D. Morris (59) y otros investigadores publicaron una revisión crítica de la bibliografía, emitiendo un dictamen claro: «*Los resultados del meta-análisis sugieren una asociación positiva entre el consumo de productos para la cloración en el agua y el cáncer vesical y rectal en humanos*». Estos resultados ya no son rechazados en la bibliografía más reciente, aunque se insiste en que se sigan clorando los abastecimientos, ya que se considera que la cloración evita muchas más enfermedades de las que causa.

Son importantes las contaminaciones añadidas en las tuberías de plomo, cobre, PVC y los depósitos de almacenamiento de las casas. Las duras aguas, como por ejemplo las de Zaragoza, pueden producir costras y estrechamientos en las redes de distribución, pero reducen el paso de materiales de las tuberías al agua circulante y, sobre todo, al agua retenida. Las aguas blandas son más agresivas para las conducciones convencionales. Se han descrito varias enfermedades asociadas a la solubilidad de esos materiales: Saturnismo, por el plomo de las tuberías domésticas antiguas; y Enfermedad Hepática Infantil, a partir del cobre liberado en la fontanería moderna (60). Otros tipos de tuberías pueden transmitir elementos perjudiciales para la salud humana, como el amianto de ciertos fibrocementos (61) y los ftalatos del PVC (62).

Contaminaciones y recontaminaciones en las redes domésticas que en la directiva europea (diciembre de 1998) pasan de la responsabilidad de los municipios a la privada. En los domicilios, las aguas de abastecimiento tienen frecuentes contaminaciones en los aljibes domiciliarios, como evidenció en la epidemia de *Legionella* de Alcalá de Henares (63) y las recientes de Barcelona y Murcia. Los descalcificadores contaminan las aguas con sal, los filtros no limpiables recontaminan las aguas al secuestrar el cloro, los termos de agua caliente amplifican a las poblaciones de *Legionella*...

El agua dulce es un bien escaso en el planeta que estamos alterando de forma grave por el uso indiscriminado de productos químicos en la agricultura, ganadería e industria. Y también por los fuertes impactos que ocasionan los trasvases de cuenca de los ríos, la construcción de pantanos y la urbanización indiscriminada que alteran el paisaje y el ecosistema de manera irreversible. A nivel urbano, el uso de agua es el del paradigma del grifo único para todos los usos: domésticos, comerciales, industriales, jardines... Sin embargo, un paradigma alternativo sugiere que debe haber diversas fuentes según los usos. Así proponemos cuatro

tipos de agua de consumo humano: agua como alimento de máxima calidad, agua sanitaria para la higiene personal, agua gris que proviene del uso de la anterior y se reutiliza para la cisterna del wáter y limpieza de suelos y aguas negras, que son las del inodoro que van directamente a la red de alcantarillado. Esto requiere de manera urgente preservar las aguas fósiles de las entrañas de la Tierra, es decir, las aguas de manantiales como aguas de máxima calidad para beber. Utilizar el agua de lluvia en viviendas con suministros autónomos o recojiéndola para la red de abastecimiento de la ciudad, como lo hacen en países como Holanda, ya que es un agua mucho más fácil de potabilizar que las aguas de los ríos. Construir casas que recojan el agua de lluvia y reutilicen las aguas de duchas y baños. En suma, requiere una nueva cultura del agua.

Resumen

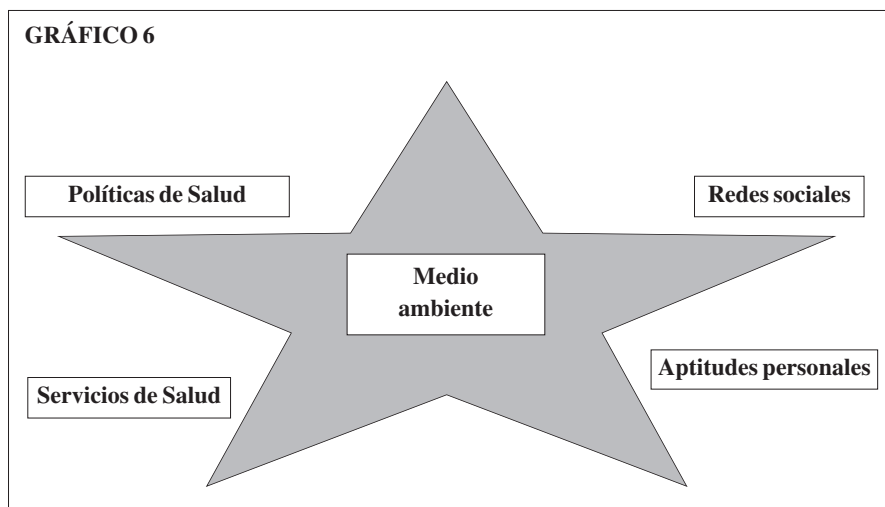
En los últimos años importantes noticias sobre salud pública han saltado a los medios de comunicación de masas relacionadas con la alimentación humana: los casos de «vacas locas», de pollos con dioxinas, de *Legionella*, y numerosos y diversos problemas han puesto en alarma a la población de todo el mundo, especialmente de los países desarrollados. Una característica común a cada uno de estos problemas es la de «subvertir» el proceso natural de desarrollo, forzándolo de diversas maneras: alimentando a hervíboros con piensos obtenidos con productos animales de su propia raza, «hormonando» a animales y frutas. Creando resistencias mediante el uso indiscriminado de antibióticos en animales de granja hacinados. Parece que el objetivo de producir para la alimentación humana se ha cambiado por el de producir para el logro de un mayor «beneficio».

A esto habría que añadirle la energía nuclear, las desigualdades, el hambre, la clonación, las nuevas epidemias infecciosas, el daño a las poblaciones afectadas por los embalses⁴, los residuos sólidos urbanos... A pesar de las evidencias científicas sobre los problemas ambientales que afectan a la salud humana, las actuaciones para evitarlas son todavía escasas y la preocupación de la población general aumenta. Rápidos cambios que no nos da tiempo asimilar y nos generan incertidumbre. Por ello, se tiende a «pasar» de los temas o bien a abandonarnos en brazos de la «ciencia oficial» o en brazos de las «ciencias ocultas». En los siguientes puntos vamos a ver cuáles son los distintos enfoques sobre el medio ambiente y la salud en el campo sanitario.

⁴ Los embalses han causado en 50 años en la India más desahucios y desplazados que las guerras. «Está claro que la India ha progresado, pero la mayoría de su pueblo no», Arundhati Roy. Campaña contra los grandes embalses, 50 millones de indios víctimas de las presas. *El País*, 1 agosto de 1999:22-3. El problema se repite en la península Ibérica. El cambio del Plan Hidrológico previsto por el gobierno español ha aliviado a los afectados del Delta del Ebro, pero sigue la amenaza sobre algunas de las obras de regulación que favorecen a las cúpulas de las comunidades de regantes. Coagret, que aglutina a los afectados, ha logrado movilizar a numerosos grupos y más de un millón de ciudadanos en la península Ibérica. www.jaca.com/yesano, www.travasesno.sospirineos.com www.portal-agua.com, www.agua-debate.org.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL Y ECOLÓGICA

¿En qué medida podemos contribuir a mejorar la salud ambiental los profesionales de la salud? En el reciente capítulo dirigido a los profesionales de enfermería decíamos que «como promotores de salud, los enfermeros y las enfermeras tenemos un importante campo, incluyendo la salud ambiental en los programas de salud y operativamente en los de educación para la salud» (64). Así hablaremos de programas de Educación para la Salud Ambiental en varios sentidos: con los ciudadanos en general y con los políticos en el ámbito de lo local.



Tomando como referencia la Carta de Ottawa (1986) (65), observamos que las cinco líneas se interrelacionan entre sí. La promoción de la salud es más que la prevención de la enfermedad. Por tanto, trabajaremos siempre en dos direcciones: a) En la evitación de enfermedades producidas por alteraciones de nuestro ecosistema. Esto implica estar informado y adoptar posturas como el *principio de precaución* ante el uso de nuevos productos o afirmando el no uso de los que son claramente perjudiciales. Esto implica apostar por la agricultura y ganadería ecológicas y el uso sostenible de los ecosistemas. b) Tomando nuestro entorno como fuente de salud y promoviendo prácticas saludables. Las generaciones anteriores a las nuestras han acumulado un conocimiento práctico, saludable y respetuoso con el medio ambiente y por tanto con el ecosistema del que formamos parte. La promoción de comportamientos saludables pasa por estos dos ejes: por un lado reconocer, rescatar y validar prácticas

populares de salud heredadas y, por otro, promover cambios sostenibles. Esto requiere una nueva mirada a las actividades de la vida diaria y su impacto ambiental: en el consumo de agua, en el consumo y el tratamiento de los residuos sólidos, en el uso de la energía, en la composición de la bolsa de la compra y los productos agrícolas y ganaderos ecológicos, en la creación de un medio ambiente armónico en el que vivir con calidad de vida. Es evidente que la salud hoy en día es salud ambiental.

Es importante trabajar a nivel local a la vez que elaborar políticas saludables. Para esto necesitamos tener información y capacidad de asesoría sobre qué actuaciones pueden tener los ayuntamientos y diputaciones en cuanto a acciones concretas de salud ambiental. Por ley, los ayuntamientos deben proteger la salud en temas como el abastecimiento de aguas, esto incluye diversos usos del agua, discriminando lo que es el agua como alimento del agua como higiene, o como recreo, y también la depuración de las aguas residuales. Otros temas son los peligros para la salud de las personas y el ecosistema que conllevan los vertederos incontrolados. Por otro lado, los ayuntamientos realizan acciones de promoción de salud, como son las ayudas a ONG para actividades de deporte y naturaleza entre otras.

El tejido social de nuestros pueblos y barrios es rico en iniciativas, experiencias y soluciones. Desde nuestra perspectiva de salud podemos reforzar, acelerar, apoyar sus acciones, estimular otras nuevas y en suma favorecer la cultura de la salud y nuestro ecosistema. En este caso predomina más la promoción que la prevención. Implica trabajar con asociaciones ciudadanas de diversos tipos, preocupadas por la salud ambiental.

Los servicios de salud realizan actividades para capacitar a los ciudadanos en las aptitudes y actitudes saludables. En el marco de la generación o modificación de hábitos y comportamientos saludables, debemos imbricar la cultura de la salud ambiental y el mejor conocimiento de nuestro ecosistema. Ejemplos: las ventajas de los alimentos biológicos, los peligros del PVC, los riesgos de los alimentos transgénicos (66).

El punto más difícil es el que se refiere a nuestro propio medio, el sistema sanitario. La reorientación de los servicios pasa hoy por diseñar programas de respeto al propio medio de trabajo. El manejo de residuos sanitarios de forma racional; el consumo limitado de material desechable; la garantía de calidad de la higiene de las instalaciones de trabajo (sistemas de aire acondicionado, ventilación), tratamientos antibióticos no indicados y las quimioprofilaxis de valor dudoso o no demostrado. Y promoviendo la compra de productos ecológicos

para los enfermos hospitalizados y el personal médico de guardia. Haciendo extensiva esta propuesta a los comedores escolares, residencias de ancianos y recomendando estos alimentos a todas las personas con déficit inmunitarios.

METODOLOGÍA DE TRABAJO EN SALUD AMBIENTAL

Como comentamos anteriormente, la cultura ambiental de los profesionales de la salud es muy limitada. Además predomina el paradigma de la Medicina biologicista tanto en médicos como en enfermeras. Otro factor más es la visión antropocéntrica que se desliga del equilibrio y armonía con el medio natural en el que vivimos. Todo ello limitará nuestras posibilidades de actuación en este medio y exigirá nuestro propio reciclaje intelectual y técnico.

Diagnóstico de salud

Seguiremos los pasos metodológicos de la realización de un diagnóstico de salud (67). En cada uno de ellos introduciremos los criterios ambientales. Partimos de una metodología participativa (68) e insistimos en la utilización de técnicas cualitativas que nos permiten identificar los problemas y necesidades sentidas por la población. El ámbito de trabajo habitual será la Zona Básica de Salud. Especialmente interesante es la delimitación rural, que comprenderá varios municipios.

En el primer paso de un diagnóstico de salud o análisis de situación habrá que realizar una recogida de datos sobre: ruidos, actuaciones en vertederos, depuradoras de aguas, entre otros. Los ayuntamientos nos informarán acerca del control de aguas potables.

Estos datos deberán completarse con información obtenida de informantes claves, observaciones de campo y fotos. El informe deberá completarse con la realización de mapas que nos indiquen los puntos negros de la zona de estudio. Será importante situar en el mapa los casos atópicos (hipersensibles) que son los primeros que enferman cuando cambian las circunstancias ambientales.

El análisis será el mismo que realicemos en el diagnóstico de salud. En una primera fase se realizará una descripción de los datos, tratando de ver las relaciones de asociación y en una segunda fase, si disponemos de suficiente información, estableceremos relaciones causales.

En el segundo paso se pasará a la formulación de objetivos, teniendo en cuenta los criterios de trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad de la intervención. Si el primero viene señalado por la información analizada de los datos recogidos, el segundo depende en gran medida de las disposiciones presupuestarias y de las disposiciones de la población. Aquí juega un papel clave la participación de la población y, por tanto, las necesidades y problemas expresados.

Los programas con la formulación de actividades, calendario e indicadores de evaluación son los pasos siguientes, que también se trabajarán con la participación de la población. Los Consejos de Salud son los órganos previstos por la legislación sanitaria.

Interdisciplinariedad

Para terminar, es importante recordar que si para todos los temas de salud es importante el trabajo interdisciplinar, para los temas de medio ambiente es imprescindible.

Decálogo del trabajo en salud ambiental

- 1. Obtenga el permiso de sus jefes.*
- 2. Elijan un tema de interés común y convoque a los técnicos.*
- 3. Propongan la realización de un proyecto conjunto, analizando la viabilidad técnica, económica y las ventajas para cada institución.*
- 4. Aprobado el proyecto, elaboren un calendario de trabajo.*
- 5. Elijan un logotipo.*
- 6. Repartan responsabilidades en detalle.*
- 7. Repartan cargos directivos y representativos: dirección, secretaria u otros.*
- 8. Dejen claro que cada institución sigue con sus programas que no entran en conflicto con el proyecto en desarrollo.*
- 9. Realicen evaluaciones periódicas.*
- 10. Difundan los logros parciales a través de los medios. Controle los «protagonistas» y recuerde que todos deben salir en las fotos.*

Además, suelen ser intersectoriales, ya que trabajamos con Educación, Servicios Sociales, Medio Ambiente y otros, e interinstitucionales con colegios, institutos, ayuntamientos, consejerías diversas; de modo que se ponen en juego diferentes «jergas» profesionales, diferentes «jefes técnicos» y diferentes

«jefes políticos». Estas tres dimensiones hacen que sea complejo a la vez que atractivo este tipo de actuaciones.

Este tipo de proyectos son muy rentables políticamente⁵, ya que los ciudadanos los viven como muy eficaces. Naturalmente hay que estar dispuestos a asumir las iniciativas y los riesgos que comportan. Son un antídoto contra la rutina institucional, podemos y debemos incorporar a las organizaciones sociales que representan a los ciudadanos. En la década de los noventa, desde los grandes programas de promoción de salud, se vio que los educadores y sanitarios somos los que tenemos más influencia para promover e iniciar cambios nuevos y acelerar los existentes. Animo a los profesionales de la salud a trabajar con todos los componentes institucionales y ciudadanos por la salud ambiental y en palabras de Bruntland Gro Harlem: «Lo que influye en la salud de la gente es lo que respiran, lo que beben, lo que comen. De modo que el aire, el agua, el saneamiento -todas las cualidades del entorno- son esenciales» (69).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Informe DOBRÍS. El medio ambiente y la salud humana. En «Medio Ambiente en Europa». 1998. Unión Europea, Ministerio de Medio Ambiente. Madrid. 1999.
- (2) Guillén, J.J.; García-Marcos Guillén, F.; Ñiguez, J.C.; Martínez, M.J.; «Niveles de plomo en escolares de Cartagena: su relación con la contaminación ambiental». *Gaceta Sanitaria*. 1996; 10 (Supl. 2):75.
- (3) Guillén, F.; Manso, E.; Aguinaga, I.; Brun, C.; Marín, C.; Vicente, C.; Grupo EPLODIN. «Estudio de la acumulación de plomo en los dientes primarios de los niños de Pamplona». *Gaceta Sanitaria*. 1996; 10 (Supl. 2):75.
- (4) Guillén, J.J.; Guillén, F.; Medrano, J.; García-Marcos, L.; Aguinaga, I.; Ñiguez, J.C.; «Afluencia inusual por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en urgencias hospitalarias y contaminación por SO₂ en Cartagena». *Revista Española de Salud Pública*. 1995; 69:305-314.
- (5) Greenpeace. «Ocho argumentos para rechazar el PVC». *World Watch*. Enero 1997: 38-43.
- (6) López Barrio, Isabel; «Exposición al ruido y salud». Actas de las II Jornadas de Salud Municipal. Sanidad Ambiental. Consejería de Salud, Comunidad de Madrid. 2001.
- (7) Marcén J.J.; Germán, Concha; «Calidades de agua de consumo humano». Actas del II Congreso Ibérico del Agua, Zaragoza. Fundación Nueva Cultura del Agua. Bakeaz. 2001.
- (8) Postel, Sandra; «Reparto del agua. Seguridad alimentaria, salud de los ecosistemas y nueva política de la escasez». Bilbao, Bakeaz. 1996.
- (9) Riechmann, Jorge; *Un mundo vulnerable. Ensayos sobre ética, ecología y tecnociencia*. Madrid. La Catarata. 2000.
- (10) <http://europa.eu>. Comisión Europea de Medio Ambiente. Julio 2001.
- (11) Caldwell, L.K.; *Ecología: Ciencia y Política Medioambiental*. Cap 1, Mc Graw-Hill. Madrid, 1993.

⁵ Trabajar como técnica de salud del Ayuntamiento de Alcalá la Real (Jaén) me permite analizar la doble perspectiva técnica y política de los problemas de salud pública. Quizás cuando observas los problemas en el contexto desde la periferia del sistema sanitario, valoras la importancia de la interdisciplinariedad y la falta de experiencia que tenemos la mayoría de los profesionales sanitarios.

- (12) Arseniev, Vladimir; *Dersu Uzala*. Ed. Grijalbo Mondadori, Barcelona, 1978.
- (13) Ferrer, Esther. «Contaminación atmosférica y salud pública en Francia». *Jano* Nov. 1997:1842-3.
- (14) Ordóñez Iriarte, J.M.; Aparicio Madre, M.; Arangüez Ruiz, E.; Aldaz Berruezo, J.; «Nuevos retos en Salud Ambiental». En «Informe SESPAS», 1998: *La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*. Fco. Catalá y Esteban de Manuel Editores. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1998. Granada.
- (15) Informe del Prof. Walker, presidente del Observatorio de la Comunidad Europea para las Personas Mayores, sobre las encuestas del Eurobarómetro. Traducido por Lucía Mazarrasa. Jefe de Sección de Formación de Profesionales. Departamento de Prevención y Promoción de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.
- (16) González Svatetz, Carlos; A. *Med Clin* (Barcelona) 1998; 110: 99-100.
- (17) Vargas Marcos, F.; «Protección sanitaria frente a los nuevos riesgos ambientales». *Revista Salud Ambiental* 2001; 1(1):4-5.
- (18) León, Javier; Guerrero, Isabel y Pellicer, Ángel; «Activación de los oncogenes por radiación y agentes químicos» *Investigación y Ciencia*; 1998; 143: 20- 32.
- (19) Alleman James, E. y Mossman Brooke, T.; «Reconsideración sobre el Amianto». *Investigación y Ciencia* 1997; 252: 56- 62.
- (20) Carson, Rachel; *La Primavera silenciosa*, edición en castellano: Caralt, Barcelona 1964.
- (21) Margalef, R.; En: *Biología y cultura*. Selección de *Scientific American Rappaport*, RA. «El flujo de energía en una sociedad agrícola». 1975:379-391.
- (22) Bühring, Malte y Saz, Pablo. *Introducción a la Medicina Naturista*, Paidós. Barcelona 1998.
- (23) Bishop, W.J.; FLA. 1962. «A Bio-Bibliography of Florence Nigthingale». Dawsons of Pall Mall and International Council of Nurses and The Florence Nigthingale Onternational Foundation.
- (24) Dubos René, J.; *Pasteur*(2) pg.: 228. Salvat. Barcelona 1984.
- (25) Poletti, Rosette; 1982. *Modelos de Enfermería*. Barcelona. Ediciones Rol.
- (26) Rodríguez Ocaña, Esteban. «Por la Salud de las Naciones...» Akal. *Historia de la Ciencia y de la Técnica*, nº 45. Madrid 1992.
- (27) Nesse Randolph, M. y Williams George, C.; «Evolución y orígenes de la enfermedad». *Investigación y Ciencia* (1999) 268: 4- 12.
- (28) Moberg Carol, L. y Cohn Zanvil, A.; «René Jules Dubos» En: *Investigación y Ciencia*, jul. 1991: 24-31.
- (29) Ramos García, E.; Sánchez Moreno, A. y Maset Campos, P.; «Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la atención primaria de salud (I). Problemas históricos y conceptuales». *Atención Primaria*. Vol 9, nº 6. 78-80.
- (30) Lovelock, James; «Las Edades de Gaia», *Metatemas* nº 29. Tusquets Editores. Barcelona 1993.
- (31) Levin, Roger; «Complejidad», *Metatemas* nº 41. Tusquets Editores. Barcelona 1995.
- (32) Trilla, Antoni; «El caos y la predicción médica» *Med Clin* (Barc) 1998; 110: 616-620.
- (33) Nieto, J.; «Más sombras que luces en la Cumbre del Clima de Buenos Aires». *World-Watch* nº 7, 1999:56.
- (34) <http://irptc.unep.ch> «Actuaciones internacionales inmediatas relativas a los contaminantes orgánicos persistentes (COP)». Programa de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente (PNUMA). Julio 2001.
- (35) Olea Serrano, N.; Fernández Cabrera, M.F.; Martín Olmedo, P.; «Disruptores endocrinos. El caso particular de los xenobióticos estrogénicos I. Estrógenos naturales». *Revista Salud Ambiental* 2001; 1(1):6-11.
- (36) Drago, Tito. «Urge la aplicación del tratado contra los COP». www.greenpeace.org. Julio 2001-07-18.
- (37) Santamarta, José. «Por un futuro sin Contaminantes Orgánicos Persistentes». *WorldWatch*. worldwatch@nodo50.org
- (38) Hernández, Eva; «Plan Hidrológico Nacional». *Greenpeace*. Nº 1, 2001:6-13.
- (39) Nierenberg, Daniel; «Fertilidad tóxica». *World Watch* nº 13, 2001:40-7
- (40) Bifani, Paolo; «Medio ambiente y desarrollo sostenible». Madrid: IEPALA Instituto de Estudios Políticos para América Latina. 1999.

- (41) Germán, Concha; «El proyecto Marcén y el rescate del trigo Aragón 03». *La Fertilidad de la Tierra*, nº 2, otoño, 2000:24-7.
- (42) <http://www.belt.es/noticias/2003/julio/7/protocolo.htm> 15 de julio de 2004.
- (43) Bermejo, Isabel; «Patentes biotecnológicas». *El ecologista*. Primavera 2001:1821.
- (44) Altieri Miguel, A.; «Riesgos ambientales de los cultivos transgénicos». *El ecologista*. Primavera 2000:24-9.
- (45) Mae-wan ho; «Los peligros de la biotecnología». www.transgenicos.org/transgenicos. 2004-07-17.
- (46) Miguel Sermeño, José; «Reflexiones y recomendaciones sobre el uso de organismos manipulados genéticamente». jmsermeno@yahoo.com. 15 de Julio de 2004.
- (47) Chamak, Brigitte; «Los riesgos de los Organismos Genéticamente Modificados». Artículo publicado en francés por *Transversales*, abril 2001, y en castellano en *Iniciativa Socialista*, verano 2001. Brigitte Chamak, Centro de Sociología Europea del Iresco (CNRS - Centro Nacional de Investigaciones Científicas de Francia). <http://www.gmo-ogm.org/spain/index.html>. 15 de julio de 2004.
- (48) Marcén letosa, J. José; «Microbiología positiva». *Medicina Naturista*; nº 1; 2000: 51-57.
- (49) Altieri Miguel, A.; «Diez razones que explican por qué la biotecnología no garantizará la seguridad alimentaria, ni protegerá el ambiente ni reducirá la pobreza en el mundo». Octubre 1999. www.transgenicos.org/transgenicos.
- (50) Riechmann, Jorge; «Nuevas reflexiones sobre tecnologías agrícolas y alimentos transgénicos». Actas de las II Jornadas de Salud Municipal. Sanidad Ambiental. Consejería de Salud, Comunidad de Madrid. 2001.
- (51) Bermejo, Isabel; «Patentes Biológicas». *El Ecologista*. Primavera 2001:18-21.
- (52) *Who*. «Report of Who meeting on emerging infectious disease». Ginebra : CDS/BVI/92.2, 25-26 de abril de 1994.
- (53) Mackenzie y otros 10 autores: «A massive outbreak in Milwaukee of Cryptosporidium infection transmitted through the public water supply». *N Engl J Med* 1994;331:161-7.
- (54) Ramírez Quirós, Francisco; «El Cryptosporidium y su eliminación en las ETAPs». *Tecnología del Agua*, 1997; 168:33-41.
- (55) Rodríguez Hernández, J. y tres autores. «Cryptosporidium oocysts in water for human consumption. Comparison of staining methods». *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 215-218
- (56) Moles, Beatriz y cinco autores. «Incidencia de *Cryptosporidium* en Zaragoza: estudio de 8 años» (1989-1996) *Enfer. Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 356-358.
- (57) Du Molin, G.C.; Stottmeiner, K.D. *ASM News*, 1986; 525.
- (58) Berr, Claudine; En «Alzheimer, la enfermedad del siglo». *Mundo Científico* 1998; 186: 59.
- (59) Morris R.D. y otros. «Chlorination, Chlorination By-products and Cancer: A Meta-analysis». *American Journal of Public Health*. 1992; 82:955-963.
- (60) Fewtrell, L. y otros. «Copper in drinking water-an investigation into possible health effects». *Public Health*, 1996, 110: 175-7.
- (61) Alleman J.E. y Mossman, B.T.; «Reconsideración del amianto». *Investigación y Ciencia* (1997), 252: 56-62.
- (62) Jobling, S.; *et al* «A variety of environmentally persistent chemicals, including some phthalate plastizers, are weakly estrogenic» *Environ Health Perspect*, 1995, 103:6, 582-7
- (63) Ministerio de Sanidad y Consumo. «Informe preliminar del brote de neumonía por *Legionella* en Alcalá de Henares». *Boletín Epidemiológico Semanal* 1996, nº 16: 129/136.
- (64) Marcén, Juan José y Germán Bes, Concha; Salud Ambiental. Capítulo 38. En: *Mazarrasa. Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. Madrid. McGraw Hill Interamericana. 2003 Vol. III.
- (65) Nutbeam, Don; «Glosario de Promoción de Salud». En: *Salud entre Todos. Separata Técnica*. 1986. Diciembre, 9-24.
- (66) «The Monsanto files», *The Ecologist*, vol 28(5), 1998, traducido y editado por *Gaia* nº 15 dic. 1998.
- (67) Sánchez García, Ana Mª; Merelles Tormo, Toni; «Análisis de la situación de salud en una comunidad: una propuesta de investigación participativa». Capítulo 7. En: *Mazarrasa. Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. Madrid. McGraw Hill Interamericana. 2003. Vol. I.

(68) Ramos García, E.; Sánchez Moreno, A. y Maset Campos, P.; «Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la atención primaria de salud (II). Alternativas críticas y emancipatorias». *Atención Primaria*. Vol 9, nº 7. 68-70.

(69) Bruntland, Gro Harlem. Perfiles. «Cuando la salud es el mejor negocio». *Investigación y Ciencia*. 275, agosto 1999:26-7.

LA MARGINACIÓN A ESCALA INTERNACIONAL

JORDI DEL AS*

La globalización económica y de la comunicación no tiene traducción social. Al contrario, las sociedades se acantonan, organizan y alzan barreras administrativas e incluso físicas. No parece haber soluciones para los países que viven al margen del desarrollo social, económico, educativo, sanitario y tampoco hay facilidades para que sus ciudadanos accedan a las áreas de mayores recursos.

La situación resulta explosiva. Resulta difícil vivir en los países del hambre, enfermedad y guerras y no es sencillo escapar de forma legal. A pesar de ello, muchas personas tienen el convencimiento de que en algún rincón del mundo existe un lugar donde desarrollarse y colmar los sueños propios y familiares.

La globalización, entendida como la oleada que atraviesa el planeta e impone la consideración conjunta de recursos y compradores, de excesos y demanda, de oferta de mano de obra y de exceso de trabajo, parecía la solución. Frente a desigualdades que sólo pueden aminorarse con el conocimiento mutuo, la solidaridad, la amplitud de miras, ha de llegar el marmemoto igualador.

Mientras, las personas toman sus opciones personales e inician el viaje.

MARGINACIÓN SOCIAL

En la década de los sesenta apareció un movimiento de rechazo a una excesivamente previsible sociedad, en la que estaban ocupados los más atractivos lugares de trabajo, de influencia social o simplemente donde vivir.

No prosperó la alternativa. La integración no es ya algo peyorativo, sino un generalizado deseo de consumo, confort, seguridad, ocio y mantenimiento de la salud.

* Departament de Medicina. Universitat de Barcelona.

En los países desarrollados la integración supone trabajo legal, o derecho a una pensión económica suficiente, y condiciones de vida, alimentación, domicilio, ropa, higiene, aceptables. Implica contar con el reconocimiento de la propia identidad en forma de carnet o pasaporte, conocer el idioma.

La carencia de las anteriores condiciones introduce a la marginación. Pobreza, situación administrativa irregular, delincuencia tan frecuentemente ligada a las drogas no legales y prostitución.

GLOBALIZACIÓN DE LA POBREZA

La dificultad de los largos viajes ocasiona la selección de las personas que dejan sus países de origen buscando mejor fortuna. Parten los más fuertes e, incluso, los mejor preparados y al llegar a los países de destino a menudo pasan a ampliar las bolsas de pobreza.

Se mezcla la pobreza autóctona, estimada, calculada y hasta asumida, con la pobreza exterior, que puede generar un flujo ilimitado. Es preciso invertir el dinero propio en paliar pobreza que viene de fuera, de manera que lo que inicialmente se vivía como solidaridad, puede terminar con un rechazo. La pobreza es un problema global y, sin embargo, no tiene solución global.

Las comunidades locales no tienen capacidad para adoptar acciones preventivas. Casi todos los pueblos apelan a una solidaridad internacional que no llega. Con lo que la necesidad de compartir no es una voluntaria generosidad, sino una urgencia. ¿Qué reacciones no ha de suscitar el desarrollo económico de algunas áreas de la tierra, mientras en otras, los allegados carecen de condiciones mínimas? Y se exportan los conflictos desde las ancestrales zonas deprimidas a las nuevas zonas donde aleatoriamente ha llegado un aluvión de personas que desborda los recursos existentes.

Los tiempos de los tímidos devaneos sociales internacionales llegan a su fin, ante fenómenos como el terrorismo o la localización en nuestra proximidad de parte de la pobreza global. La pobreza remota de países lejanos o reportajes periodísticos se plasma en nuestras calles y plazas. Y hay que repetir machaconamente que la respuesta ha de ser más amplia, global, que la del pueblo, ciudad, comunidad que recibe los nuevos ciudadanos. Porque la atracción no cesa.

El efecto llamada expresa la llegada de nuevas personas ante el conocimiento de que sus familiares, amigos, conocidos, vecinos o contactos remotos han conseguido en ese lugar mejorar sus expectativas sociales. El análisis frío

de este movimiento ha originado situaciones represivas, incluso en ámbitos teóricamente progresistas.

El verano de 2001, el Ayuntamiento de Barcelona con mayoría de izquierdas ocasionó un penoso éxodo de los emigrantes por diferentes plazas de la ciudad y se desató una auténtica caza del emigrante, con detenciones de turistas negros.

Juan Goytisolo, buen conocedor de la realidad de Marruecos, describe el efecto llamada. *«Los millares y millares de candidatos a la emigración clandestina se limitan a comprobar de visu la llegada de sus compatriotas instalados en Europa en automóviles de marca y con enseres modernos. ¿Quién puede resistir al efecto llamada de sus vecinos enriquecidos y de los flujos imparable de la mundialización? Porque no hay que engañarse ni engañar a la opinión pública: la inmigración ilegal no va a detenerse por mucho que se extremen las medidas policiales para atajarla. La libre circulación de capitales y bienes pero no de personas va a aumentar, al revés, los desequilibrios y tensiones en las zonas de fractura entre las sociedades avanzadas y las llamadas pidiósamente en “vías de desarrollo”»* (1).

INMIGRACIÓN

Según datos de la Dirección General de la Policía, al finalizar 2003 había en España 1.674.011 extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor, lo que supone un incremento del 24,40% respecto al 31 de diciembre de 2002¹. Por otro lado, según el Padrón de 1 de enero de 2003, la población extranjera alcanza la cifra de 2.664.168². Es decir que hay una notable cantidad de extranjeros empadronados que no tienen tarjeta o permiso de residencia. Y a ello hay que añadir la cifra de extranjeros que ni siquiera están empadronados.

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, que ha pasado de ser un país de emigrantes a receptor de inmigrantes. Por la experiencia en otros países europeos, y por la realidad de los países pobres, las previsiones son que el flujo inmigratorio continuará aumentando. Ello supone uno de los desafíos que la sociedad española deberá afrontar en el futuro. La política

¹ Observatorio Permanente de la Inmigración. Extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor a 31-12-2003, según continente y nacionalidad. Boletín estadístico número 1. Marzo 2004. http://dgei.mir.es/es/general/BoletinEstadistico_N1_Marzo_2004.pdf. Consultado 24 de enero de 2005.

² <http://www.ine.es/prensa/np321.pdf>. Consultado 24 de enero de 2005.

española de inmigración adolece de una definición clara de objetivos y métodos y de ello se resienten asimismo los aspectos sanitarios de dicha política³.

Con la actual Ley de Extranjería es difícil obtener el permiso de residencia y trabajo en España. A finales de diciembre de 2004 se ha aprobado el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En él se establece, como medida excepcional y previa a la aplicación del régimen ordinario del reglamento, un período extraordinario de tres meses para que los inmigrantes que están trabajando, pero que no tienen papeles, puedan normalizar y legalizar su situación en España. Un proceso de normalización para que puedan contratarse legalmente los trabajadores extranjeros que ya se hallan en nuestro país⁴.

Sin embargo, pasados estos tres meses las dificultades para los inmigrantes extracomunitarios siguen siendo enormes. Probablemente la solución no pasa por un reglamento a una ley no adecuada a las actuales realidades, sino que habrá que esperar que el Parlamento proponga una nueva ley.

DROGAS NO LEGALES

En España, el retraso en la puesta en marcha de los programas de disminución de riesgos basados fundamentalmente en el intercambio de jeringas y mantenimiento con metadona ocasionó alcanzar la cabeza de los países de Europa en casos de sida por transmisión parenteral. En estos últimos 10 años, afortunadamente ya no se discute la bondad de estos sistemas. Los programas de mantenimiento con metadona han afianzado su papel en la superación de la dependencia a los opiáceos, hasta la prevención de la comorbilidad (VIH, hepatitis virales), de la mortalidad y de la criminalidad asociada y aumento en general de la calidad de vida del adicto (6, 7). Existe, además, una notable experiencia en la atención de la toxicomanía con variadas alternativas.

Al igual que ocurre en otros campos, la diferente legislación e incluso las diferentes costumbres han dado lugar a migraciones de los usuarios de drogas no legales.

³ Gascón J. «Enfermedades infecciosas e inmigración». *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 535 - 539.

⁴ http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200412/INM20041230_2.htm. Consultado 24 de enero de 2005.

En la década de los 80, lugares como Katmandú ocasionaban el peregrinaje de consumidores de drogas europeos y americanos. Desde finales de los 90 se ha producido la migración hacia el Oeste de ciudadanos de las antiguas repúblicas del Este, consumidores de drogas por vía parenteral.

En muchas ciudades del Este de Europa no se han desarrollado programas de disminución de riesgos. La metadona es ilegal y es difícil el acceso a tratamientos antirretrovirales. Muchos jóvenes rusos y de otras repúblicas del Este viajan a países como España.

Uno de los recorridos más habituales ha sido dirigirse a comunidades terapéuticas cerradas –llamadas familiarmente granjas– y gratuitas. Si bien en muchas ocasiones las personas que hacen de intermediarias, cobran por su información y establecer el contacto.

Con ello se ha producido un notable flujo de consumidores de drogas buscando tratamiento a espaldas de las autoridades sanitarias. Es de suponer que en muchas ocasiones el resultado habrá sido satisfactorio y los pacientes se han reincorporado a las ciudades de procedencia. Sin embargo, en la inexistencia de alternativas o tratamientos de rescate, quienes no tienen éxito y abandonan las granjas, terminan en la calle, los lugares habituales de consumo y, a veces, los hospitales y la cárcel.

La situación exige un abordaje internacional, pero no se sabe de quién es competencia. Desde la experiencia de nuestro país, se hace patente que la no adopción de los programas de reducción de riesgo eleva enormemente el índice de enfermedades de transmisión parenteral. De hecho, estos ciudadanos del Este tienen una elevada prevalencia de hepatitis C (8), resultado de compartir jeringas y material de inyección, si bien es más baja, en relación a la tasa global, la prevalencia de VIH. Se hace por tanto necesario adoptar medidas de cariz internacional, con trasvase de actuaciones y opiniones de expertos, para atajar la epidemia de enfermedades que se transmiten por vía parenteral.

PROSTITUCIÓN

La prostitución aporta dinero de forma rápida y genera el desplazamiento de personas a través de distintos países.

En la mayoría de ciudades existen proyectos dirigidos a las personas que ejercen la prostitución. Comprenden exámenes de salud, entrega de preservativos, información para disminuir los riesgos derivados de la relación sexual y

de la indefensión física. Estas actuaciones suelen emprenderse en un contexto social y legal de tolerancia de la prostitución.

Los programas logran establecer el contacto fundamentalmente porque son gratuitos, anónimos, de asistencia inmediata y con un adecuado nivel de relación. Permiten un buen mantenimiento de la salud física. Es más difícil abordar el tema de la salud psíquica, dado que rara vez los equipos asistenciales logran ir más allá de las tareas de educación sanitaria o realización de exámenes de salud.

Sin embargo, el abordaje de la prostitución en el plano general es extraordinariamente complejo. Para muchas personas es difícil encontrar otra forma de mantenimiento. Algunas ya hacían la prostitución en otros países y no tienen ninguna formación laboral o la diferencia de ingresos en relación a actividades diferentes es abismal. Otras no tienen regularizados los papeles para acceder a un puesto de trabajo. Como resultado en las ciudades de destino a través de la prostitución se encuentra dinero y fuera de la prostitución hay escasas alternativas.

No es un terreno sencillo. Las personas que defienden la prohibición denuncian la explotación de hombres y mujeres a cambio de dinero. En el otro extremo, se defiende el libre derecho al ejercicio de la prostitución, con todas las garantías laborales.

En Suecia, la prohibición se centra en el cliente sobre la idea de que sin cliente no hay servicio. Desde 1999, la ley sueca prohíbe comprar servicios sexuales, frente a la actual tendencia de legalizar la prostitución de Holanda, Dinamarca y Alemania (9).

Holanda legalizó el 1 de octubre de 2000 los burdeles, prohibidos desde 1911 (10, 11, 12). Se sigue penalizando, sin embargo, el tráfico de personas para su prostitución, la prostitución forzada y la de menores, con penas de hasta ocho años de prisión. Con la aprobación se cita que se ha adaptado la ley a la realidad, para poner fin a situaciones injustas e inadmisibles del sector de la prostitución. Las autoridades holandesas intentan controlar mejor el sector, donde se calcula que trabajan 25.000 prostitutas, a través de legalizar la prostitución ejercida por los mayores de edad y endurecer la actuación penal contra aquellos que fueren a otra persona a prostituirse (6). Las prostitutas de otros países de la Unión Europea pueden ejercer sus actividades en Holanda.

Las personas que ejercen la prostitución están obligadas a hacer la declaración de la renta y pagar sus impuestos como cualquier otro trabajador. Sin

embargo, no existe derecho a recibir un subsidio de desempleo cuando dejan de ejercer esta actividad y han de apuntarse a la oficina de empleo como demandantes de trabajo. El gobierno holandés considera que, tras la modificación de la ley, su prohibición sería contraria a la Constitución holandesa, que reconoce el derecho a la libre elección de trabajo (7).

Esta ley, que ya había sido aprobada en Dinamarca, no está exenta de polémica, ya que numerosas corrientes feministas opinan que no se puede equiparar la prostitución a otras actividades laborales (7). Para el Hilo Rojo, el sindicato de prostitutas holandesas, la legalización supuso una oportunidad para modificar la situación y la emancipación que ello conlleva, si bien el curso del proceso es lento (13). Los ayuntamientos holandeses han de contar con una persona a la que puedan acudir las prostitutas con el fin de pedir asesoramiento y presentar quejas sobre la gestión del negocio.

En Alemania, donde se estima que trabajan 400.000 prostitutas (14), el 1 de enero de 2002 entró en vigor una ley impulsada por el gobierno de socialdemócratas y verdes que permite que las mujeres y hombres que se prostituyen puedan firmar contratos de trabajo, cotizar a la Seguridad Social, tener derecho al subsidio de desempleo y a la jubilación, además de poder perseguir judicialmente a la clientela que no abone lo pactado.

A pesar de reconocer que leyes de esta índole permiten a las mujeres y hombres que se prostituyen salir del oscurantismo, numerosas asociaciones de mujeres no son partidarias de este tipo de iniciativas, ya que consideran que, antes de legislar, es necesario garantizar que las personas prostitutas lo son por voluntad propia y que pueden abandonar la prostitución si así lo desean. A menudo la prostitución se ejerce bajo coacción o por necesidad, no por voluntad personal.

En la práctica, sin embargo, poco ha cambiado en Alemania. Las afiliaciones a la Seguridad Social se dan en casos aislados, fundamentalmente para no pagar impuestos. A pesar de ello, desde la Asociación Federal de Servicios Sexuales, creada tras la reforma legal, se considera que la ley es importante por reconocer derechos a las prostitutas (15).

La decisión no es sencilla y la aplicación de diferentes políticas en el plano internacional tiene repercusiones en el flujo de personas hacia uno u otro país en función de la legislación vigente. El dilema actual se centra en si la prostitución es una forma de explotación que debe ser abolida o una profesión que hay que reglamentar. En esta polémica aparecen dos tendencias. Quienes quieren erradicar la prostitución –como la Coalición no gubernamental contra la

Trata de Mujeres— y los grupos que consideran a las personas que ejercen la prostitución «trabajadoras del sexo» y defienden sus derechos. La línea divisoria entre los dos campos es la distinción entre la prostitución «libre» y la prostitución «forzada» (15).

La Plataforma de Organizaciones de Mujeres por la abolición de la prostitución y la Red de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género, con el apoyo de 70 organizaciones de mujeres más (10), entienden que no cabe equiparar la prostitución a una relación laboral, sino más bien a una forma de explotación y de violencia de género, que sólo beneficia a proxenetas y a prostituidores, al tiempo que profundiza la explotación de miles de seres humanos y representa un atentado al estatuto de igualdad y a la dignidad humana (16). En tanto otras asociaciones defienden la reglamentación (17) y que las personas implicadas tengan más voz y no se decida por ellas.

Mientras llega el consenso internacional, se hace conveniente seguir prestando el apoyo social y sanitario a las personas que ejercen la prostitución y desarrollar las leyes laborales y de acogida que pueden ofrecer alternativas.

ONG

La atención social y sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas se ha dejado en manos del sector cívico, voluntario, altruista. Las asociaciones de ciudadanos, profesionales, afectados, usuarios han tenido un papel muy importante, al desplazarse a los auténticos escenarios de la marginación, asumiendo riesgos, incomodidades e incluso una marginación frente a otros profesionales o voluntarios establecidos en estructuras no de primera línea.

Sin embargo, en determinadas circunstancias, el resultado es una extraordinaria precariedad o una progresiva empresarización de asociaciones y ONG, con pérdida de la independencia frente a las administraciones que reparten las subvenciones.

A veces, las administraciones eluden auténticas responsabilidades en materia de sanidad y servicios sociales, con subvenciones muy por debajo de lo que supondría una respuesta estructurada. Se obvian confrontaciones con sectores vecinales que no comparten la conveniencia de atender a la población marginal, ubicando la respuesta en las asociaciones de ciudadanos. Las administraciones no infrecuentemente juegan un papel ambiguo entre competencias y supeditación a los electores.

Hay que coordinar la actuación de las ONG, apoyar la elaboración de sus resultados para que sus esfuerzos vayan a parar a los trabajos prácticos y de campo y no a tareas burocráticas.

EPÍLOGO. ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN ZONAS URBANAS SOCIALMENTE DEPRIMIDAS

La falta de inversión en los países pobres ocasiona enormes éxodos que los despoja de su capital humano. Los viajes son largos, difíciles y peligrosos. La realidad en los países de destino lleva a la pobreza, marginalidad y, en ocasiones, prostitución, consumo de drogas, delincuencia y cárcel.

No hay respuestas globales. A menudo, son locales y dispares y condicionan los flujos internacionales de personas.

En tanto sigan existiendo las enormes desigualdades internacionales se seguirá dando el circuito de la marginación. Desde los países pobres, a través de grandes viajes en busca de un futuro mejor, que topa con las barreras físicas y administrativas, halla la forma de burlarlas y lleva, a menudo, a la pobreza en las comunidades de destino y, en ocasiones, al cabo de unos años, al deseo de regresar. O hay soluciones en los países de origen, o el problema se plantea en las ciudades de destino. Mendicidad, delincuencia, prostitución, tráfico y consumo de drogas, enfermedades, hospitalización, ingreso en prisiones.

Por solidaridad internacional ya no se entiende el talante progresista o altruista de algunos miembros de la sociedad. Es una exigencia que lleva a la revolución social intercontinental y se hace patente en las amplias zonas de inestabilidad y en conflictos importados.

Se hacen necesarias las respuestas de las instituciones internacionales y apoyar a los países de los que parten las personas y las zonas de recepción, que no pueden abandonarse a sus propios recursos.

Han de establecerse contactos sociales y políticos con los países de origen y transmitir evidencias en materia sanitaria y social, en particular en aspectos de prevención de las enfermedades y en cuestión de consumo de drogas no legales. Han de facilitarse los retornos voluntarios, estimulando servicios de acogida y reinserción de personas que no han hallado en otros países lo que buscaban, desean volver, se hallan en situación anímica y económica precaria y pueden tener causas judiciales pendientes.

La necesidad de hallar soluciones en los países de origen no ha de limitar el desarrollo de la atención social y sanitaria en nuestras zonas socialmente deprimidas. Los problemas de las personas en situación marginal son enormes y complejos. Se suman las dificultades de la inmigración, falta de documentación, de trabajo, de lugar donde dormir, comer, lavarse, incluso la carencia de alguien con quien conversar. Problemas legales, causas judiciales, frecuentes ingresos en prisión, distanciamiento con las familias, soledad. Enfermedades físicas y psíquicas.

Han de aumentarse las partidas sociales, en franca regresión en los últimos años. Los años ochenta aportaron un incremento del gasto social, ligado especialmente a las reformas en el sistema de pensiones y a la universalización de la educación y la sanidad. Los años noventa han albergado un debilitamiento de la acción pública en el campo social. El gasto en política social en Catalunya en 1999 era el más bajo de la Unión Europea, con excepción de Irlanda. Representaba el 17,5% del PIB, por debajo del gasto social español (19,9%), ambos distantes de la media de la Unión Europea (27,6%). La evolución relativa ha sido negativa desde 1993, cuando representaba el 21,8% del PIB (18).

En nuestro país son aún bajos los índices de inmigración. En los próximos años van a alcanzarse de forma acelerada las cotas de los países vecinos, con los problemas culturales, sanitarios y, en general, sociales que hemos visto aparecer. Hay que adecuarse a esta eventualidad y para que la población que llegue lo haga con plenos derechos y no acabe en la pobreza y la marginación.

Ha de hallarse una solución para las personas –alrededor de 400.000– que se encuentran en España en situación administrativa irregular. La repatriación forzosa conlleva muchas veces el inicio del viaje de retorno.

Una tentativa repudiable es desplazar la pobreza. *No en mi pueblo, no en mi localidad, no en mi trabajo.* Se apela a que hay otros centros, otros lugares cuando realmente, para la mayoría de los problemas sociales de marginación y pobreza, no hay un lugar adecuado.

Si entendemos que la salud es una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa (19), no queda ninguna duda de la necesidad de vincular la salud al resto de las atenciones sociales. Uno de los errores frecuentes de las políticas locales es separar los problemas sociales y sanitarios. No puede acceder a la salud una persona que no tiene casa, que todo el día se halla en la calle, sin vida privada, obligado a llevar encima sus pertenencias, con el riesgo de perderlas o

que sean sustraídas. No hay salud sin una buena alimentación, cobertura del frío y la lluvia, acceso a higiene y ropa limpia. Y no tiene mucho sentido gastar dinero en el curso de una estancia hospitalaria para devolver al paciente a su marginación y pobreza.

Una persona sin domicilio, alimentación, ni higiene correcta tiene mayor riesgo de contraer enfermedades y ante un deterioro de su salud es mayor su vulnerabilidad. Afecciones como traumatismos, fracturas, fiebre, infección respiratoria, cefalea, diarrea, tienen por principal tratamiento un reposo imposible de realizar si no se tiene domicilio.

Se ha compartimentado en exceso la asistencia. Las respuestas se han sectorizado y es difícil atender a quien no acaba de ajustarse o rebasa los programas de tuberculosis, VIH, enfermedades de transmisión sexual o que exige la respuesta a aspectos sanitarios y sociales.

UN NUEVO AIRE EN LA ATENCIÓN A LA MARGINACIÓN SOCIAL

- Respuestas internacionales.
- Apoyo a los países de origen de la inmigración y a las zonas de destino.
- Incremento del gasto social.
- Evitar políticas de desplazamiento de los problemas sociales.
- Asistencia social y sanitaria integradas.
- Contactar con las personas que ejercen la mendicidad, prostitución o consumen drogas no legales.
- Asistencia ordenada a la resolución de los problemas.
- Reconocimiento de los derechos básicos de la persona: techo, comida, higiene.
- Coordinación y refuerzo de las organizaciones que trabajan en el sector.
- Entrar en contacto con las personas que ejercen la mendicidad, prostitución o consumen drogas.
- Acceso a la documentación. Empadronamiento. Cartilla sanitaria.
- Higiene, alimentación, techo.
- Mayor protagonismo de las personas salidas de la comunidad, con antecedentes de similares problemas.
- Escuchar a los destinatarios de la asistencia.
- Debate social sobre la prostitución y alternativas sociales para quien desee abandonar su ejercicio.
- Acceso al material de prevención de enfermedades de transmisión sexual y parenteral.
- Planteamiento de nuevas políticas de disminución de daños como programas de heroína o salas de inyección higiénica.

El recurso que tienen las personas en situación socialmente deprimida es pedir dinero en las calles. En el abordaje de la mendicidad, prostitución, consumo de drogas, el primer paso es el contacto, imprescindible además para dimensionar el problema, cuantificarlo, desplazando equipos de campo allá donde se producen los hechos. El contacto ha de generar una actuación a medida de las personas, de cariz social y no policial, que abra paso a la propuesta de soluciones.

En barrios remotos, en horas en los que los servicios sociales y sanitarios habituales se hallan cerrados, se ha desarrollado la estrategia natural (20) de la asistencia ordenada a la resolución de los problemas que presenta la persona. A partir de la clásica pregunta *qué te pasa*, se estructura la respuesta y la administración de los recursos con los que se cuenta, a menudo desarrollados a partir de los contactos personales.

Muchas personas han perdido sus documentos de identidad o se han deshecho voluntariamente de ellos para evitar la extradición, al apelar que pertenecen a países en los que no hay convenio de repatriamiento. Pero esto encierra también la persistencia en la situación administrativa ilegal. Se ha de analizar la documentación existente y, si es posible, rehacerla.

El caso más sorprendente lo supone el hecho de personas que han sufrido condenas en relación a una determinada identidad y que cuando dejan el centro penitenciario no tienen ningún documento acreditativo. Es decir, su personalidad queda lo suficientemente definida para una condena, pero esto no les sirve para justificar su identidad fuera de la cárcel.

Se ha de conseguir el empadronamiento. Con empadronamiento y acreditación de la identidad es posible acceder a servicios sanitarios y algunos sociales.

En nuestro país, la asistencia sanitaria de urgencia alcanza toda la población. Sin embargo, hay que velar para que no aparezcan situaciones de discriminación a causa de la situación marginal de los pacientes, como por ejemplo que tengan mayores dificultades para el ingreso hospitalario o excesiva frecuencia de altas voluntarias.

En estas personas es muy importante el aporte de información. Ha de intentarse que no abandonen los servicios sanitarios sin concluir el acto asistencial y, en cualquier caso, entregar la máxima información, recomendando que la guarden, ya que va a ser de extraordinario interés para un siguiente médico que habrá de visitarlos con menos medios, en un entorno no hospitalario.

En el caso de consumidores de drogas hay que recordar la necesidad del tratamiento sustitutivo con derivados mórficos. No garantizarlo de forma

explícita es una de las causas más importantes para no acudir a los servicios sanitarios o abandonarlos incluso en situaciones comprometidas para la salud.

Los exámenes de salud han de contemplar las actuaciones «in situ». Además de la exploración física se ha de desarrollar la posibilidad de realizar test de tuberculina, test de embarazo, hemograma, pruebas hepáticas, detección de anticuerpos frente hepatitis B, C, VIH, serología luética. Exámenes ginecológicos con personal entrenado, citología del cuello de cérvix y determinación de virus del papiloma humano, así como saber dónde encaminar cada persona en función de los resultados (21).

En el campo de la atención social, las prestaciones suelen vincularse a cambios de conductas que no siempre están en la disposición de las personas. La sociedad ha de debatir si la ayuda social se da en función de premisas o si se generalizan sin contrapartidas la cobertura de las necesidades básicas. Hay recursos que, por ejemplo, no se brindan a consumidores de drogas.

Higiene, alimentación, lugar donde dormir son cuestiones mal resueltas en las grandes ciudades. Recientemente, la Comunidad de San Egidio en Barcelona ha presentado la primera guía en España que informa a las personas sin hogar dónde acudir para comer, dormir, lavarse o curarse. Concretamente en Barcelona hay más de 2.000 personas sin techo, mientras que sólo existen 346 puestos para este grupo de personas (22).

No es posible que nos hayamos habituado a que tantas personas duerman al raso. Se hace necesaria una política de mínimos, de reducción de daños, que pase por abrir lugares públicos, estaciones de tren, metro, polideportivos, que acojan a las personas que se encuentran en la calle y establecer en esos ámbitos un contacto con profesionales para iniciar individuales vías de actuación. Que se mantenga la situación de excepcionalidad mientras haya gente que deba vivir en la calle.

Los *Bancos de Alimentos* se presentan como instituciones sin ánimo de lucro que promueven la donación de alimentos y su distribución a los necesitados mediante la colaboración con instituciones benéficas (23). Estas actuaciones dibujan una solidaridad que entronca con el pensamiento de la población, próxima a reciclar los excedentes y optimizar recursos en alimentación, ropa, medicamentos (24) y locales vacíos. Se emplean, no obstante, las instituciones ya existentes, con lo que fuera de estas redes no llegan los alimentos. Se hace necesaria la implicación de las administraciones locales para combinar los *Bancos de Alimentos* con el transporte, almacena-

miento y entrega directa a la persona objeto de esta asistencia y con la regularidad necesaria para justificar su utilidad y que no se trate de campañas episódicas.

Es de esperar un mayor protagonismo de las personas salidas de la comunidad, que han vivido de cerca estos problemas sociales y están dispuestas a trabajar en un ámbito que conocen profundamente. Ya sea en forma de agentes de salud, mediadores culturales o comunitarios.

Hay que abrir un debate social sobre la prostitución y ofrecer alternativas a las personas que quieran dejar de ejercerla.

Se ha avanzado en la filosofía de la disminución de los daños relacionados con el consumo de drogas. Pero aún hay un largo trecho que recorrer en el acceso a material higiénico de inyección. Instituciones cerradas como hospitales, servicios de urgencias, instituciones penitenciarias no facilitan unos instrumentos que ampliamente han demostrado su efecto en la prevención de la infección por hepatitis y VIH.

El acceso a los programas de metadona sigue siendo laborioso. La metadona es un tratamiento sustitutivo como la hormona del tiroides o la insulina que se ha de seguir administrando al ingreso y alta de un hospital y en el curso de una detención policial. No ha de interrumpirse, ni debe haber demoras administrativas o por una lista de espera.

No existe una política social clara en relación con las zonas de venta y consumo de drogas. En muchas ciudades la tolerancia permite la confluencia de compradores y distribuidores. Cuando por alguna causa se limita el acceso, se crean situaciones conflictivas, al no contemplarse de forma paralela la necesidad de continuar con el consumo.

Es una cuestión delicada que exige un debate amplio, científico, riguroso, con abordaje desde diferentes perspectivas sociales. Sin embargo, no justifica el deterioro urbanístico, higiénico e incluso humano de estas zonas.

Es obvio que todas las actuaciones se han de desarrollar en el seno de la colectividad, buscando su participación, opinión y complicidad. No es un tema sencillo. Pero los mejores resultados en diversas ciudades europeas provienen siempre del trabajo con la comunidad.

Cabe intuir algunos elementos. Cabe la negociación con los distribuidores, que por algunos motivos pueden dejar de vender. Esta línea de diálogo ha de desarrollarse. La tolerancia ha de darse en un marco de información y control. No se puede dejar a los consumidores bajo la única tutela de las ONG con escasas posibilidades de maniobra y recursos logísticos, por ejemplo, sobre la

limpieza. Las administraciones han de garantizar las condiciones higiénicas y la atención sanitaria, en un entorno con alta incidencia de reacciones agudas al consumo de drogas.

La respuesta ha de ser global. No puede limitarse el problema a una sola ciudad, algunos barrios. Han de involucrarse todas las poblaciones, ya que sus ciudadanos cuando se deterioran las condiciones de vida se trasladan a concretas zonas, concretos barrios, magnificando un problema que en la proximidad social y familiar podría tener soluciones más sencillas.

Hace falta escuchar a los destinatarios de la asistencia. No sólo al iniciar o concluir un acto solemne.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Goytisolo J. «El efecto llamada». *El País*, 9-09-01
- (2) Observatorio Permanente de la Inmigración. «Extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor a 31-12-2003, según continente y nacionalidad». *Boletín estadístico número 1*. Marzo 2004. http://dgei.mir.es/es/general/BoletinEstadistico_N1_Marzo_2004.pdf. Consultado 24 de enero de 2005.
- (3) <http://www.ine.es/prensa/np321.pdf>. Consultado 24 de enero de 2005.
- (4) Gascón J. «Enfermedades infecciosas e inmigración». *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 535 - 539
- (5) http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200412/INM20041230_2.htm. Consultado 24 de enero de 2005
- (6) Fernández Miranda JJ. «Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación». *Med Clin (Barc)*. 2001 Feb 3;116:150-4.
- (7) Trujols J, José Pérez de los Cobos J. «Morbimortalidad relacionada con el uso de metadona: necesidad de su contextualización». *Med Clin (Barc)*; 2004; 122: 116 - 117
- (8) González M, Cebrián S, Nadal C, Sala L, Vall-llosera A, Delás J. «Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona». *Gac Sanit* 2003;17:255-7
- (9) http://www.penelopes.org/Espagnol/xarticle.php3?id_article=21 . Consultado 24 de enero de 2005
- (10) Ortega Dolz P. «El tabú de regular la prostitución». *El País*, 18-1-04, pg. 31.
- (11) <http://www.nodo50.org/mujeresred/holanda-prostitucion.html> Consultado 24 de enero de 2005
- (12) http://www.geocities.com/rima_web/prostitucion_alemania.html Consultado 24 de enero de 2005
- (13) Ferrer I. «El Hilo Rojo de Holanda». *El País*, 18-01-04, pg. 31.
- (14) Krauthausen C. «Mucha ley y poca práctica». *El País*, 18-01-04, pg. 31.
- (15) Amy Otchet *¿Debe legalizarse la prostitución?* http://www.unesco.org/courier/1998_12/sp/ethique/tx11.htm#e1
- (16) <http://www.mujereshoy.com/secciones/1655.shtml>
- (17) Briz C. «Ni víctimas, ni esclavas: trabajadoras del sexo». *Trabajadora* 2002, número 4, junio: 10-12 <http://www.ccoo.es/pdfs/trabajadora4.pdf>
- (18) Observatori de la pobresa i l'exclusió social a Catalunya. *La pobresa a Catalunya*. Fundació un Sol Món. Obra Social de la Caixa de Catalunya. Barcelona, 2004.
- (19) Gol J. «La salut». *Annals de Medicina*. 1977; LXIII:1025-1040.
- (20) Weed LL. «Medical records that guide and teach». *MD Computing*, 10: 100-114, March/April 1993.

(21) Ramos JM, Pastor C, Masia MM, Cascales E, Royo G, Gutiérrez-Rodero F. «Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C, infección por el VIH y sífilis». *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003 Dec;21(10):540-2.

(22) Sánchez V. «La Comunidad de San Egidio critica la falta de ayuda para los “sin techo”». *El País* 18-12-2003.

(23) http://www.carrefour.es/fundacion/actualidad/2003/rtdos_banco_alimentos03.html Consultado 24 de enero de 2005

(24) <http://www.dr-trueta.org/pres.htm>

GLOBALIZACIÓN Y ORGANISMOS INTERNACIONALES SANITARIOS

PEDRO MARSET CAMPOS*

INTRODUCCIÓN

Se puede afirmar que, de siempre, los procesos de expansión social, sean éstos de naturaleza económica, militar, política o cultural, la mayoría de las veces conjuntamente, han traído como consecuencia profundas repercusiones en el campo de la salud al modificar equilibrios biosociales anteriores e introducir, de grado o por fuerza, tanto nuevas pautas de conducta como nuevas concepciones y teorías. Es decir, han entrado en contradicción estos procesos con las estructuras y modos de funcionamiento preexistentes y han desencadenado reacciones de ajuste, asimilación o rechazo, según los casos. Por ello es comprensible que el actual proceso de globalización neoliberal, evidente y hegemónico desde 1990, y que supone, en el campo de la salud, el enfrentamiento con la dimensión pública de la atención sanitaria del Estado del Bienestar, que garantizaba el acceso y cobertura universales de los cuidados sanitarios, acarree nuevos problemas en este campo. Además, por su carácter internacional, este proceso pone en cuestión y tiende a anular las organizaciones internacionales establecidas al final de la Segunda Guerra Mundial, entre ellas la ONU y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de orientación racional, composición plural y multilateral, y encaminadas a conseguir una mayor justicia e igualdad.

La historia de la humanidad ofrece numerosos casos de este fenómeno universal. Se pueden citar como ejemplos los dramáticos cambios ocurridos con el paso del paleolítico (caza, nomadismo) al neolítico (agricultura,

* Catedrático de Historia de la Medicina. Universidad de Murcia. Ex eurodiputado de Izquierda Unida.

sedentarismo) debido a la aparición del comercio, las epidemias, la modificación de hábitos alimentarios o al incremento de la mortalidad por las guerras de conquista. En el mismo sentido estarían las repercusiones del peculiar «encuentro» entre las sociedades europeas y las de América en la Edad Moderna con el contagio mutuo de múltiples enfermedades, desde la sífilis y fiebre amarilla hasta la viruela o la tuberculosis, además de las terribles lacras de las guerras de exterminio, la aparición de la esclavitud y el tráfico de seres humanos desde África. El mismo fenómeno vuelve a suceder con la «colonización» de las Indias por parte de los ingleses, al desencadenar las pandemias de cólera en el siglo XIX. Precisamente la primera Conferencia Sanitaria Internacional se celebra en 1851, en París, motivada por las sucesivas oleadas de cólera. La reciente y actual historia de la epidemia de SIDA tiene los mismos componentes de las difíciles y conflictivas relaciones entre la sociedad desarrollada occidental y las poblaciones de África y Asia. En el mismo sentido va la polémica desencadenada en el seno de la última reunión de la Organización Mundial del Comercio en Cancún, en septiembre de 2003, al poner de relieve la negativa de los países poderosos a facilitar el acceso a precios razonablemente bajos, por parte de los países subdesarrollados, a los medicamentos contra el SIDA.

El ejemplo más claro y dramático de profundas transformaciones en el campo de la salud se da con la Revolución Industrial en el siglo XIX al acabar con la lógica anterior, agraria y semifeudal del «ancien régime» e inaugurar la dinámica capitalista, urbanizadora e industrializadora. Esta dinámica por una parte supone la entrada de la demografía en la modernidad, pero por otra introduce nuevas enfermedades, las sociales infecciosas como la tuberculosis, o las crónicas degenerativas, así como las desigualdades sociales crecientes para afrontarlas. Es posible que el hecho de mayores consecuencias de la dinámica que desencadena la Revolución Industrial sea la modificación continua de los escenarios socioeconómicos, con lo que ya no hay sitio para la búsqueda de estabilidad por parte de los colectivos sociales. La etapa última de este proceso industrializador, la actual globalizadora neoliberal, es una muestra palpable de este hecho.

A la vez que se constata este efecto ligado a los procesos de expansión, también aparecen, paralelamente, iniciativas sociales para mejorar la salud de la población como la expedición de Francisco Javier Balmis (1753-1819), de diciembre de 1803, hace ahora dos siglos, primera intervención pública mundial para la prevención de la viruela, impulsada desde el rei-

nado de Carlos IV. Hay que destacar en este sentido la enorme influencia del espíritu ilustrado, típico del siglo XVIII, con su confianza en la racionalidad, en la ciencia y en el progreso humano para solucionar las necesidades y los problemas de la sociedad. Este espíritu «moderno» está, de una u otra forma, detrás del conjunto de iniciativas que atraviesan la sociedad occidental justo hasta llegar el «posmodernismo» a partir de 1973. No es casual que bajo esta influencia intelectual, cultural, ideológica y política se configuren nuevas disciplinas científicas de profunda dimensión social como la salud pública con Johann Peter Frank, la sociología con Auguste Comte, la economía con Adam Smith. Fruto de esta nueva situación ideológica, la confluencia de la Revolución Francesa con la Revolución Industrial impulsa el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano garantizado por el Estado. También este proceso favorece el surgimiento de acciones políticas como las sindicales o las políticas alrededor del marxismo tratando de superar la sociedad capitalista. En este ambiente reformador también se dan iniciativas privadas, como la fundación de la Cruz Roja en 1863 por Henry Dunnant (1828-1920).

Algo similar se puede aducir en relación con las organizaciones internacionales dedicadas a la mejora de la salud de la población que van creándose a finales del siglo XIX y principios del XX. De hecho una de las consecuencias de las sucesivas reuniones de la Conferencia Sanitaria Internacional mencionada anteriormente fue la creación en 1907 de la Oficina Internacional de Higiene Pública, encargada no solamente de la estadística sanitaria y clasificación de enfermedades sino también de poner a punto las normas internacionales para la prevención de enfermedades contagiosas así como de la normalización (estandarización) de las sustancias biológicas. En el caso de América, la influencia positiva de la Fundación Rockefeller y de la Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health lleva a que en 1902, la propuesta hecha en México de fundar una Oficina Panamericana de Salud (OPS), se formalice a finales de ese año en Washington. La incorporación de la organización de sanidad internacional a la Liga de la Sociedad de las Naciones se da en 1919, cuando se crea ésta al acabar la Primera Guerra Mundial con el Pacto de Versalles. Lo mismo ocurre al acabar la Segunda Guerra Mundial, cuando en 1946 surge la OMS, dentro de la ONU. Vale la pena recordar que dentro de la actividad de la recientemente creada OMS, el disponer de un sistema de estadísticas sanitarias mundiales suficientemente precisas y ágiles se convierte en instrumento esencial para

llevar a cabo todo tipo de programaciones y planificaciones. Esta tarea es encomendada a un científico español, el socialista salubrista y epidemiólogo Marcelino Pascua, exiliado republicano a causa del golpe de Estado y resultado adverso de la guerra civil.

Justamente, el actual proceso de globalización neoliberal tiene mucho que ver con lo que ocurre desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Ésta había acabado, efectivamente, con la victoria frente al fascismo, gracias a la alianza entre dos poderes, el de Estados Unidos y el de la Unión Soviética, que posteriormente, desde la inflexión que le da Truman, al suceder a Roosevelt en la presidencia de este país, a la política internacional de Estados Unidos (anticomunismo, OTAN, Plan Marshall, etc.), se hacen antagónicos. El equilibrio que se establece entre ambos, paradójico equilibrio bipolar, tenso, ayuda, a la fuerza, a elaborar instituciones internacionales con varios cometidos. Las de naturaleza política y jurídica encargadas de dirimir los posibles conflictos como la ONU y su Consejo de Seguridad y el Tribunal Internacional, las económicas y financieras como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) y, en lo que nos concierne, las sanitarias, con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para los Niños (UNICEF), o la Conferencia de las Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD), entre otras.

En el campo sanitario dos hechos van a tener una impronta decisiva en la evolución del marco conceptual de la OMS, la construcción en Gran Bretaña desde 1948 del Servicio Nacional de Salud, dentro del plan Beveridge de Seguridad Social, bajo el paradigma keynesiano, y la existencia en la URSS de un sistema sanitario público eficaz, gratuito que, cuando se extiende y adopta por los sucesivos regímenes socialistas o nacionalistas recién independizados de Europa, Asia y América, muestra éxitos importantes en la disminución de la mortalidad, tanto la infantil como la debida a las enfermedades infecciosas, o en el aumento de la esperanza de vida, etc. Ambas instituciones demuestran la superioridad, eficiencia y eficacia de los principios salubristas y de planificación racional públicos aplicados e incorporados al campo de la salud en relación con las tradicionales estructuras basadas en la actuación privada y compartimentada separando la prevención, la asistencia primaria, la especializada y la hospitalaria. Esta superioridad científica, ética y social de la intervención pública solidaria lleva a la OMS a desarrollar programas mundiales de gran ambición y calado, a

través de sus Oficinas regionales en el mundo. Así tenemos el programa de erradicación de la viruela de 1967, bajo la dirección de Candau, conseguida en 1977, con el último caso en Somalia, o la Conferencia de Alma Ata (Kazajstán, URSS), en 1978, bajo la dirección de Mahler, con el objetivo de lograr «Salud para Todos en el año 2000», a través de los servicios públicos, de la atención primaria y de la participación de la población en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Hay que tener en cuenta que, al ser la OMS una organización dependiente de la ONU, tiene en su seno un reparto equilibrado de los países miembros, sobre todo entre las grandes potencias, por lo que el peso de la lógica racional y de servicios públicos procedente del bloque socialista, unido a las tendencias de sentido similar existentes en los países de Europa occidental, con Servicios Nacionales de Salud, es importante. Sin embargo, esta dinámica racional y pública entra en colisión, paulatinamente, con la desarrollada por el FMI y el BM, embarcadas en su lucha especial tanto contra el Estado del Bienestar (contra el keynesianismo) como contra el socialismo, y a favor de la primacía del mercado, del capital, del neoliberalismo. Aunque en un primer momento estos organismos financieros internacionales se establecen para ayudar económicamente a los países occidentales afectados por las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, pronto van adquiriendo objetivos más amplios abarcando con la misma perspectiva los países subdesarrollados o recientemente descolonizados.

1. SECUENCIA

El enfrentamiento entre la OMS por una parte y el FMI y el BM por la otra se ha ido fraguando a lo largo de los años, como parte de una batalla más profunda y ambiciosa, la llevada a cabo por el neoliberalismo y la mundialización. Desde la creación de este conjunto de instituciones internacionales al término de la Segunda Guerra Mundial se pueden diferenciar en esta evolución tensa y conflictiva cuatro etapas, separadas por momentos de profunda crisis.

Tenemos en **primer lugar una etapa**, la que va desde **1945 hasta 1973**, de 28 años de duración, caracterizada por la construcción del Estado del Bienestar y por la influencia de las ideas socialistas y comunistas. Se trata de una etapa de hegemonía social de las ideas de progreso. De hecho la

constitución de la ONU y de la OMS reflejan el afán de justicia y racionalidad imperantes. El final de esta etapa está marcado por la denominada «crisis fiscal del Estado» de 1973.

La **segunda etapa**, desde **1973 hasta 1990**, de 19 años de duración, es de fuerte tensión entre, por una parte, el modelo keynesiano y las ideas socialistas, y por otra el modelo e ideas neoliberales. Esta fuerte tensión termina con el triunfo del modelo neoliberal, el derrumbe del muro de Berlín y del bloque soviético. Es la etapa en la que Margaret Thatcher (1979) desarrolla en Gran Bretaña su particular agresión contra el Servicio Nacional de Salud, el más eficaz y barato de todo el mundo occidental desarrollado. A lo largo de los últimos años de esta segunda etapa se aplican, obligados por el FMI y el BM, en numerosos países del Tercer Mundo, los Planes de Ajuste Estructural (PAE), con el resultado de un dramático empobrecimiento y aumento de la morbilidad por el desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos. Es la etapa en la que la OMS, a pesar del ambiente general adverso, es capaz de revisar los fundamentos del modelo sanitario vigente, hospitalocéntrico, biomédico y medicalizado, y critica abiertamente la ausencia de relación, a partir de un cierto punto, entre el incremento de las inversiones en el sector sanitario en los países desarrollados y los indicadores de salubridad. Ello lleva a desaconsejar la importación de este modelo a los países subdesarrollados y a implantar un modelo sanitario basado en la atención primaria de salud y en la participación de la población, tal como se realiza en la Conferencia de Alma Ata en 1978.

La **tercera etapa**, que transcurre entre **1990 y 2001**, es de tan sólo 11 años de duración, pero supone la plena vigencia del modelo neoliberal, con el paulatino deterioro progresivo del Estado del Bienestar y la aplicación con mayor intensidad de los Planes de Ajuste Estructural, esta vez como doctrina oficial consagrada en Europa por el Tratado de Maastricht y en el mundo por la Organización Mundial del Comercio. Es una etapa de hegemonía economicista, monetarista. Todo se va a medir por el criterio de eficacia y eficiencia que impone el mercado. No habrá otras consideraciones. Junto con la marginación de la OMS aparecerá un discurso en su seno fundamentalmente economicista. El hecho más significativo en esta etapa, fraguado al final de la anterior en la Ronda de Uruguay del GATT, es la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1994, que se convierte en el gobierno mundial al ir incluyendo más y más aspectos en la mercantilización de la vida y del planeta, sin que se someta a ninguna instancia democrática inter-

nacional ni a los parlamentos. Llega la OMC a la voluntad de someter los servicios públicos, entre ellos la sanidad y la educación, así como el suministro de agua, y la propiedad intelectual, a los dominios del mercado, eliminando su condición de servicios públicos, garantizados por el Estado. La razón para esta agresividad parece obvia, la inversión de capitales en los sectores primario y secundario está limitada tanto en los beneficios como en su volumen mientras que el sector terciario es el que ofrece más perspectivas de crecimiento, inversión y rentabilidad, a condición de que se privaticen. El BM, que se erige en instancia internacional de actuación sanitaria, pretende suplantar a la OMS en la aprobación de estrategias para lograr mayores cotas de salud a través de la privatización de la prestación sanitaria. Precisamente uno de los puntos de desacuerdo en la V Conferencia de la OMC en Cancún en 2003 fue la del acceso a los medicamentos genéricos para combatir enfermedades graves como el SIDA o la malaria. Es sintomático el que en la segunda mitad de los noventa aparezcan crisis profundas, debidas a la hegemonía del capital financiero especulativo, que provocan desestabilizaciones como la crisis financiera mexicana de 1994-95, la crisis asiática de 1997, las rusa y brasileña de 1998, la argentina de 2000 y, por fin, la recesión en la tríada mundial, la japonesa desde 1997, la norteamericana desde 2001, y la alemana y europea desde 2003. Es en esta etapa cuando se da de forma álgida la confrontación entre la OMS y el BM y el FMI. El final de esta etapa tercera es realmente de crisis, el ataque terrorista a Nueva York y Washington el 11 de septiembre de 2001.

A partir de ese momento, **2001**, se despliega la **cuarta etapa**, la **actual**, que se caracteriza por ser paralelos el fenómeno de la máxima tensión impuesta por Estados Unidos para configurar por la fuerza un escenario internacional conveniente a sus intereses y el surgimiento y desarrollo de una resistencia y alternativa a esta pretensión, la altermundialización. Esta pretensión de imponer un modelo neoliberal, por la vía militar, imperialista, en todo el mundo (guerras de Afganistán e Iraq, control de las vías del petróleo, etc.), aparece inviable social, política y culturalmente. Esa tensión entre el neoliberalismo y la altermundialización surgida en ese mismo año de 2001 en Porto Alegre, en enero, con el Foro Social Mundial, caracteriza la actual etapa, aún en curso, en la que los fracasos de las reuniones de la OMC en Seattle (1999) y Cancún (2003) son una señal, sobre todo la última por aparecer un grupo de países, el G-22, encabezados por Brasil, China, India y Sudáfrica que, representando el 51% de la población mundial y el

75% de la población agraria del mundo, cuestiona la hegemonía occidental. Es sintomático que en diciembre del año 2000 se celebre en Bangladesh la Asamblea Popular de la Salud en la que se pone de relieve el rumbo dramático de la situación de salud en el mundo por la influencia perversa del neoliberalismo. Es en esta cuarta etapa cuando también se produce una reacción de la OMS al ataque que había sufrido en las anteriores etapas con el nuevo director, el coreano Lee Jong-wook.

Es conveniente un breve análisis, con algo más de detalle, de la evolución de este proceso desde la Segunda Guerra Mundial, indispensable para comprender la confrontación de la globalización neoliberal con la OMS.

2. LA GLOBALIZACIÓN NEOLIBERAL COMO RESULTADO DE UNA TENSA CONFRONTACIÓN DE FUERZAS

El hecho de que el actual proceso de mundialización sea evidente desde 1990, con la caída del muro de Berlín y el hundimiento de la URSS, señala una de sus principales características, el triunfo de la ofensiva neoliberal, del «libre mercado» y del «individualismo» sobre las posturas defensoras de la intervención pública y de las actuaciones colectivas, solidarias. Ello ha sido posible por la debilidad progresiva y comparativa, tanto en lo concerniente a los aspectos organizativos como a los reivindicativos e ideológicos, de las fuerzas sociales ligadas históricamente a los intereses de los trabajadores y que habían sido factor determinante tanto en las conquistas sociales del siglo XIX (Seguro Obligatorio de Enfermedad en la Alemania de Bismarck en 1883) como en las del siglo XX (sistemas de pensiones públicas, Estado del Bienestar y servicios sanitarios públicos desde 1945). Por ello, la naturaleza íntima de ese proceso no es técnica sino política.

La globalización, como no podía ser de otra forma, refleja el estado de equilibrio desigual y cambiante entre las fuerzas e intereses sociales del capital y las del trabajo. Ello explica que la consecuencia más importante de dicho proceso sea la desigualdad socioeconómica creciente. Por un lado, el PIB mundial y de los principales países aumenta año tras año, se crea riqueza, pero a la vez la diferencia entre los países ricos y los pobres, así como entre las personas más ricas y las pobres, también aumenta continuamente. Cada vez hay menos ricos pero con mayor riqueza, y cada vez hay más pobres con mayor pobreza. Año tras año el poder adquisitivo de los

salarios disminuye, el conjunto de trabajadores contratados a tiempo completo decrece aumentando el paro, mientras los beneficios de las grandes multinacionales, con sus fusiones y despidos masivos, aumenta.

La dinamización de la economía mundial en la década de los noventa bajo la égida del modelo neoliberal ha producido un crecimiento continuo de la economía mundial y de cada uno de los distintos países y bloques regionales, pero con la paradoja de desencadenar a la vez desigualdades crecientes entre los países y al interior de cada país. De tal forma que el Producto Interior Bruto mundial ha ido creciendo a un ritmo del 2,18% en los últimos quince años, y el ritmo de crecimiento del comercio mundial ha sido superior, del 5,76%, mientras, según el Informe del Desarrollo Humano de 2003, la década de los noventa fue de «desesperación». «Alrededor de 54 países son ahora más pobres que en 1990. En 21 países se ha incrementado el porcentaje de personas que pasan hambre. En otros 14 mueren más niños menores de 5 años. En 12, las matriculaciones en la escuela primaria están descendiendo. En otros 34, la esperanza de vida también ha disminuido. Pocas veces se habían producido semejantes retrocesos en las tasas de supervivencia. Otra señal de la crisis del desarrollo es que en 21 países se ha producido un descenso del Índice de Desarrollo Humano (el IDH combina el disfrutar una vida larga y saludable, recibir educación y el tener un nivel de vida digno)». Como señala el PNUD, «las tres personas más ricas tienen activos que superan el PIB acumulado de los 48 países menos adelantados. Las quince personas más ricas superan el PIB de toda el África subsahariana. Las 32 personas más ricas, el PIB de Asia meridional. Los activos de las 84 personas más ricas superan el PIB de China con 1.200 millones de habitantes». El informe de la OMS de 2003 revela esta paradoja en sus consecuencias sanitarias al apuntar el drama que supone la elevación de la tasa de mortalidad infantil, el crecimiento del SIDA y de la tuberculosis, la malaria y las fiebres tifoideas, y la distancia creciente entre países ricos y países pobres en acceso a servicios sanitarios y a medicamentos. «A nivel mundial se han logrado adelantos considerables. En 14 países africanos, sin embargo, los niveles actuales de mortalidad en la niñez son mayores que en 1990. En general, el 35% de los niños de África corren hoy mayores riesgos de muerte que hace 10 años (trastornos perinatales, infecciones de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo y la malnutrición)». «El estado de salud de los adultos a comienzos del siglo XXI se caracteriza por dos tendencias principales, una desaceleración de

los beneficios y un aumento de las desigualdades, y de una complejidad cada vez mayor de la carga de la morbilidad». «En algunas partes del África subsahariana las tasas actuales de mortalidad de adultos son mayores que hace 30 años». Posiblemente el hecho más revelador de esta evolución del modelo neoliberal sea lo ocurrido en Argentina en la década de los años noventa, al pasar de ser alumno aventajado del Fondo Monetario Internacional a la bancarrota del país con el surgimiento de mortalidad de la infancia por hambre.

La evolución de la lógica neoliberal se desarrolla, como se ha indicado, desplegando sus tres componentes: a) el desmantelamiento del Estado del Bienestar, b) el debilitamiento de las organizaciones obreras y la reducción de las conquistas salariales y sociales, y c) la libertad de flujo para los movimientos del capital, más allá de las barreras estatales, sociales y democráticas. Esta evolución, hasta alcanzar su expresión actual de mundialización, se desarrolla desde la Segunda Guerra Mundial, como hemos mencionado, en **cuatro grandes fases**.

3. PRIMERA FASE, DE 1945 A 1973, DE PROGRESO SOCIAL

La primera fase, de carácter progresista, se extiende desde 1945 hasta 1973, y se manifiesta sucesivamente con la creación en 1945 en San Francisco de las Naciones Unidas (ONU), en 1946 de la OMS, en 1947 con la creación del GATT o Acuerdos Tarifarios, en 1948 se crean el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) con los acuerdos de Bretton Woods, paradójicamente presidida la conferencia fundacional por Keynes, en 1949 se crea la OTAN y posteriormente el Pacto de Varsovia. Ese mismo año se crea dentro de la ONU la EPTA (Agencia para la ayuda técnica y económica a países subdesarrollados) que se transforma en 1966 en el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Vale la pena subrayar que no fue fácil poner en marcha el PNUD. Mientras el Plan Marshall, con sus 20.000 millones de dólares para ayudar a Europa occidental, tuvo el marco de apoyo del FMI y del BM, la ayuda a los países subdesarrollados desde las instancias de la ONU tuvo que atravesar muchas dificultades, debido a la oposición de Estados Unidos a tal idea, y al final contó con sólo 20 millones de dólares para todo el mundo. Cuando se establece, transformando la anterior Agencia Técnica, se sitúa como director

del PNUD a Paul Hoffman, anterior director del Plan Marshall. Es cierto que posteriormente la dinámica y objetivos del PNUD le imprimen carácter propio, destacando por su compromiso con las necesidades de los países subdesarrollados, enfrentándose por ello en múltiples ocasiones a las dinámicas del FMI y del BM. Debido a la creciente evidencia a lo largo de los años cincuenta y sesenta, paralelos al proceso de descolonización y auge del comercio, del desarrollo de desigualdades a causa del modelo de intercambios comerciales existentes, la ONU celebró en 1964 una Conferencia en Ginebra sobre Comercio y Desarrollo, que se institucionalizó cada cuatro años, y con un secretariado permanente, siendo el economista argentino Raul Prebisch su primer secretario general. Las iniciativas tomadas por la UNCTAD en las décadas de los sesenta y setenta fueron interesantes, como la de proponer un «Nuevo Orden Económico Internacional», así como el Sistema Generalizado de Preferencias (1968), o la de asignar el 0,7% del PIB (1970) de los países desarrollados a la ayuda a los países menos desarrollados.

Termina esta fase con la llamada «crisis fiscal del Estado (del Bienestar)», en 1973, en que a la vez desaparece la convertibilidad del dólar en oro (en 1971) establecida en Bretton Woods en 1948, para favorecer a la economía de Estados Unidos. El sentido último de esta crisis es de gran calado y de profundas consecuencias para la evolución de las políticas de intervención pública a través de servicios sociales públicos. Aparece el hecho no previsto dentro de las propuestas keynesianas de paro estructural, creciente, unido a inflación, a la vez que aumenta progresivamente el compromiso de los Estados con las políticas sociales, de prestaciones de servicios a los «Derechos Humanos de tercera generación» (a la salud, a la educación, a las pensiones, a los servicios sociales, etc.). El paro creciente, estructural, unido a la inflación, da lugar a que los ingresos fiscales se reduzcan proporcionalmente a los gastos contraídos, puesto que, entre otras cosas, la población de la tercera edad aumenta de forma progresiva, con lo que se precisan más recursos para mantener las pensiones, a la vez que esta población envejecida, que crece continuamente, hace un uso mayor de los servicios sanitarios y sociales. Era la ocasión esperada por el grupo de Von Hayeck y Milton Friedman para arremeter contra el Estado del Bienestar e iniciar la ofensiva neoliberal.

En esta primera fase se ha producido, en Europa Occidental, el ascenso de las fuerzas sociales de izquierdas, sindicales y políticas, como resultado

del esfuerzo para derrotar al fascismo. Una consecuencia de este ascenso es la construcción del Estado del Bienestar con políticas keynesianas. En las antiguas colonias se conquista paulatinamente la independencia, con regímenes de influencia socialista, como la Argelia del FLN, o la Indonesia de Sukarno, o adoptando la forma de regímenes nacionalistas de carácter progresista como en Egipto, Irán o Iraq, cuando no directamente con luchas de claro contenido socialista como en China o Vietnam. Es así mismo en este período cuando se produce la lucha del pueblo de Cuba (1959) contra la dictadura de Batista, y la represión subsiguiente en todo el continente para evitar el ejemplo cubano, llegando a la muerte del «Ché» en Bolivia en 1967.

En esta primera etapa, en el panorama internacional hay tres hechos a destacar, uno europeo y los otros dos de ámbito mundial. En Europa la creación del Mercado Común, con el Tratado de Roma, en 1957, que en la práctica se convierte en la primera respuesta de integración regional frente a la internacionalización de los procesos económicos. Por otra parte, a partir del proceso de descolonización iniciado tras la Segunda Guerra Mundial y con el alejamiento relativo de Yugoslavia de la esfera de influencia de la URSS se crea el Movimiento de Países No Alineados (MNOAL), como tercera vía entre el bloque capitalista liderado por Estados Unidos de Norteamérica y el socialista liderado por la URSS. La reunión preparatoria tuvo lugar en Bandung en 1955 y la fundación del MNOAL en Belgrado en 1961 con la presencia de 25 países. Hoy son más de 114 los países miembros del Movimiento, aunque con mucho menos relevancia e influencia internacionales. El tercer acontecimiento de trascendencia es doble y casi simultáneo, pero con el idéntico objetivo, agrupar los esfuerzos neoliberales a escala mundial. De esta forma tenemos en 1971 la convocatoria de un Foro Gerencial Europeo en la ciudad suiza de Davos, que en 1987 pasa a ser Foro Económico Mundial. Además está la creación en 1973 de la Trilateral, auspiciada por el Chase Manhattan Bank y cuyo presidente fue David Rockefeller, teniendo como ideólogo a Zbigniew Brzezinski. Esta Trilateral agrupa a los líderes económicos, sociales y políticos de los tres polos del mundo desarrollado, América del Norte (Canadá y Estados Unidos), Japón y Europa occidental, y su finalidad pergeñar un Nuevo Orden Mundial. Podemos encontrar entre sus asistentes y miembros, además de los principales bancos del mundo, a empresas como Coca-Cola, Shell, Repsol, BBVA, FIAT, Peugeot, Citröen, Boeing, IBM, Unilever, Mitsubishi, Sony, Hewlett Packard, etc.

Desde el punto de vista sanitario hay que destacar en esta primera etapa el afianzamiento del modelo público «socialista», ya de Gran Bretaña o de los países socialistas, con la integración de los tres componentes, el preventivo, el de atención primaria y el hospitalario. Sin embargo hay que señalar en esta evolución dos aspectos preocupantes. En primer lugar, la primacía que en la configuración del modelo sanitario occidental está adquiriendo la medicina hospitalaria, con todo lo que implica económica y socialmente, y que erige al hospital en el centro alrededor del cual se organiza el sistema sanitario. En segundo lugar, el progresivo afianzamiento de la pauta «industrial» asociada a la política de gastos de estos modelos, centrada en sus componentes farmacéuticos y técnico-diagnósticos o terapéuticos, con lo que implica de necesidad de renovación completa de las «existencias» cada corto número de años por la obsolescencia de los mismos.

De todas formas se está produciendo en Europa occidental un hecho de trascendencia, la adopción del modelo Beveridge británico a lo largo de esta etapa por gobiernos de izquierdas en Suecia, Finlandia, Noruega, etc., mientras siguen los de tipo Bismarck en Francia, Alemania, España, Portugal, Italia, etc. La superioridad del modelo británico se da tanto en los aspectos sanitarios como en los económicos, al implicar a la vez un menor porcentaje del PIB su financiación y mejores indicadores de salubridad. Este prestigio e influencia se puede apreciar en el hecho de que ya en la segunda etapa, la que va desde 1973 hasta 1990, de confrontación entre el modelo keynesiano y el neoliberal, en países con problemas económicos como Italia y España se adopte el modelo de servicio sanitario público tipo británico, en un caso en 1978 y en el otro en 1986.

En este marco global, el funcionamiento de la OMS se caracteriza por afianzar su estructura regional, consolidando estructuras en las diferentes regiones del mundo y por poner a punto la estrategia de eliminación de las enfermedades infecciosas, evitables con medidas de prevención o con tratamientos no dispendiosos. De todas formas la iniciativa más ambiciosa lanzada es la de erradicar la viruela.

El primer director general de la OMS fue el canadiense Brock Chisholm, entre 1948 y 1953. Sólo quiso estar un mandato, el primer quinquenio, regresando posteriormente a su trabajo en la Columbia británica. Será el segundo director general, el brasileño Marcolino Gomes Candau, el que ocupe la casi totalidad de esta primera etapa, con cuatro mandatos conse-

cutivos, hasta 1973, el que le imprima carácter progresista a la OMS y afiance su estructura regional.

El otro organismo internacional de relieve para la salud, UNICEF, se crea también en este ambiente propicio de progreso y solidaridad de la posguerra, en 1946. Al principio es sobre todo una agencia ad hoc de la ONU para ayudar a paliar el hambre y las necesidades de la infancia europea por la catástrofe de la Segunda Guerra Mundial. Su eficacia y prestigio hacen que pase a ser permanente y estable, y con mandato para todo el mundo, a partir de 1953. En 1959 se aprueba por la Asamblea de la ONU la Declaración de los Derechos de los Niños, poniendo énfasis en la necesidad de una alimentación adecuada y de una buena atención sanitaria. A los dos años, en 1961, se aprueba la Declaración de la ONU sobre el Derecho a la Educación de la Infancia. Esta trayectoria volcada en la defensa de la infancia que le imprime su primer director, el norteamericano Maurice Pate, le hace merecedor del Premio Nobel de la Paz de 1965, «por la promoción de la confraternidad entre las naciones». Le siguió en el cargo de director, desde 1965 hasta 1979, el también norteamericano Henry R. Labouisse, que previamente había trabajado en el Plan Marshall.

Hay una agencia internacional, creada en esta primera etapa, la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) de gran trascendencia y que es la más polémica en su forma de actuar. Iniciada en 1943 en Hot Springs (Virginia) con el compromiso de 44 gobiernos para desarrollar una organización internacional estable dedicada a la alimentación y la agricultura, se crea en 1945 en Quebec patrocinada por la ONU. Más tarde, en 1951, traslada su sede a Roma. Es significativo que su primer director, el prestigioso nutricionista escocés Sir John Boyd Orr, dimitiera en 1948 cansado de la insuficiencia de fondos para paliar los problemas mundiales y por la negativa norteamericana e inglesa a establecer un Consejo Mundial de la Alimentación. Cuando recibe el Premio Nobel de la Paz en 1948 cede su importe al Movimiento por un Gobierno Federal Mundial y al Consejo Nacional de la Paz de su país. La actuación polémica que revela la ideología subyacente es la de los años sesenta, siendo director B.R. Sen, de la «Revolución Verde» aplicada a la India y exportada posteriormente a otros países, de intentar aumentar la productividad de las tierras cultivadas con la intensificación de la agricultura a base de la combinación de uso intensivo de semillas, maquinaria, insecticidas, pesticidas, uso incrementado del agua y sobre todo incorporación de la masa de agricultores a la concesión de créditos, con lo que se inicia el camino

de privatización del sistema agrario, en sociedades previamente estables y autosuficientes. Esta experiencia fue llevada a cabo con la colaboración del Banco Mundial y la agencia norteamericana USAID. Resulta claro que los suministradores de todos estos ingredientes proceden de Estados Unidos, con lo que se garantiza el control subsiguiente de estas iniciativas. Se califican estas «Revoluciones Verdes» de fracasos en las tres dimensiones. Fracaso económico al producir hundimientos y comportamientos erráticos de las rentas agrarias, terminando por dar un cuadro en el que las desigualdades y las necesidades alimentarias son más urgentes. Fracaso social al no poder fijar la población en el ámbito rural desencadenando éxodos masivos. Medioambiental al no incluir la conservación del medio ambiente entre sus objetivos. Lo peor de esta influencia perversa de la FAO es que inicia un comportamiento en todo el mundo caracterizado por aumentar en cada continente la cantidad de tierras dedicadas a la exportación y no a la autosuficiencia. Está servido el drama del hambre en el mundo. Paradójicamente, el estadounidense Norman Borlaug fue galardonado con el Premio Nobel de la Paz en 1970 precisamente por haber puesto en marcha la «Revolución Verde». Entre sus múltiples actividades está el haber trabajado en la Fundación Du Pont de Nemours dedicada a la fabricación de bactericidas y fungicidas. También trabaja en la elaboración de trigo transgénico. Las consecuencias de este comportamiento llegan hasta nuestros días. Por una parte se desarrolla el mercado de las semillas y resto de componentes controlados por las compañías multinacionales, se inicia el problema del control de las masas de agua y su privatización, se desarrolla la incorporación del campo del Tercer Mundo a los procesos de privatización, desmantelando los «monopolios» estatales que ayudan a la agricultura, y estimulando la inversión privada, y se extiende el poder de las multinacionales de la alimentación al incorporar más y más terrenos al cultivo para la exportación a los países consumidores a través de sus redes de grandes superficies.

El final de esta fase primera, 1973, es de clara confrontación, muestra la algidez de la lucha con hechos como el golpe de Estado en Chile asesinando a Salvador Allende para así evitar el proceso de avance democrático hacia el socialismo, y aplicar las normas de la Escuela de Chicago de Milton Friedman.

Este ambiente de gran confrontación interna e internacional que se vive a lo largo de esta primera fase posee dentro de sí un fenómeno importante de señalar, **la disminución progresiva de la conciencia de clase**. Se van abandonando los objetivos de luchar por otro tipo de sociedad para adap-

tarse a las conductas y estilos de vida que va imponiendo la sociedad de consumo, dentro de la lucha por mejoras salariales y sociales a satisfacer por el Estado. Precisamente la llamada crisis fiscal del Estado pone en cuestión, desde el punto de vista de la lógica del capital, el que se pueda seguir por la senda keynesiana, puesto que el empresariado no está dispuesto a seguir por el camino de más prestaciones sociales (más impuestos) a la vez que más subidas salariales. Este marco general europeo de ausencia de perspectiva transformadora sirve para comprender la conducta seguida ante el mayo francés de 1968 por parte de las fuerzas sociales y políticas tradicionales de la izquierda, al surgir una voluntad de cambio en el seno de la juventud y de la clase obrera. Una muestra de la potencialidad de este impulso «revolucionario» europeo occidental la tenemos en la gran cantidad de reflexiones, estudios y propuestas que en torno a la medicina, los sistemas sanitarios, y de forma significativa, en torno a la psiquiatría, con su énfasis en la «enajenación» de la sociedad capitalista, se dieron a lo largo de esos años sesenta y setenta. El repliegue ulterior hacia posturas tradicionales frente a las exigencias de la juventud marcará el inicio de un declinar progresivo de las fuerzas sociales y políticas de la izquierda, y por ello dará lugar a un resistencialismo ineficaz cuando se produzca el ataque al Estado del Bienestar.

Esta fase primera es crucial porque es en la que se decide la trayectoria ulterior de las fuerzas de progreso. La conquista paulatina de derechos sociales y beneficios por parte de los trabajadores en Occidente se convierte a los ojos de las fuerzas capitalistas, sobre todo norteamericanas, en un «mal ejemplo» para los trabajadores del resto del mundo capitalista y por otra en una dificultad para la obtención de plusvalía para el capital invertido en Europa occidental. Por ello se da la ofensiva a partir de 1973, en la segunda fase, en dos frentes, el europeo debilitando a los trabajadores (salarialmente, laboralmente y en prestaciones públicas), y el internacional frenando los movimientos de liberación del Tercer Mundo y presionando al bloque socialista.

4. SEGUNDA FASE, DE 1973 A 1990, DE PRESIÓN CRECIENTE NEOLIBERAL

La segunda fase se extiende desde 1973 hasta 1990, es de **intensificación en la presión del capitalismo neoliberal contra las fuerzas de progreso en el mundo occidental** y de máxima confrontación de éste con el

bloque socialista a través de la carrera armamentista. De forma paralela y simétrica a esta presión progresa el debilitamiento de la conciencia de clase entre las fuerzas sindicales y políticas de Europa occidental. Por una parte, se despliega como ya se ha dicho la ofensiva neoliberal, empezando por el país occidental con más tradición de lucha obrera, la Gran Bretaña de Margaret Thatcher (1979-90), al atacar los dos pilares del modelo laborista, el Servicio Nacional de Salud y los sindicatos. Por otra parte, la socialdemocracia da una respuesta para el nuevo escenario que depara la crisis fiscal del Estado del Bienestar a base de querer combinar la lógica neoliberal reductora de las conquistas públicas con las demandas sociales de los más necesitados. Las distintas ediciones de esta fórmula socialdemócrata, que más tarde será conocida como la «Tercera Vía» de Tony Blair y de Gerhard Schröder, se saldan siempre con fracasos, que llevan dentro del sistema democrático a que la mayoría de la ciudadanía opte por posturas de derechas o populistas.

La naturaleza del reto lanzado por la crisis fiscal del Estado es de envergadura. Supone un giro de 180 grados en la trayectoria del keynesianismo al concluir que no son factibles tales políticas por haber terminado la posibilidad de seguir financiando el incremento de las prestaciones públicas de cualquier tipo a partir de unos presupuestos públicos en retroceso comparativo por la disminución proporcional de la recaudación por el paro estructural unido al envejecimiento de la población. Se impone por tanto, según esta lógica, la política de recorte de los gastos públicos como la única posible. Por ello se echa mano de reducir todos y cada uno de los capítulos que configuran el gasto público para, en teoría, cuadrar los ingresos y los gastos. Este abanico de medidas va desde la privatización de las empresas públicas con la finalidad de aumentar, momentáneamente, los ingresos del Estado, hasta la congelación de plantillas o la contención y reducción de las pensiones públicas, pasando por la reducción de los servicios públicos de todo tipo. Un ejemplo cercano del impacto desencadenado lo tenemos en nuestro país cuando se aprueba, al final del primer gobierno del PSOE (1982-86), la Ley de Sanidad de 1986 por la que se instituye el Sistema Nacional de Salud, a imitación del británico, universal y gratuito en el momento de uso y basado en el modelo de Alma Ata de Atención Primaria de Salud. Esta aplicación se lleva a cabo con presupuestos congelados y hasta reducidos en relación con los de los años anteriores.

Por otra parte, la izquierda revolucionaria de signo comunista o similar

tampoco ofrece alternativas viables al reto planteado por la crisis fiscal del Estado. A principios de esta etapa, 1973-1977, inicia una parte significativa de la izquierda comunista europea una propuesta modernizadora alternativa para la Europa del Mercado Común, el eurocomunismo, entre los partidos comunistas de Italia, Francia y España, pero fracasa en su intento de atraer la atención de las bases obreras. De hecho, cuando en algún país como Francia llega a gobernar una coalición de la izquierda plural (gobierno Mitterrand con el PCF entre 1981 y 1984) fracasa también tal coalición, al «tener» que llevar adelante una política impopular de privatizaciones.

El resultado global de este dilema es lo que se conoce como el **posmodernismo**, dando a entender que ya no es posible mantener una confianza en la racionalidad del progreso indefinido de los crecimientos en riqueza, productividad y beneficios, que daban cobijo a las políticas de pleno empleo y de servicios sociales y públicos, y ampliaba la gama de derechos humanos asegurados por el Estado. La quiebra del proyecto modernizador de la Ilustración, basado en la razón, la igualdad, la libertad y la solidaridad, tiene consecuencias profundas. De esta forma se va instaurando la conciencia de inevitabilidad de un modelo, el neoliberal, que, a través de sus tres expresiones, la económica, la política y la cultural, aparece como el único posible (pensamiento único).

El núcleo económico neoliberal se puede esquematizar, didácticamente, en la aplicación de la política de las tres **des** por la que se va eliminando toda intervención pública social, para ser la dinámica del mercado, con sus ofertas y demandas, las que regulen todo el conjunto del funcionamiento económico. **La primera d**, la **reducción del déficit público**, a través de adelgazar la participación del Estado en toda la actividad económica, sobre todo con el recorte de las prestaciones públicas, sociales, sanitarias y educativas, la privatización de las empresas públicas, y sobre todo el recorte de las pensiones públicas, reorientándolas hacia las pensiones privadas, los fondos de pensiones voluntarias, unidas a los seguros voluntarios de salud. **La segunda d**, la **desregulación laboral**, que persigue una reducción drástica de la masa salarial, a base de acometer varias orientaciones, trabajo eventual, trabajo precario, trabajo sumergido, debilitamiento sindical, enfrentamiento de los trabajadores entre sí, utilizando tanto las diferencias entre unas regiones y otras en virtud de las diferencias existentes, o los flujos migratorios sin documentación. **La tercera d** hace referencia a la **deslocalización del capital**, y es con toda probabilidad la

más significativa, al eliminar la soberanía del Estado en el control e imposición sobre los beneficios obtenidos en la actividad económica. Ello produce el fenómeno más característico del flujo incontrolado de los capitales hacia los ámbitos donde pueden encontrar más perspectivas de beneficios. Ello se puede dar por existir tanto menos imposiciones y gravámenes como por darse mayor baratura de la mano de obra, ya sea por atraso o sobre todo por la presencia de semidictaduras que mantienen situaciones de casi esclavitud a los trabajadores. Este fenómeno está tanto en la base de la aparición de los «tigres del sudeste asiático» como en la posterior formación de las burbujas financieras, al estimular el capital financiero especulativo por encima del capital estable productivo. Con estas tres **des** se garantiza que la soberanía popular se reduzca a favor de la hegemonía del mercado, de la competitividad.

La centralidad de estos tres aspectos no nos debe hacer olvidar otros dos componentes «económicos» de esta fase de gran relevancia. Por una parte se instaaura la innovación tecnológica como un hecho presente y creciente, que hace desaparecer el modelo fordista de trabajo estable y de grandes concentraciones obreras por otro flexible y disperso, más aislado, individualista. Por otra la superación del Estado en cuanto regulador de los procesos económicos exige una instancia superior, supraestatal, pero sin el sometimiento al control gubernamental o parlamentario, la Organización Mundial del Comercio.

El desarrollo paulatino de este modelo económico tiene consecuencias de gran calado político. Al erigirse como único modelo es llevado a la práctica por los partidos mayoritarios cuando ganan las elecciones, siendo escasa la diferencia entre los de derechas y liberales o los de izquierdas. Se podrá tener mayor o menor sensibilidad social en las declaraciones programáticas de los partidos mayoritarios, pero el núcleo duro es el mismo. De ahí que se produzca una desvalorización de la política que también tiene sus consecuencias. Se puede resumir en una tríada de las tres **efes** esta situación. Por una parte hace falta un **Estado fuerte** que garantice el protagonismo del mercado en el funcionamiento económico, por encima de cualquier intervención pública planificada y racional. No es menos Estado, sino un Estado más fuerte a favor del mercado con su hipotética «libertad» de oferta y demanda. Dentro de ese mercado, el **capital financiero se erige en protagonista** dejando en un segundo lugar el ejercicio de la democracia, que va perdiendo interés al disminuir el control de la soberanía popular

sobre los movimientos de este capital financiero. En tercer lugar, **la función de los partidos políticos se desvaloriza**, se desprestigia, haciendo aparecer la democracia como algo inútil al conjunto de la ciudadanía. Deja de tener interés toda propuesta basada en la participación ciudadana. La aplicación progresiva del modelo neoliberal lleva a una lenta pero persistente degradación de las condiciones de vida que la alternancia política no consigue remediar. Desaparece del horizonte político de la inmensa mayoría de la población la posibilidad e incluso la necesidad de una alternativa radical al modelo imperante. Se llega a aceptar que no hay progreso posible. Sólo se logra recuperar algo de interés cuando, por el contrario, aparecen ofertas políticas basadas en el nacionalismo, en el populismo o en el racismo y la xenofobia, y no en la racionalidad, la solidaridad o la planificación.

Pero es posible que las peores consecuencias de la puesta en marcha del modelo neoliberal sean las que acontecen en el ámbito cultural, ideológico. Toda una forma de ver el mundo basada en los valores de la modernidad, en la confianza de la ciencia y de la razón, así como en el impulso beneficioso de la lucha por la igualdad, la democracia, la solidaridad, se va agrietando, se desmorona. Ya no está presente la confianza en un mundo mejor para el futuro. De forma esquemática se pueden resumir en el núcleo de las tres **ces** estas consecuencias. En primer lugar tenemos la erección de la **competitividad** como valor máximo, individual, de grupo, en el trabajo, empresarial, social, nacional. La conducta que fomenta este principio de la competencia y competitividad es de un individualismo creciente. Se desprende como axioma casi único y desde luego el más importante para el funcionamiento de la economía y por lo tanto de la sociedad en su conjunto, comprendidos sus individuos. Se individualiza la posibilidad de victoria a costa de lo que sea, así como también se individualiza la culpabilidad y responsabilidad de toda situación adversa, económica, social, sanitaria, etc. Se restaura con todas sus consecuencias un neodarwinismo social y cultural degradante y demoleedor. Sólo es posible la consecución de felicidad a través del **consumismo**, continuo y creciente, insaciable. La conjunción de estas condiciones lleva casi inevitablemente al **conflicto**, a la agresividad y a la violencia. La «ley de la selva» impera por doquier. No es casual el recurso último a la guerra por parte de Bush. Es un componente imprescindible de la dirección de este modelo de sociedad.

Aunque esta segunda etapa termina en 1990 con el hundimiento del bloque socialista de la URSS, en realidad para la Unión Europea se puede situar

su final simbólico en 1992 con la aprobación del Tratado de Maastricht como respuesta europea neoliberal a la globalización, con los ingredientes señalados, y con la aceptación de este modelo por las fuerzas sociales, políticas y sindicales de progreso, excepto las de orientación comunista. De hecho los famosos cinco criterios para los Planes de Convergencia instaurados en Maastricht para la adopción de la moneda única en 2001 son una réplica de lo dicho sobre el núcleo del neoliberalismo: 1º) déficit público inferior al 3% del PIB, y tendente a cero e incluso al superávit; 2º) tasa de interés inferior al 1,5% de la media de los tres países con menor tasa de interés; 3º) deuda pública inferior al 60% del PIB; 4º) inflación inferior al 2% de los tres países con menor inflación; y 5º) mantenimiento de la moneda nacional dentro de la banda del Sistema Monetario Europeo (SME) durante dos años sin devaluaciones. Estos criterios perduran tras la entrada en vigor del euro, excepto el último, lógicamente, bajo la forma de Pacto de Estabilidad.

También en esta fase la actuación del FMI se caracteriza por llevar hasta sus últimas consecuencias el impulso del modelo neoliberal con los llamados Planes de Ajuste Estructural (PAE) que llevan al desmantelamiento de los servicios públicos, bajada de salarios y consolidación e incremento de la deuda externa, con el consiguiente empobrecimiento de la población y aparición de nuevas enfermedades y epidemias. Esta presión se ejerce sobre todo en dos frentes de forma selectiva, el conjunto de países del bloque socialista y los países del Tercer Mundo. Un resultado concreto de esta política del FMI lo observamos en los países del Este europeo, en el descenso en los indicadores de salud así como en el estancamiento de sus economías. Algo parecido ocurre en los últimos años ochenta en los países del Tercer Mundo, en que los principales indicadores de salud también descienden de forma alarmante.

Es cierto que no se puede establecer una relación causal directa entre la aplicación de estos Planes de Ajuste Estructural (PAE) en el Tercer Mundo, sobre todo en África, y la aparición del SIDA, pero la coincidencia en el tiempo del desarrollo de los primeros casos predecesores del SIDA en países africanos y el empeoramiento de las condiciones de vida a lo largo de los decenios setenta y ochenta así lo sugiere. La tensión máxima sufrida por los países africanos en esta etapa del final de la descolonización y combate frontal a las tendencias socializantes lleva tanto a conflictos continuos que los desangran como al desarrollo de estos PAE impuestos por el FMI y el

BM. La relación entre algunos de estos países africanos y Haití y el recurso a las extracciones remuneradas de sangre en este paupérrimo país para suministrar productos hemáticos a los hospitales norteamericanos lleva a la aparición de los primeros casos en Los Ángeles en 1980. La OMS toma rápidamente cartas en esta grave epidemia. De esta forma, en 1985 se lleva a cabo la primera Conferencia Mundial de la OMS contra el SIDA, en Atlanta, cuando hay 22.000 casos en Estados Unidos, con 12.500 fallecidos y otros 20.000 en el resto del mundo. Hay que recordar que no es hasta este año cuando el presidente de Estados Unidos se refiere por primera vez al SIDA en público. En 1987 se aprueba por la OMS el Programa Global contra el SIDA. Al terminar el decenio, en 1990, ya hay 254.000 casos en todo el mundo, y Reagan pide perdón por no haberle dado importancia a esta epidemia en su mandato.

En medio de este panorama tan tenso y de confrontación es de destacar el enorme valor del director general de la OMS de este período, el danés Halfdan Mahler. Con una amplia experiencia en la OMS en la que ingresó en 1951, estuvo tres mandatos consecutivos, desde 1973 hasta 1988, la casi totalidad de la segunda etapa, y es bajo su mandato cuando se consigue por una parte la erradicación mundial de la viruela en 1977, el éxito más clamoroso de la OMS, y por otra se lanza el plan más ambicioso de la OMS, bajo el lema «Salud para Todos en el año 2000». Su experiencia mundial le convierte en una persona extremadamente sensible a las desigualdades y a la pobreza que el modelo económico global desencadena. Conecta a través de su expresión «la salud es política» con el espíritu de los grandes médicos progresistas del siglo XIX, como el socialista Rudolph Virchow, cuando afirmó en 1848 que «la política es la medicina aplicada a gran escala». La preparación de la XXX Asamblea de la OMS, en la que se aprueba este plan ambicioso, es la antesala para su concreción en la Conferencia de Alma Ata, que se desarrolla en 1978, en donde se llega a la formulación explícita de estrategias globales para alcanzar la Salud para Todos en el año 2000 a través de esquemas públicos, con participación de la población, y orientación centrada en la salud pública y en la prevención, más que en atender exclusivamente a las enfermedades. Es decir, a través de la Atención Primaria de Salud en lugar de la orientación prevaleciente hasta esos momentos hospitalocéntrica y medicalizada. Se considera a Mahler como el «padre de la Atención Primaria», como la fórmula mediante la cual todos los países pueden conseguir logros espectaculares

en la erradicación de las enfermedades y en involucrar a la población de forma participativa en ello no a través de grandes inversiones tecnológicas ni grandes sumas de dinero, sino por medio de mecanismos integrados de atención sanitaria. También Mahler tuvo el valor de defender, frente a los intereses de las grandes compañías farmacéuticas, la importancia de los medicamentos genéricos, esenciales, como forma de abaratar su adquisición y así ayudar a los sistemas sanitarios de todo el mundo. Tiene la valentía de señalar la OMS cómo, a partir de un cierto volumen de gastos en proporción del PIB dedicados a la atención sanitaria, los indicadores sanitarios no siguen la mejora en la misma proporción. Hay que tener en cuenta que los nuevos países independientes (antiguas colonias), de orientación progresista, adoptan asimismo esquemas de atención sanitaria de corte público semejante al británico. Poco a poco se va produciendo una revisión progresista del modelo occidental hospitalocéntrico que pretende hacer descansar en el nivel primario, donde se integra la promoción, la prevención y la curación, el centro del sistema sanitario. La culminación de este proceso de la OMS de revisión conceptual de los fundamentos hospitalocéntricos y biomédicos del modelo sanitario vigente se hace a lo largo de este período con una actividad muy eficaz de las oficinas regionales de la OMS, entre ellas la europea, a cuyo frente para esta materia está el Dr. Hannu Vuori.

Era tal el miedo de las grandes compañías y corporaciones de seguros voluntarios y de las multinacionales que a partir de esa Asamblea de la OMS y de la Conferencia de Alma Ata se desata una guerra sin cuartel contra ambas iniciativas, la de Salud para Todos en el año 2000 y la de la Atención Primaria de Salud. No es casual que Mahler expresara públicamente que «ningún país había hecho más por el objetivo de Salud para Todos en el año 2000 que Cuba».

De forma parecida la evolución de UNICEF en esta etapa se caracteriza por una progresión de compromisos internacionales crecientes con la infancia del mundo. De esta forma se consigue en 1979 la proclamación del «Año Internacional del Niño». El nuevo director, el norteamericano James P. Grant, extiende su mandato entre 1980 y 1995. Toma alguna iniciativa problemática, como la de 1981 al aprobar un código sobre la lactancia materna ante el descenso alarmante de la misma por el que se comercializan sucedáneos de esta leche, cuando justamente la OMS está haciendo énfasis en la promoción de la lactancia materna porque suministra inmuni-

dad suficiente contra muchas enfermedades. En 1982 emprende una lucha a gran escala para salvar a los niños amenazados de deshidratación, diarreas e infecciones gastrointestinales. Algo parecido ocurre con las propuestas hechas para la rehidratación al favorecer a empresas comerciales que finalmente encarecen las iniciativas y las tergiversan. En 1987, ante las negativas consecuencias de la aplicación por parte del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional de los Planes de Ajuste Estructural (PAE), sobre todo en la infancia y en las mujeres, al reducir drásticamente los presupuestos públicos dedicados a la atención sanitaria, UNICEF lleva a cabo un estudio específico para evaluar tal daño y proponer medidas. En 1989 se celebra la Convención de los Derechos de la Infancia y en 1990, la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

La tercera agencia en cuestión, la FAO, tiene como director a una persona de lo más polémica, el libanés Edouard Saouma. Ligado éste a los intereses armamentísticos y agrarios, se caracterizó por llevar 18 años, desde 1976 hasta 1993, todo el período segundo, las riendas de esta organización de forma férrea promocionando «revoluciones verdes» de intensificación de los cultivos agrarios, favoreciendo el uso indiscriminado de los pesticidas y el proceso de privatización y penetración de las multinacionales de la alimentación en todo el mundo. A su vez, es a lo largo de este mandato cuando se desarrolla la política de uso extensivo e intensivo de semillas transgénicas en todo el mundo, bajo control de Estados Unidos y el soporte del Banco Mundial. Se desarrolla todo el soporte ideológico de la urgencia en el uso de los organismos genéticamente modificados para poder «salvar» a millones de personas del hambre gracias a estos recursos. Con ello se esconde el fondo del problema, la naturaleza política y social de la causa para este panorama creciente de hambre y pobreza.

5. TERCERA FASE, DE 1990 A 2001, DE HEGEMONÍA DEL NEOLIBERALISMO

La tercera fase, desde 1990 hasta el 11 de septiembre de 2001, se inicia en el trienio 1990-92, en el que se derrumba el muro de Berlín así como todo el bloque socialista de la URSS y países de Europa del Este. En esta etapa aparece no solamente el pensamiento único, sino que se da la hegemonía indiscutida del neoliberalismo, con la plena expresión de la mundialización en

todos los frentes. Se crean respuestas regionales para acomodarse a este fenómeno, como la Unión Europea con el Tratado de Maastricht de 1992, Mercosur con el Tratado de Asunción de 1991, el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, México y Canadá firmado en 1992 y en vigor desde 1994, el auge de China, y que llega a la propuesta de ALCA hecha en Quebec en abril de 2001, para crear la zona de libre comercio en todo el continente americano bajo la hegemonía de Estados Unidos, a partir de 2005. Lo más grave de esta dinámica de integración regional es que, al obedecer a las reglas y lógica del mercado, no se acompaña de ningún control plenamente democrático del mismo. Manda la dinámica económica y no la política. Se excluye de la competencia de los parlamentos nacionales, y a veces de los propios gobiernos, las partes más comprometidas, polémicas y conflictivas de estos procesos. En el mejor de los casos, cuando se puede intervenir sólo es para la ratificación de los acuerdos, pero no para su modificación o rectificación.

De esta forma la plena expresión de la mundialización la comprobamos con la creación de entidades fuera del control democrático parlamentario y en donde las multinacionales se convierten en la práctica en las estructuras que dominan los designios del mundo. Así se puede entender la puesta en marcha de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en 1995 al transformar el anterior GATT, con la pretensión de aprobar el AMI (Acuerdo Multilateral de Inversiones), que se frustra gracias a la oposición de las fuerzas de progreso de Europa, las reuniones del G7 y del Club de París, y la continuación de las reuniones anuales del Foro Mundial de Davos (Suiza), o el nuevo protagonismo de la OCDE, la consolidación del Comité de Basilea para la supervisión bancaria, la IOSCO (International Organization of Securities Commissions) para los títulos obligatorios, la ISMA (International Securities Market Association), la ISO (Industrial Standard Organization), o directamente empresas multinacionales de ámbito mundial como Price Waterhouse, Peat and Marwick, Ernst and Young o Arthur Andersen.

El incremento de las contradicciones y tensiones en todo el mundo a consecuencia del proceso de globalización de esta tercera fase es alarmante y golpea la conciencia de millones de personas, desde Argentina, Chile, Ecuador o Colombia y México hasta Indonesia, India o Corea, pasando por Rusia, Ucrania, o los diferentes países de África. El que el ataque terrorista del 11 de septiembre de 2001 tenga rostro fundamentalista islámico frente al poder económico y militar norteamericano, igual de fundamentalista en sus postulados y actuaciones, señala por una parte la ausencia de una res-

puesta global, eficaz, que pueda desde las alternativas de progreso, democráticas y racionales, incorporar a masas crecientes de la población en la construcción de otro mundo posible, y por otra indica la impotencia y rabia que se incubaba en parte importante de la población mundial que se siente frustrada y humillada por «Occidente».

Es en esta etapa cuando se produce la hegemonía de las instancias internacionales económicas y financieras y las de la salud privada en detrimento de la OMS. No es casual que justamente en esta etapa, la de los años noventa, sea director general de la OMS la persona más débil y cuestionada, la más sumisa a las presiones de Estados Unidos y que condujo la OMS a un gran desprestigio, el japonés Hiroshi Nakajima, entre 1988 y 1998. Abandonó la línea abierta por Mahler para conseguir Salud para Todos en el año 2000, debilitó el énfasis en la Atención Primaria y en los sistemas públicos, desdibujó las prioridades en materia de salud, llevó un liderazgo caracterizado por la indecisión, supuso la incompetencia financiera de la OMS. Se puede decir que cuando más tenía que prevalecer la influencia positiva de la OMS para hacer frente a las consecuencias del proceso globalizador neoliberal, peor se condujo esta instancia internacional, permitiendo por ello que ocupase su lugar el Banco Mundial con sus programas privatizadores.

En este proceso de mundialización se pueden señalar cinco componentes como sus elementos esenciales y que poseen consecuencias directas sobre la salud y los sistemas sanitarios, así como sobre las instancias internacionales sanitarias. Estos son: 1°) su naturaleza socioeconómica, 2°) su expresión política, neoliberal, antiprogresista, 3°) su vertiente militar, 4°) su traducción ideológica, y 5°) la centralidad de las nuevas tecnologías.

1°) Su naturaleza socioeconómica de ámbito mundial (planetarización), por la que el neoliberalismo capitalista pretende aumentar sus beneficios a costa de:

a) Una bajada o contención de los salarios de los trabajadores tanto en el mundo desarrollado como en los pueblos del Tercer Mundo con un esquema clásico de explotación, con un incremento de las desigualdades mundiales, de la pobreza y de la miseria en amplias capas de la población. Todo ello desencadena una nueva etapa de incremento de la morbilidad y en algunas zonas de la mortalidad, y sobre todo la aparición de nuevas enfermedades o nuevos focos de contagio. A su vez este fenómeno se agrava al tomar en consideración dos hechos, los nuevos flujos migratorios que esta desigualdad desencadena y las corrientes turísticas incesantes que

llevan a convertir en universales enfermedades anteriormente reclusas en sus zonas, como las tropicales. En esta carrera por bajar el coste de la masa salarial tiene un especial lugar el tratamiento que reciben las mujeres. En contra de la tendencia desarrollada desde mitad de siglo de conquistar mayores derechos e igualdad con la situación de los hombres, el proceso de globalización neoliberal lleva a que se produzca una discriminación creciente, laboral y social, llegando incluso a constituir en el ámbito de la trata de blancas una de las lacras de nuestra sociedad.

b) La carrera de la competitividad a través de todo tipo de recursos. Por una parte mediante el incremento de la productividad por hora trabajada a través tanto de la aplicación de innovaciones tecnológicas como de nuevas formas de organización posfordistas. Esto lleva al aumento de la precariedad laboral con ritmos de trabajo y condiciones frágiles, con el consiguiente aumento de la siniestralidad laboral, estrés, anomia y susceptibilidad aumentada a nuevos tipos de enfermedad. Por otra se recurre al trabajo infantil para aumentar los beneficios así como a condiciones de semiesclavitud en parte de la mano de obra, sobre todo las mujeres.

Hay todo un capítulo en esta carrera hacia la competitividad que, ligado a los mecanismos de liberalización comercial propios de la globalización neoliberal, merece especial atención en el campo de la salud, es el que se refiere a la necesidad de incrementar la productividad de alimentos a precios cada vez más competitivos, con lo que las garantías alimentarias se debilitan. Esto ocurrió de forma grave en la Unión Europea cuando a finales de los años ochenta se detectaron en Gran Bretaña los primeros casos de «vacas locas» o encefalitis espongiforme bovina, con repercusiones en la especie humana a través de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Pasa rápidamente, en los primeros años noventa, a la UE a causa de la liberalización en marcha y, todo hay que decirlo, la decisión «política» de la Comisión y Consejo Europeos, a pesar de los consejos adversos de los expertos veterinarios, de dar prioridad al proceso de liberalización en marcha antes que a las preocupaciones sanitarias. Esta enfermedad se desencadena por el afán de producir mayores volúmenes de carne a precios más bajos. Para ello se prescinde del proceso clásico de cría del ganado vacuno con su pastoreo y se le suministra piensos «animales» a base de desechos de reses, con la consiguiente incorporación de sustancias proteicas. Con el fin de reducir los costes se rebajan las condiciones de seguridad en estos procesos (temperatura, tiempo de exposición, etc.), y los priones portadores pasan a la cadena

alimentaria. La necesidad de disponer de piensos o harinas cárnicas o con proteínas, para poder incrementar la producción de carne, lleva al uso de piensos procedentes de derivados de los peces, con la creación de piscifactorías o la pesca a gran escala de todo tipo de especies para estas finalidades. El incremento de la contaminación en los mares del norte, que es donde florece esta actividad, conduce a que en la ingesta media de un europeo consumamos un 15% más productos tóxicos por esta razón. Una parte de estos productos son las dioxinas.

Un fenómeno similar se da a finales de los años noventa, en 1999, en Bélgica, y más tarde en toda la UE con el caso de «los pollos con dioxinas». Se descubre la contaminación de una fábrica de piensos destinados a la cría de pollos en Bélgica, a causa de la cercanía de plantas de residuos sólidos con estas sustancias cancerígenas. La alarma causada es enorme y pone en cuestión otra vez los mecanismos de producción y garantía alimentarias amenazados por las consideraciones de la liberalización de los mercados.

El ejemplo más clarificador de esta influencia de la carrera de la competitividad lo tenemos con los llamados Acuerdos Blair House, de 1992, entre Estados Unidos y la Unión Europea, por los que ésta se compromete a adquirir semillas de soja a Estados Unidos, al ser obligada por la Ronda Uruguay del GATT a eliminar parte de sus subsidios. De esta forma se da la circunstancia de incorporar componentes nutritivos transgénicos en la alimentación en parte de la cabaña europea.

En relación con los alimentos transgénicos se sigue la estrategia desarrollada por el BM y el FMI de impulsar su cultivo y comercio con la falacia de contribuir a eliminar el hambre en el mundo. Más y más superficies en todo el mundo son dedicadas a estos cultivos con las dependencias de todo tipo que ello crea y con las amenazas al medio ambiente y a las cadenas tróficas.

c) La eliminación paulatina de las intervenciones estatales para así conseguir que los principios del mercado, con su oferta y demanda, regulen toda actividad humana que tenga cualquier atisbo de componentes económicos. Esta tendencia se da justamente de forma paralela al desarrollo en el seno de la sociedad de procesos que llevan a un aumento de los colectivos humanos necesitados de mayor atención. Ya sea por la aparición del paro estructural y su crecimiento. Ya por la importancia creciente de los flujos migratorios con todo su repertorio de necesidades. Ya por el surgimiento de bolsas de segregación y marginación como consecuencia del fracaso implí-

cito en la carrera hacia la competitividad y por la alienación de una parte de la sociedad. Ya por el incremento de la población de la tercera edad, una parte importante de la cual no disfruta de pensiones dignas, recurriendo a las instituciones públicas. Todo ello supone una mayor demanda social que sólo se puede satisfacer a través de instituciones y recursos públicos. La respuesta a dar por parte del modelo y la ideología neoliberal es clara, desviar estas necesidades al circuito de las ONG, de la caridad y la beneficencia. Se consagra por tanto la dualidad de la respuesta institucional. Por una parte están aquellos que merced a sus recursos pueden recurrir a mecanismos privados gracias a disponer de seguros privados, y por otra los que tienen que recurrir a las instancias de caridad o instituciones de beneficencia por no disponer de recursos suficientes. Incluso se puede dar el caso de estar cubierto ante ciertos riesgos, pero la aplicación de cláusulas de «insuficiencia» de responsabilidad individual, por ejemplo, por haber fumado conociendo las consecuencias, les lleva a que no puedan usar los recursos adecuados.

d) La reorientación de las inversiones desde las clásicas productivas de los sectores primario y secundario a las del sector terciario, de servicios, entre ellos sobre todo los sanitarios. La perversión que se produce a consecuencia de este hecho es tremenda. Hasta estos momentos, a pesar de insuficiencias y defectos, la lógica que orienta la creación y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de los diferentes países es la combinación de la responsabilidad ante toda la población, su universalidad, con la centralidad de los objetivos de salud. Sobre todo desde que la OMS sitúa como centro del desarrollo de las estrategias de salud la atención primaria y la salud de toda la población en lugar de la enfermedad de los individuos, resulta evidente el salto cualitativo que se ha producido. Sin embargo, al situar como centro del sistema sanitario y de los servicios e instituciones de sanidad, a causa de la presión del Banco Mundial, la lógica del ahorro y el suministro por entidades privadas, así mismo orientadas por el objetivo del beneficio de la inversión, se modifica totalmente el panorama sanitario. Dejan de poder aplicarse los objetivos y planes de salud como instrumento configurador de la práctica sanitaria pública. Van a primar las consideraciones economicistas sobre las salubristas. Más aún, se da la paradoja, ya denunciada en los años de la revolución de Mayo de 1968, de que es más coherente para los objetivos de la lógica prevalente el que aumente la tasa de enfermedad, puesto que ello supone mayor consumo de gasto sanitario,

y ello repercute en mayor beneficio para las empresas ligadas a las diferentes prestaciones sanitarias, desde la industria farmacéutica hasta la tecnohospitalaria. Es el famoso contraste entre la cantidad de especialistas médicos que existe en Estados Unidos de Norteamérica y la que hay en Canadá, por ejemplo. En un caso desproporcionada por los beneficios que suponen los honorarios del especialista y en el otro atendido a la necesidad del esquema público sanitario. La instauración en los sistemas sanitarios públicos de procedimientos y mecanismos típicos de la economía de mercado, separando los «consumidores» de servicios sanitarios de los «ofertantes» de los mismos, y situando como lógica y eje de su funcionamiento no la salubrista, de consecución de mayor cotas de salud de la población, sino la economicista de «eficacias y eficiencias» de los presupuestos utilizados, lleva ineluctablemente a un progresivo deterioro de las condiciones de salud de la sociedad.

e) La deslocalización del capital a la búsqueda de los esquemas más favorables a la obtención de plusvalía, sin ningún tipo de control ni imposición. Los efectos de la deslocalización del capital son igualmente graves para la salud. Por una parte aumenta el paro estructural en las zonas de las que «emigra» el capital, con toda la secuela de consecuencias señaladas. Pero por otra, en las zonas a las que acude esta inversión, al ser elegidas por las peores condiciones comparativas de trabajo (menores salarios, indefensión de los trabajadores, debilidad sindical, etc.), condiciona la continuación de esas diferencias adversas, y perpetúa los problemas, al aumentar paradójicamente la tasa de paro puesto que la racionalización productiva en la industria y en el campo expulsa, por su eficacia, mano de obra redundante.

Tanto los informes de la OMS como los del PNUD, o de UNICEF, de esta década de los noventa señalan el empeoramiento progresivo de todos los indicadores para la salud mundial, las desigualdades sociales y económicas o para la situación de la infancia. Todo un panorama que ya fue descrito por Federico Engels en 1845 en su *La condición de la clase trabajadora en Inglaterra en 1844*.

En este sentido ya critican David Werner y David Sanders cómo UNICEF, que en su Informe del Estado Mundial de la Infancia de 1995 parece adoptar una postura más firme contra el modelo socioeconómico dominante y en favor de unas estructuras sociales más justas, igualitarias y participativas, en sus recomendaciones se atiene a la línea impuesta por el Banco Mundial. Señala el informe, por ejemplo, cómo «el 90% de las tie-

rras de América Latina está en manos del 10% de los terratenientes», o cómo «en África las tierras más productivas se dedican a la exportación mientras la mayoría pobre cultiva tierras de menor calidad», denuncia igualmente que «en las guerras de la última década han muerto (2 millones) o quedado impedidos (5 millones) más niños que soldados», y que «el endeudamiento y el ajuste estructural han reducido los ingresos reales de más de 800 millones de personas», y que «la reducción del gasto de servicios sociales esenciales ha dejado a los centros de salud sin medicamentos ni médicos». Pero no sólo se limita a denunciar lo que ocurre en los países subdesarrollados, también describe que en Estados Unidos «más de cuatro millones de niños quedaron por debajo del nivel oficial de pobreza, a pesar de que los ingresos medios registraron un crecimiento global del 25%». Este informe de 1995 de UNICEF también critica el modelo dominante del libre mercado, aunque con términos cuidadosos, «el reciente compromiso a favor de las políticas económicas de libre mercado no ha tenido suficientemente en cuenta sus repercusiones sobre los pobres y vulnerables o sobre el medio ambiente», «en demasiados países, la política económica actúa como un amortiguador invertido, en virtud del cual los pobres son los primeros y más gravemente afectados en los malos tiempos y los últimos y menos favorecidos en los buenos. Este tipo de desarrollo económico aprieta progresivamente las tuercas de la pobreza para los pobres», «es preciso abordar el problema de la marginación económica de las naciones más pobres y de la población más pobre dentro de cada país. Ningún progreso social podrá mantenerse si la exclusión económica sigue siendo la característica principal de los sistemas económicos nacional y global», «las políticas económicas de libre mercado han demostrado su eficacia para la creación de riqueza a corto plazo. Ahora es responsabilidad de los gobiernos encauzar esta capacidad a favor de la causa del desarrollo sostenible. En particular, sobre ellos recae la responsabilidad de contrarrestar la tendencia inherente a los sistemas económicos de libre mercado a favorecer a los ya favorecidos». La retórica es progresista pues se extiende en que «se requerirán cambios más fundamentales» para un desarrollo sostenible, y que «será preciso abordar los problemas de discriminación, la carencia de tierras y el desempleo mediante la reforma agraria, la inversión en los pequeños agricultores, la reestructuración del gasto gubernamental y de los programas de ayuda en favor de los más pobres, la reducción del gasto militar y un incremento significativo de los recursos disponibles para el desarro-

llo medioambientalmente sostenible». Sin embargo, reconoce el informe, «los intereses creados, de carácter económico y político, impiden seguir avanzando». Así mismo le da mucha importancia este informe a «la participación de la población en los esfuerzos a favor del cambio». Pero dicho todo lo que antecede, a la hora de las soluciones para estas lacras y problemas, el discurso se hace ya muy parecido al del Banco Mundial con su perspectiva monetarista. Comienza por aceptar, como apunta el Banco Mundial, que a pesar de todo «las condiciones de salud en todo el mundo han mejorado más en los últimos 40 años que en todo el período anterior de la historia de la humanidad». No se critican ni mencionan las consecuencias trágicas del plan global del Banco Mundial Inversión en Salud cuando propugna los programas de ajuste estructural, la desregulación del libre comercio y el «monopolio de unos pocos» en el mundo. Este informe de UNICEF le quita importancia a los gobiernos y fortalece por el contrario al sector privado, «sociedad civil» en el texto del Banco Mundial, «pueblo» en el de UNICEF, le da importancia al «laissez faire». Es algo parecido a cuando el BM le da énfasis al «fomento de la autosuficiencia en el ámbito familiar», es decir al recorte del gasto gubernamental y al reparto de los costes entre los que los «disfrutan». Un caso concreto sirve para desvelar la práctica subyacente de mantenimiento de las causas del subdesarrollo. Al analizar la iniciativa de intervención basada en la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) de UNICEF para el problema de la alta mortalidad por diarrea se demuestra cómo una tecnología que podía ser eficaz y autosuficiente se convierte en un medio para seguir explotando, desde la superioridad de Occidente, a los más pobres. Con lo que «la solución sencilla y barata se ha hecho indebidamente compleja y costosa».

2º) Su expresión política, neoliberal, antiprogresista, por la que el mercado es quien regula la satisfacción de las necesidades sociales, y para ello sobra todo tipo de controles y sobre todo sobra la democracia, que hay que reducirla a su mínima expresión representativa, parlamentaria, con ejecutivos fuertes y sin dependencia de la voluntad popular, ni mucho menos pasar a una democracia participativa. En este sentido cualquier organización internacional que no esté sometida al núcleo occidental y a la lógica neoliberal se considera un obstáculo, llámese ONU con sus pretensiones de representatividad universal y democrática, la propia OMS con su lógica de la Salud para Todos, el UNICEF, la FAO, el UNCTAD, etc.

De todas formas esta expresión política es probablemente la más preo-

cupante, y que a lo largo de la década de los noventa ha producido consecuencias más nefastas. Una vez dado el llamado «Consenso de Washington», en 1989, de naturaleza neoliberal, su adopción por las fuerzas políticas del sistema, ya de la derecha o de la izquierda moderada, una vez llegadas al poder tras las sucesivas elecciones, da lugar a un fenómeno perverso, la aplicación de las mismas recetas, con escasas variaciones. Hay dos ejemplos que ilustran este fenómeno, lo ocurrido en Francia en 1997 y en Argentina en la década de los noventa.

A lo largo de los años noventa, desde 1993, Francia ha tenido gobiernos de derechas, como reacción al deterioro social creado por los anteriores gobiernos socialistas. Al principio estos gobiernos de derechas cohabitaron con el presidente del Estado, Mitterrand, hasta que éste falleció a comienzos de 1996. Las medidas aplicadas por la derecha de profundización en las privatizaciones y de desregulación laboral, continuación de las anteriores, desencadenaron inmensas protestas sociales que, en última instancia, le dieron una inesperada victoria a la izquierda «plural» en 1997 con un programa electoral progresista. Sin embargo, la reanudación por este gobierno de la izquierda plural, presidido por Jospin, de las mismas recetas socioeconómicas neoliberales, privatizadoras y de recorte del gasto social y de las pensiones, exigidas por el Pacto de Estabilidad del Tratado de la Unión Europea, desató de nuevo la reacción del electorado que le volvió a dar la victoria a la derecha, a Chirac. Pero en este proceso, mientras se debilita la democracia y los partidos de izquierdas, se refuerza tanto el antipartidismo y apoliticismo como las posturas más reaccionarias, racistas y xenóforas.

De la convulsa historia de Argentina sólo traemos a colación, por ser pertinente al tema que tratamos, la década de la presidencia de Menem, al considerarla paradigmática de la ligazón entre neoliberalismo, democracia y política. Cuando es elegido presidente Menem en 1989, como candidato peronista lleva a cabo el programa recomendado por el FMI, en un país con una elevada deuda externa, fruto de las aventuras golpistas anteriores, puesto que si a final de 1975 esta deuda externa era de 7.800 millones de dólares (320 por persona), a finales de la dictadura había subido un 364%, a 45.100 millones de dólares (1.500 dólares por persona). El programa aconsejado y tutelado por el FMI reúne todos los ingredientes de la fórmula neoliberal, privatización de empresas públicas, despidos colectivos, apertura de fronteras al capital exterior, dolarización de la moneda, recorte de

los presupuestos públicos, entre ellos el sanitario, y de las pensiones. Tras un primer período en que es presentado como el ejemplo de los éxitos del modelo neoliberal, el «alumno aventajado», el segundo período es de auténtica catástrofe, llegando a sumir al país en la bancarrota, con un incremento de un 123% de la deuda externa (143.219 millones de dólares), y con unos indicadores sanitarios por los suelos. La reacción fue la victoria en 1999 del Partido Radical, eligiendo como presidente a De la Rúa, que tampoco logró sacar al país del marasmo, por las imposiciones financieras internacionales al renegociar la deuda externa.

A la vez que se produce este efecto de debilidad creciente y disgregación de las fuerzas progresistas aparece un debilitamiento de los Estados nación y de sus gobiernos en relación con el control democrático de estos procesos socioeconómicos. La propia sociedad asimila el espectáculo de esta debilidad de la política frente al poder casi omnímodo de las multinacionales con un repliegue a posturas individualistas, de desconfianza cuando no animadversión frente a los partidos políticos. Más aún, la hegemonía que se da en este período de la mentalidad neoliberal lleva a que los propios gobiernos aporten representantes al frente de las organizaciones internacionales encargadas de las cuestiones económicas totalmente impregnados de las doctrinas y valores técnicos del neoliberalismo. Así se comprueba por ejemplo en el caso de la Unión Europea al repasar el comportamiento de los comisarios y de los funcionarios de la Comisión Europea, en donde aparte del poder del Banco Central Europeo, independiente de los parlamentos y gobiernos, y encargado de la estabilidad monetaria, el comisario con más poder es precisamente el encargado de velar por el cumplimiento del principio de competencia, para que no haya intervención desde los poderes públicos a favor de ayudas a sectores de servicios o empresas públicas. Otro tanto ocurre con los funcionarios que los gobiernos envían a la negociación de la Organización Mundial del Comercio, como se ha visto tanto en Seattle en 1999 como en Cancún en 2003.

Nos encontramos por tanto con que tanto los parlamentos como los gobiernos no le prestan interés suficiente ni control democrático a las instancias supranacionales sean estas agrupaciones regionales, tipo Unión Europea, u organismos internacionales, tipo Organización Mundial del Comercio, Organización Mundial de la Salud o Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Por ello no sorprende el descrédito de la política que se extiende en el seno de la población. Es justamente en este

contexto en donde se produce el esfuerzo más sostenido y consciente de las empresas multinacionales y de Estados Unidos por conseguir y mantener hegemonía en tales instancias.

3º) La necesidad de poseer este proceso socioeconómico y político **una vertiente militar**, como ha ocurrido con todo imperialismo, para poder imponer las condiciones de la lógica liberalizadora y de desigualdad a todo el mundo. Esa necesidad se traduce en la nueva OTAN, aprobada el 25 de abril de 1999, fuera del control de la ONU, en donde el club de países más ricos del planeta, una décima parte de la población mundial, se dota del instrumento bélico para atacar cuando sus intereses se ven en peligro (amenazas eufemísticas de narcotráfico, terrorismo internacional, peligro para el suministro de recursos vitales, movimientos incontrolados de población, flujos migratorios, injerencia humanitaria, etc.). Incluso se avanza más a partir de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 al aprobar la «Estrategia de Seguridad y Defensa» del Departamento de Estado de Estados Unidos el 20 de septiembre de 2002, por la que se prescinde incluso de la cooperación de la OTAN y se arroga Estados Unidos el derecho a la guerra preventiva. Este concepto de guerra preventiva había sido condenado por el Tratado de Westfalia en 1648 como contrario al derecho internacional, y sólo había sido «recuperado» por Hitler en 1938 con la invasión de Polonia, República Checa y Austria.

Se acaba el escenario internacional edificado al acabar la Segunda Guerra Mundial que, en medio de un equilibrio difícil de conseguir, se orientaba hacia una especie de gobierno y legalidad mundiales a través de la ONU y sus agencias. Para este proceso de hegemonía internacional y debilitamiento progresivo de las resistencias, le resulta imprescindible a Estados Unidos disponer de agencias internacionales dóciles, y cuando no es así debilitarlas y si es posible desmantelarlas o sustituirlas. Algo de esto ocurrió a la UNESCO cuando el director de los años ochenta, el senegalés Mbou, puso en marcha una propuesta de «nuevo orden informativo internacional» que permitiese un equilibrio y objetividad informativa internacionales que tuviese en cuenta los países menos desarrollados. La sucesión en ese cargo de Federico Mayor Zaragoza, director desde 1987 hasta 1999, estuvo marcada por ese condicionamiento. El mismo esquema aplica Estados Unidos al resto de agencias, y en concreto a la OMS.

La militarización de las relaciones internacionales impuesta por Estados Unidos es una pesada herencia de la época de la confrontación bipolar de

los años de la guerra fría. Aplicada con éxito en el acoso a la URSS, sobre todo a partir de que este país invadiera Afganistán en 1979, el impulso y apoyo máximo dado a los talibanes, en conjunción con Arabia Saudí y Paquistán, trasciende la mera actuación en aquel país, e incluso posee repercusiones de mayor alcance. De esta forma se llega a fomentar todo un espectro ideológico fundamentalista que es conveniente a los intereses de Estados Unidos al confrontarse con las propuestas racionalistas y de índole pública de la URSS. La victoria de los talibanes tiene como consecuencia la conversión de esta táctica en modelo a imitar en otras partes del mundo. De esta forma la encontramos aplicada en Argelia, en Yugoslavia, en partes de la ex URSS como Chechenia, e incluso contra la OLP de Arafat en Palestina. Una vez que se da esta victoria en Afganistán, el proceso fundamentalista talibán tiene su autonomía y se enfrenta a sus progenitores, los norteamericanos.

Precisamente la demostración de que no es esta militarización un atributo exclusivo de la mentalidad norteamericana la tenemos en las guerras de Yugoslavia que abarcan toda la década de los noventa. Vista la persistencia de Yugoslavia como un obstáculo de primera magnitud para la expansión del proceso de ampliación europea con su modelo neoliberal, se desencadena una estrategia de desmembramiento que, al final, al sólo quedar el reducto serbio se recurre a la ayuda de Estados Unidos y la OTAN para la batalla final en 1999. En esta larga contienda han desempeñado un papel importante las fuerzas fundamentalistas islámicas del entorno kosovar apoyadas por Occidente.

Con el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington perpetrado por los talibanes se abre la oportunidad esperada por la nueva administración de Bush para llevar a cabo su plan de hegemonía política y militar al margen de la ONU. Si la invasión de Afganistán logra un débil respaldo de la ONU a posteriori, en el caso de Iraq se lleva a cabo sin tal respaldo, sólo con la colaboración de Gran Bretaña (Blair) y España (Aznar).

Otra de las consecuencias de este incremento del número de conflictos armados en todo el mundo es que el volumen de las víctimas civiles aumenta continuamente. Sobre todo entre las mujeres y la infancia, apareciendo el fenómeno de los «niños soldados». Por otra parte la secuela de las minas antipersonas es una pesada herencia cuando llega los momentos de la paz.

4º) Una traducción ideológica y cultural, «el pensamiento único», de la globalización. Paradójicamente esta pauta cultural lleva a una mezcla de anomia y uniformidad en las formas de pensar así como a una forma de conducirse adecuada a las exigencias del modo productivo occidental y a la eliminación de la mente de la población, joven sobre todo, de toda perspectiva de transformación, de cambio (El fin de la historia). Se quiere dar a entender que sólo queda el ámbito individual, personal, para cualquier posible realización o satisfacción de sus proyectos vitales, deseos o ambiciones, y que ello se consigue ya con el consumo de las «mercancías» ad hoc, o ya con la adopción de una conducta individualista, «competitiva», agresiva, para triunfar. Es decir se produce una ruptura de los marcos éticos preexistentes, con un empobrecimiento cultural grande. El mundo conceptual de la medicina, de la salud, entra de lleno en esta dinámica individualista, mercantilizada y competitiva. De ahí que se traduzca esta regresión tanto en el acercamiento teórico como en el funcionamiento de las instituciones sanitarias. Es cuando aparecen con fuerza en el panorama médico nuevas iniciativas como la confianza en la genética molecular o en la epidemiología clínica, desestimando los anteriores acercamientos globales, sociales.

5º) La centralidad de las nuevas tecnologías, para aumentar la productividad, y por ello el valor añadido. En el ámbito de la informática el objetivo es facilitar la conexión en tiempo real (red de redes, Internet) de todos los componentes de la globalización, el económico, el cultural, el político y el militar, y así simplificar los procesos y cadenas productivas. Aunque el fenómeno de la aplicación de la ciencia y la tecnología a la producción industrial es clásico, lo novedoso es la aceleración que sufre tal proceso. El acortamiento continuo del tiempo necesario para convertir un diseño científico en una aplicación industrial lleva a la obsolescencia creciente de todo el panorama productivo, con lo que la renovación se impone, ampliando los ámbitos de la misma. La «Big Science», desde el punto de vista schumpeteriano, se erige en núcleo organizador de la dinámica social. No extraña por ello que la carrera hacia la patentabilidad de todo tipo de aspectos, hasta la misma vida, sea desenfrenada. En ese sentido se mueve, por ejemplo, la prioridad dada a la comercialización de nuevas medicinas, empujando a que las reglas del comercio mundial sitúen como prioridad asegurar mayores márgenes de beneficio a estas compañías. Toda la batalla desatada alrededor de la lucha contra el SIDA, por ejemplo, tiene este trasfondo, contra la pretensión de la OMS de fomentar los medicamentos genéricos.

Esta prioridad de las nuevas tecnologías lleva por una parte a las conocidas crisis cíclicas de sobreproducción, con las consecuencias de todo tipo ya sabidas del pasado, y por otra a primar las perspectivas de beneficio a partir de su presencia en todo tipo de actividad económica. Así se explica que a lo largo de la década de los noventa se multiplique, en nuestro campo, hasta extremos insospechados, la apuesta por la nueva biotecnología. Un ejemplo de esto lo tenemos en la denominación que la Comisión Europea le da al programa de I+D dedicado a estas actividades, «La fábrica celular».

6. CUARTA ETAPA, DE 2001 HASTA LA ACTUALIDAD, DE RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA DE PROGRESO EN MEDIO DE UNA OFENSIVA AGRESIVA NEOLIBERAL

A efectos de síntesis se puede tomar el ataque terrorista a Nueva York y Washington del 11 de septiembre de 2001 y la subsiguiente reacción de Estados Unidos con la llamada «coalición internacional contra el terrorismo» como la expresión aguda del fenómeno de la globalización neoliberal. Sin embargo esta cuarta fase se caracteriza porque empiezan a aparecer **protestas** contra la experiencia de la década anterior de la mundialización y sus consecuencias. Ya en los aspectos sociales por la pobreza general que extiende, medioambientales por la destrucción masiva de la naturaleza, como culturales por el empobrecimiento que desarrolla el pensamiento único, pacifistas por la militarización de las relaciones internacionales y el desprecio a la legalidad internacional y a una ONU democratizada, etc. Esta paulatina conciencia popular de protesta, que de momento es minoritaria, comienza en Seattle en 1999, con ocasión de la reunión de la OMC, continúa en Praga con la cumbre del FMI en 2000, ese mismo año en Bangladesh con la Asamblea Popular de la Salud, en Barcelona y en Génova con la cumbre del Banco Mundial y del G8 en 2001, y se convierte en esfuerzo de **alternativa** con la reunión de Porto Alegre de enero de 2001 al constituirse el Foro Social Mundial.

Precisamente, es en este período cuando la OMS comienza a recuperarse de la postración que había sufrido a lo largo de los diez años precedentes. En 1998 es elegida como directora de la OMS la ex jefa del gobierno de Noruega, la doctora socialista Gro Harlem Brundtland, anterior ministra de Salud en su país y que se había distinguido, cuando fue presidenta de la

Comisión Mundial de Desarrollo y Medio Ambiente, por su impulso en defensa del medio ambiente propiciando la Cumbre de Río de 1992. A lo largo de su mandato, hasta 2003, los informes de la OMS se caracterizan por llamar la atención sobre el esfuerzo consciente, extraordinario, que hay que hacer para luchar contra las causas de la enfermedad, la pobreza y el hambre. De esta forma su primer informe, el de 1999, se subtitula significativamente «Señalando la diferencia». Los sucesivos informes siguen esa ruta: el de 2000, «Sistemas sanitarios: mejorando su funcionamiento»; el de 2001, «La salud mental: nuevas comprensiones, nuevas esperanzas»; el de 2002, «Reduciendo los riesgos en la salud, promoviendo una vida saludable». De todas formas este mandato de Brundtland es aún de transición. Su primer informe, el de 1999, constata el fracaso de la estrategia Salud para Todos en el año 2000, pero cuando viene la hora de proponer soluciones queda atrapado el informe en la teoría de que la enfermedad es causa de subdesarrollo y no al contrario, por lo que las medidas propuestas adolecen de irreales, de no querer ir al fondo de la cuestión. De hecho, cuando pronuncia Brundtland una conferencia en el Foro Económico de Davos, en enero de 2001, hace una defensa cerrada de la necesidad de proteger «la patentabilidad de las industrias farmacéuticas y de evitar la reexportación de los medicamentos a otros países a bajos precios». Dada la importancia de Estados Unidos y del Banco Mundial, la andadura de Brundtland aún sigue atrapada a la defensa de las compañías privadas y de la orientación norteamericana. Cuando en el año 2003 es elegido el nuevo director, el coreano Lee Jong-Wook, consciente de las dificultades, trata de desprenderse de estas dependencias. De esta forma el informe de 2003 lo titula «Configurando el futuro» y el de 2004 se enfrenta a la grave pandemia de SIDA con el informe que titula significativamente «Cambiemos el rumbo de la historia», en donde se señala que ya empieza a dar sus frutos el incremento en inversiones en el sector sanitario así como la primacía del sector público, y lanza la iniciativa «3 por 5» con la que persigue alcanzar a 3 millones de personas afectadas de SIDA con medicamentos antirretrovirales a finales del año 2005.

Una muestra del avance, a pesar de ciertas contradicciones, de la conciencia social la tenemos en la consecución de una Constitución Europea en 2003. Puesta en marcha la Convención Europea en 2001 como consecuencia del fracaso en participación popular en las elecciones europeas de 1999 («déficit democrático») así constatado en la Cumbre de Niza de 2000, el Parlamento

Europeo ya había presionado y manifestado la necesidad de disponer de una Constitución Europea en donde se diera constancia de los derechos de la ciudadanía europea, entre cuyos derechos figura el derecho a la salud. Sin embargo esta lucha tiene también su particular insuficiencia puesto que cuando entrega la Convención su propuesta de Constitución en Salónica al Consejo Europeo en julio de 2003 sólo consta de dos partes, la primera dedicada a los objetivos de la UE y la segunda a la Carta de Derechos Fundamentales en la UE. Lo que luego será la tercera parte, las políticas concretas comunitarias, incluye la independencia del Banco Central, el Pacto de Estabilidad o el principio de competencia por encima de cualquier otra consideración. No se han debatido estas cuestiones, a pesar de la petición de algunos diputados de la izquierda radical, por considerar los grupos mayoritarios (popular, socialista, liberal y verde) que hay completo consenso en sus contenidos, sobre el modelo neoliberal, con lo que sólo basta refundir el articulado acumulado desde los Tratados de Maastricht (1992), Ámsterdam (1997) y Niza (2000) en estas materias. No se cuestiona la idoneidad y aplicación de los postulados neoliberales de reducción del déficit público, reducción de la inflación, deuda pública y tasa de interés, ausencia de control de la soberanía popular sobre los cometidos del Banco Central Europeo, encargado de la estabilidad monetaria del euro, y observancia del principio de la competencia y competitividad para eliminar todo tipo de subvención o mecanismo que desvirtúe las reglas de la oferta y demanda en todo proceso económico, aunque éste sea un servicio público como el sanitario, el educativo, suministro de agua o similar.

En los pocos años transcurridos en esta cuarta etapa hay datos suficientes que permiten sostener una mirada esperanzadora sobre el futuro. De forma esquemática podemos tomar tres ejemplos significativos de la recuperación del pensamiento y acción emancipadores. Por una parte la consolidación del Foro Social Mundial y de los Foros Sociales continentales, entre ellos el Europeo. Por otra parte la toma de conciencia de los colectivos de los profesionales de la salud reivindicando programas intervencionistas en estas áreas, como por ejemplo indica la Declaración de Palma de Mallorca de 2003 sobre estas cuestiones. Por último, el fracaso de la reunión de la OMC de finales de 2003 en donde el Grupo de los 22, encabezados por Brasil, India y China, se enfrentó a las pretensiones de los grandes en varias materias, entre ellas las agrícolas y las de los servicios, pero donde también tuvo papel destacado el tema del acceso a los medicamentos genéricos en la lucha contra el SIDA y la malaria.

En el I Foro Social Mundial de 2001 de Porto Alegre ya destacó la atención prestada por múltiples talleres, seminarios y conferencias a las políticas del BM y el FMI contra la salud de los pueblos. Esta atención aumentó en la edición del Foro Social del siguiente año, así como en el llamamiento que en enero de 2003, con ocasión del III Foro Social Mundial, se hizo por el Foro Internacional en Defensa de la Salud de los Pueblos (Foro de la Salud) para recoger un millón de firmas exigiendo que se cumpliese el objetivo aprobado por la OMS en Alma Ata de Salud para Todos en el año 2000 y defensa de los servicios públicos, en concreto la Atención Primaria de Salud. Esta campaña fue suscrita por Amit Sengupta en nombre del People's Health Movement, María Hamlin Zúñiga en nombre del International People's Health Council y Armando de Negri Filho por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Precisamente en Bombay tuvo lugar los días 14 y 15 de enero de 2004, con motivo del IV Foro Social Mundial, el III Foro Internacional de la Salud en Defensa de la Salud de los Pueblos, insistiendo en esta línea. Junto con los temas anteriores de la lucha contra las privatizaciones y en defensa de los sistemas públicos este año tuvo especial relieve la crítica a la militarización y las guerras desde el punto de vista de los profesionales de la salud debido al impacto de la guerra de Estados Unidos contra Iraq.

En conexión con esta tendencia a la recuperación de la conciencia pública que se fortalece en esta cuarta etapa está la Declaración de Baleares en defensa de la sanidad pública de mayo de 2002. Esta declaración, fruto del trabajo del XII Congreso de la Asociación Internacional de Políticas en Salud-IAHP y de las XIV Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, en sus nueve puntos repasa los aspectos más significativos que hemos venido señalando. De esta forma tenemos: 1º) la reafirmación de la salud como derecho fundamental de la persona, 2º) la denuncia de las amenazas que para la salud en el mundo suponen las políticas neoliberales que desmantelan y privatizan los servicios públicos, centrando tal denuncia en la OMC, en el BM y en el FMI, 3º) la exigencia de que los Estados deben garantizar la atención sanitaria de sus ciudadanos, 4º) la defensa de los sistemas sanitarios públicos de salud como única forma para una adecuada coordinación de las acciones de promoción, prevención, curación y recuperación, con fondos públicos, gestión pública directa y participación de la población, 5º) la especial atención que en los países desarrollados merece la población de la tercera edad, los colectivos que sufren siniestralidad laboral, paro, pre-

cariedad laboral, contaminación y degradación medioambiental, 6°) los efectos perversos que la globalización tiene en la salud de los pueblos subdesarrollados, con niveles alarmantes de pobreza, desnutrición, imposibilidad de acceso a servicios sanitarios públicos por inexistentes, 7°) denuncia la carrera hacia el desmantelamiento y privatización de los servicios públicos a través de todo tipo de estrategias, como la separación entre la financiación y la provisión de los servicios (mix público/privado), 8°) denuncia el acoso que se ha hecho a la estrategia de la OMS de Salud para Todos en el año 2000 a través de la Atención Primaria, y 9°) denuncia la estrategia de la OMC que con su política de patentes deja desatendidos a millones de personas en todo el mundo, prohibiendo la producción y comercialización de los medicamentos genéricos. Para ello se propone, siguiendo lo aprobado en el Foro Social Mundial de Porto Alegre, el crear una Agenda Política en Defensa de la Salud Pública y un Observatorio Internacional dedicado al seguimiento de las políticas públicas en materia de salud.

El tercer ejemplo que indica el proceso en marcha de recuperación de la conciencia progresista se da en Cancún, a finales de 2003, con ocasión de la Reunión Ministerial sobre la Organización Mundial del Comercio. Por encima del fracaso de dicha reunión, similar al fracaso producido en Seattle en 1999 para idénticos fines, está el hecho imprevisto y alentador del surgimiento del Grupo G-22, de los países en vías de desarrollo. Encabezados por Brasil, India y China, representando el 51% de la población mundial y el 75% del campesinado del mundo, forzaron condiciones de negociación en los temas que les interesaba del comercio mundial, sobre todo en el campo de las exportaciones agrarias, frente a Estados Unidos, Europa y Japón, los grandes mercados consumidores de estos productos. Este hecho se conecta con que el inicio del Foro Social Mundial se diese también en Brasil, Porto Alegre, y que el gobierno que favoreció tal Foro en 2000, el del Partido del Trabajo bajo liderazgo de Lula da Silva, ocupe ahora la presidencia de Brasil. Pero el tema paralelo que levantó la indignación de todo el mundo sobre lo que pasaba en Cancún era la propuesta de la ronda de Doha sobre la comercialización de los medicamentos genéricos y el acceso a los medicamentos básicos para combatir la mortalidad del SIDA, la malaria y otras enfermedades. Las condiciones leoninas impuestas por las multinacionales farmacéuticas, y apoyadas por el BM y el FMI, condenan a ingentes masas del mundo a la enfermedad, de ahí el vigor de las protestas.

En esa V Reunión Ministerial de Cancún se celebró el Foro Parlamentario Internacional que llamó a los gobiernos a que refuercen los servicios públicos, garanticen el acceso a los medicamentos y el derecho a la sanidad pública, manifestando su oposición a las patentes sobre el material vivo. Como señala Vicent Garcés citando a la investigadora no gubernamental del grupo ETC, Silvia Ribeiro, en «Cancún Fuenteovejuna abrió una brecha en el muro y no va a dar marcha atrás».

7. PERSPECTIVAS PARA EL PRÓXIMO FUTURO EN LA LUCHA DEMOCRÁTICA CONTRA LA GLOBALIZACIÓN

A la vista de lo dicho y tomando en consideración la influencia que la recuperación de la conciencia pública está teniendo en las instancias internacionales, parece claro que la alternativa a impulsar frente a la mundialización y en defensa de la salud y de los postulados que en su día aprobó la OMS de Salud para Todos, siguiendo la dinámica iniciada en el Foro Social Mundial de Porto Alegre, tiene tres vertientes, la social, la concreta: local, y la institucional. La convocatoria de Porto Alegre es un Foro Social Mundial, y no directamente un Foro Político. Es decir, hace falta un rearme de las organizaciones sociales en todas sus múltiples y diversas manifestaciones. Esta lucha tiene su máxima expresión en los ámbitos locales y ha de ser concreta, local, pero conectada conceptual y organizativamente a las luchas y alternativas globales. Por último la lucha por la alternativa ha de ser obra de la mayoría consciente, institucional, de ahí la significación del Foro Mundial Parlamentario. El objetivo es convertir la democracia representativa actual en una democracia de plena participación activa. Los parlamentos, regionales, estatales, europeos o similares, han de ser concebidos por las fuerzas que desean otro mundo, y que aspiran a controlar, como representación de la soberanía popular, y todas las instancias internacionales, sean éstas dedicadas al comercio, a la salud o a la infancia, deben estar por una parte bajo dependencia de la ONU, y por otra sometidas a las voluntades de los parlamentos nacionales y supraestatales como el Parlamento de la Unión Europea o el de Mercosur.

Esta respuesta posee **diez componentes**.

Uno **primero** es el **reconocimiento** de que el proceso de mundialización es **fruto de una confrontación social**, no un hecho predeterminado e irreversible, «natural». De ahí el que sea posible intervenir reorganizando

las fuerzas sociales de progreso en su combate frente a las fuerzas que desean que sólo impere el mercado.

Uno **segundo** hace referencia al **carácter mundial del esfuerzo**. Ya no son posibles respuestas aisladas e inconexas como ocurrió al principio de la Revolución Industrial en ámbitos estatales. Es preciso por tanto preparar ese movimiento antiglobalización internacional.

El **tercero** se refiere a que el objetivo central es **el pleno ejercicio de la democracia extendiéndola a todos los dominios, incluso el económico**. La defensa de la democracia, de la paz y de los derechos humanos, entre ellos el de la salud, ha de volver a ser seña de identidad de las fuerzas de progreso.

El **cuarto** componente es la necesidad de **aglutinar un amplio abanico de fuerzas políticas y sociales** puesto que no es posible de otra forma, dada la pluralidad de colectivos enfrentados objetivamente al modelo globalizador neoliberal.

Este componente obliga a plantearse un **quinto**. Asumir el carácter, en principio, minoritario de las fuerzas y organizaciones interesadas en los objetivos de la salud pública, obliga a que una vez que aumente su peso e influencia, hay que reconocer **la necesidad de alianzas con fuerzas sociales, económicas, culturales y políticas situadas en posiciones no directamente relacionadas** como pueda ser con ciertos sindicatos, organizaciones profesionales e ideológicas, así como con partidos políticos de los diferentes espectros progresistas.

El **sexto** componente indica que no es suficiente protestar sino que **hace falta ofrecer un modelo alternativo** a la gente que se ve dañada por la mundialización y sus consecuencias en el campo de la salud. Sin la existencia de esta alternativa global y concreta es imposible concitar voluntades en aras de una sociedad diferente. Es imprescindible un esfuerzo didáctico para mostrar la viabilidad de los modelos alternativos. Para ello es necesaria la participación de los movimientos sociales, cada vez más amplios, en la elaboración de dichos modelos.

El **séptimo** consiste en que la respuesta a dar precisa a la vez **combinar su dimensión global y la concreta**. Por una parte es imprescindible unir todas las sensibilidades, desde las sociales, típicas del movimiento obrero, a las medioambientales, ecologistas, pacifistas, por la igualdad, pacifistas, multiculturales. Por otra parte la respuesta, aunque posea dimensiones implícitas globales, ha de ser concreta, local, para que la propia experiencia de su aplicación con éxito convenza de su viabilidad. A su vez se debe con-

figurar por regiones mundiales y desplegarse por ámbitos mundiales, estatales, regionales, municipales y locales. Una dirección, por ejemplo, de estas luchas podría ser por su carácter de enfrentamiento con el pensamiento neoliberal la defensa europea de servicios públicos, que se concretarían en cada Estado y a la vez en el ámbito europeo. Algo parecido se puede decir de la experiencia de fortalecer donde existan los Consejos de Salud participativos de nivel primario y coordinarlos en su ámbitos nacional, europeo y mundial. A su vez hay que imprimir a esta movilización alternativa un ritmo tal que esté adaptada o incluso por delante del ritmo acelerado que el proceso globalizador imprime al conjunto de la realidad internacional.

El **octavo** aspecto se basa en la pretensión última de una **legalidad democrática internacional** que represente y dé garantías a la población sobre el respeto de los derechos humanos, entre ellos el de la salud, de las libertades democráticas y del mantenimiento de la paz. En ese sentido, la democratización y reforzamiento de la ONU es un elemento imprescindible. Más aún parece adecuado que las agencias de la ONU creadas para la ayuda solidaria, como la UNCTAD, la OMS, el UNICEF, la FAO y similares, sean las que lleven aspectos de esta lucha contra el hambre y pobreza, en lugar de la OMC, el BM o el FMI.

El **noveno** componente implica la adopción de **una forma nueva de implicar a la población** en el proceso político de emancipación. Se deben abrir fórmulas que permitan la **participación activa y creadora de toda la gente interesada**, como un proceso que se autoconstruye y en el que cada nueva fase es producto del éxito en la anterior y de la elaboración y colaboración conjunta, incorporando a más y más personas y colectivos en su avance. Hace falta una cultura de la emancipación, crítica y plural.

El **último y décimo componente** hace referencia al aspecto más crucial de la alternativa, el ofrecimiento y construcción de una referencia **ética diferente** a la usual. No es posible con las pautas de conducta habituales, que de una u otra forma están moldeadas por la sociedad de consumo erigida alrededor del actual modelo, el querer transformar la realidad. La posesión de unos **valores alternativos** es la parte que se convierte en esencial, y a su vez la **práctica paulatina y creciente en la vida cotidiana**. Hay que ser de alguna forma «diferentes y mejores». Ello posee su traducción no solamente en los ámbitos de la conciencia, a base de la solidaridad, sino que también ha de reflejarse en la relación entre los géneros, en el seno de la familia, en todos los ámbitos de las relaciones sociales.

ALGUNAS CUESTIONES ACERCA DE LA NATURALEZA Y LÍMITES DE LA SANIDAD PÚBLICA

CARLOS PONTE MITTELBRUM*

INTRODUCCIÓN

Las alarmas e incertidumbres en torno al futuro de la Sanidad Pública no dejan de sonar desde hace unos años. Parcialmente se pueden explicar por los presupuestos ideológicos que animan a muchos de sus autores, interesados en iniciativas de liberalización y privatización. Pero sería poco sensato identificar únicamente las «maquinaciones» y cerrar los ojos ante los problemas reales que se van acumulando en el sistema sanitario. Los problemas de la Sanidad Pública son importantes y fundamentalmente se deben a la íntima imbricación de dos procesos: de una parte, las tensiones y los recortes a los que está sometido el Estado de Bienestar como resultado de la globalización de la economía y, en segundo lugar, y no de menor importancia, a las relaciones -viejas y nuevas- que se instituyen entre el proceso de salud / enfermedad y las estructuras de poder de la sociedad y, como resultado, al rol que se le adjudica a la medicina y a los sistemas sanitarios.

Como es lógico estos procesos no afectan en exclusiva a la Sanidad Pública española, sino que están detrás de la crisis de los sistemas sanitarios de otros países que mantienen modelos de bienestar social. Sin duda nuestro Servicio de Salud tiene alguna especificidad que deriva de su singular historia, de las peculiaridades de la administración pública o de la descentralización a las comunidades autónomas; pero los problemas son comunes a todos los sistemas sanitarios públicos. Incluso cabe afirmar, dado el carácter universal de las relaciones que se establecen entre las estructuras de poder del capitalismo y los cuidados de la salud, que las similitudes se pueden hacer extensivas a

* Jefe de Servicio UCI del Hospital de Asturias. Presidente FADSP

todos los sistemas sanitarios con independencia de su naturaleza (estatal, mixta, privada) porque, aunque existen diferencias en cuestiones sustanciales (como por ejemplo, el acceso a los cuidados), hay bastantes comportamientos comunes: el incremento de los costes, el poder de la industria tecnológica de la salud, las mayores expectativas y el consumismo de recursos, la variabilidad de la práctica clínica...

Para políticos y economistas, el aumento imparable de los costes y también, aunque en menor medida, de la demanda son los motivos de mayor preocupación. Sobre todo porque las reticencias a los impuestos y las políticas recaudatorias regresivas crean problemas a la hora de cuadrar los balances. Pero no estamos ante una simple «crisis fiscal», porque las dificultades financieras de la Sanidad Pública derivan del incremento exponencial de los gastos, y éstos, a su vez, tienen su origen en los intereses del entramado médico-industrial de carácter privado que interviene en el sistema sanitario. Un sector que está constituido por la industria farmacéutica y de equipamiento médico, la medicina privada concertada, los servicios auxiliares de soporte, etc., que utilizan la salud y la enfermedad como fuente intensiva de negocio. Hay que advertir que el aumento del gasto no tendría por qué ser necesariamente un problema si los beneficios añadidos en salud exceden a los costes. El problema se plantea cuando los costes no obedecen a ganancia en salud sino a intereses económicos superpuestos. Esto es, cuando se produce una confusión entre salud e intereses económicos que compromete las funciones y responsabilidades atribuidas a los sistemas sanitarios. En palabras de Gro Harlem Brundtland, anterior directora de la OMS: «La salud y los intereses de la propiedad son irreconciliables». Un antagonismo que se produce, además, con independencia del carácter público o privado de la atención sanitaria, aunque es evidente que en un contexto asistencial privado las contradicciones son mucho más graves porque son mucho más amplias las posibilidades de negocio al participar las empresas privadas de aseguramiento y provisión de servicios médicos.

El incremento de la demanda también se inscribe en la misma lógica: impulsar el consumo de los productos sanitarios para mayor beneficio de sus productores y distribuidores, que naturalmente son del sector privado y que para nada consideran que una buena parte de los cuidados médicos es de dudosa efectividad y deba de ser cuestionada. Por tanto, la actual Sanidad Pública no sólo es un instrumento al servicio del libre acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria, sino que, cada día más, funciona al dictado del sector comercial de la salud.

LA DERIVA DEL ESTADO DEL BIENESTAR

¿No será el Estado del bienestar un despilfarro? ¿No vendría mejor la gestión privada de muchos de los actuales servicios sociales? Mientras se extiende la duda, el desmantelamiento del Estado del bienestar, después de haberse desarrollado en Europa desde la conclusión de la Segunda Guerra Mundial, figura en la agenda política de gobiernos y organismos internacionales por la tentación/necesidad de la economía de romper su sustentabilidad y proceder a la apertura de nuevos mercados y estrategias.

Hay que decir, en primer término, que el Estado del bienestar corresponde a los intereses de la hegemonía del mercado en una determinada circunstancia histórica. Como factor de equilibrio ante la inestabilidad de la economía capitalista, amortiguando estallidos imprevistos y crisis cíclicas. Pero también por la pertinencia, en un momento dado, de construir consenso y legitimidad a través de partidos y sindicatos, con alta afiliación y cuota de poder en el sistema, de instrumentos capaces de «superar» al denominado socialismo real, de crear la ilusión de «progreso indefinido» y una alianza estratégica de clases para el beneficio común. Pero el Estado en ningún momento ha perdido su carácter de clase: en el barco del Estado han subido a bordo los servicios de bienestar, pero no hay que perder de vista bajo qué bandera navega.

Pero la situación ha cambiado y ahora estamos asistiendo a la reformulación del Estado del bienestar ante un capitalismo globalizado que abandona las estructuras de medio siglo de existencia. La causa es la transformación del carácter del mercado, de la organización productiva, de las necesidades políticas (sobre todo por el fin del «socialismo real»)... Lo que está en peligro, por tanto, no es el Estado, sino las reglas que han regulado las relaciones entre el capital y el trabajo y que incluía redistribución de ingresos, provisión de infraestructura social, protección del mercado interno o generación de demanda para las empresas locales. Lo que está cada vez más lejos es la expectativa nekeynesiana de reequilibrio de cargas, de un sistema impositivo progresivo, de políticas sociales universales y generosas, de mayor poder a la «sociedad civil», de primar la producción contra la especulación, de defensa del producto local frente al extranjero, de la industria y el agro frente al capital financiero... Y en este marco, la ideología del neoliberalismo no se puede interpretar como «fundamentalismo de mercado», sino simplemente como la doctrina necesaria para justificar las políticas de transición de un modo de acumulación a otro distinto.

Se trata, pues, de poner fin al Estado de viejo cuño mediante la individualización de los problemas sociales, a favor de un nuevo calvinismo por el que cada cual sea el guardián de su propio destino. Una estrategia que no para de crecer desde la desaparición de los países del llamado «socialismo real» y de la que existen múltiples ejemplos. Oskar Lafontaine, ex ministro de Economía alemán, un representante de la socialdemocracia tradicional, dimitió de su gobierno en marzo del 99 por la imposibilidad de aplicar políticas keynesianas y en protesta por la cesión de la política monetaria a manos del Banco Central Europeo, con las consiguientes limitaciones para influir sobre la política de empleo. Otro tanto podemos decir de los criterios de convergencia de Maastricht para la Unión Monetaria que obligan a restringir los gastos sociales y apoyar la privatización de la propiedad pública, en refuerzo del sector empresarial...

EXPECTATIVAS DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Si nos situamos en una perspectiva de transformación social, el debate mercado versus Estado, o incluso sociedad civil versus Estado, que acepta una buena parte de la izquierda, es un debate ficticio en el sentido de que la defensa del «Estado» no conduce a la mejora y profundización de los derechos e instituciones del bienestar, sino a la reivindicación de un modelo de Estado capitalista que ha quedado desfasado. Así pues, cuando se habla de «desaparición o pérdida de capacidad» del Estado como un retroceso de las clases populares o de los «intereses generales de la sociedad», se está expresando un pensamiento que ha «internalizado» la identificación del aparato estatal, y su rol «humanitario y equilibrador», que no asume que el Estado no ha diluido su carácter de clase. Probablemente uno de los efectos más importantes de las políticas keynesianas ha sido la conversión reformista, en aspirantes a la conducción del Estado, de una buena parte de la izquierda. La penúltima de estas opciones de reforma es la «tercera vía» del laborismo de Blair o de los actuales dirigentes de la socialdemocracia alemana: una alternativa de rostro amable que ha desaparecido vertiginosamente por su patente carencia de contenido y de credibilidad.

Pero sería un error minimizar las conquistas del Estado del bienestar o predecir su rápida defunción. Estamos ante una forma de Estado más sólida de lo que se podría pensar y aunque quizás no sobreviva a los vientos neoliberales

de la mundialización, su carácter institucional y el fuerte respaldo de los ciudadanos harán de su desmantelamiento un proceso largo y conflictivo.

El arraigo del Estado del bienestar reside en que su capacidad para ofrecer protección a las personas –que sin ayuda no podrían tener una vida digna o aceptable según los criterios de una sociedad moderna– se ha construido a través de la generación de interdependencia y solidaridad entre los ciudadanos. Por tanto, la filosofía subyacente es que el individuo solo no es absolutamente nada y que las personas dependen unas de otras y de su capacidad de interactuar entre sí –exactamente lo contrario que las ideas de Margaret Thatcher: «La sociedad como tal no existe»–. En la práctica, este intercambio no sólo tiene un valor ético y social (de compromiso y confianza mutua) sino que también incorpora la producción de servicios y la creación de instituciones que lo hacen posible y duradero. Aunque en su concepción originaria tenía como fin compensar o limitar los problemas generados en la sociedad, durante su evolución, esas garantías básicas –de ayuda a los demás en función del grado de necesidad– se fueron plasmando en algo más relevante: en derechos sociales efectivos. Se ha promovido, pues, una convicción y un entramado social e institucional de una sociedad interdependiente con una responsabilidad ampliamente compartida. Cabría añadir, además, otro aspecto que también afianza el Estado del bienestar y es que en Europa no sólo ha tenido una perspectiva económica y social: en sus orígenes su principal motivación fue la idea de alcanzar la unidad europea sin guerra, el compromiso de una Europa libre, con capacidad para expresarse y asociarse libremente, en donde las decisiones de gobierno se sustentasen en el debate. La crisis del Estado del bienestar, por lo tanto, no afecta tan sólo los derechos sociales y a la necesidad de confiar unos en otros, a la interdependencia, afecta también al compromiso de vivir en paz y de vivir en libertad.

LA METAMORFOSIS DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD

En las últimas décadas los cuidados médicos han experimentado importantes modificaciones. Y algunos de los cambios son fundamentales para poder entender el funcionamiento actual de los sistemas sanitarios.

La medicina se ha transformado paulatinamente en un sistema de producción industrial y ha pasado a tener una organización colectiva, jerarquizada y multidisciplinaria; a sustentarse en hechos y verificarse mediante evidencias;

a medir sus ingresos y sus resultados y a tener como referentes a la productividad y la eficiencia. Un cambio fundamental e irreversible del que encontramos antecedentes en la Clínica Mayo, que ya en 1919 empezó a funcionar como una empresa industrial, pero cuya generalización podemos situar en la década de los 70. La medicina ha seguido, con más de doscientos años de retraso, el mismo camino que otras actividades artesanales o de la industria de la manufactura. Una consecuencia lógica es que el trabajo manual e individual se ha visto desplazado (en la cura pero no en los cuidados) por la industrialización y las máquinas –explicando una parte del actual descontento de los trabajadores de la salud–. Este proceso tardío de industrialización de la salud ha dado un salto más, sin apenas transición, ante el desarrollo del mercado globalizado.

Los resultados en salud de los cuidados médicos también se han modificado, de ser en buena medida una ilusión o un efecto placebo, desde la década de los 30 el producto de los cuidados de salud ha adquirido una notable efectividad y su valor ha pasado a expresarse en calidad de vida y en años de vida ganados.

Otro hecho sustancial es la eclosión de la tecnología biomédica, quizás una de las vías preferentes para la circulación de capitales. Mientras que a escala global promueve el apartheid tecnosocial (un abismo entre quienes tienen acceso a las nuevas tecnologías y los que se quedan fuera), en el interior de los sistemas sanitarios las inversiones en instalaciones y bienes tecnológicos conducen a la sustitución de los cuidados básicos, a la modificación de la práctica asistencial y, en definitiva, a la remodelación de los propios sistemas de salud. Como se ha señalado en la introducción, asistimos a la expansión de un sector industrial y comercial, paralelo a la propia industria de atención sanitaria, dedicado al suministro de productos médicos que podríamos denominar «tecnosanitarios»: medicamentos, equipos de radiología, bioquímica, electromedicina y una amplia gama de actividades que van desde el sector asistencial concertado hasta la limpieza, obras, hostelería, mantenimiento, gestión, consultoría, auditoría..., que forman parte de la producción de salud. Este sector, que en sus inicios tenía una función complementaria, de apoyo a la actividad sanitaria asistencial, ha cobrado extraordinaria relevancia por el alto valor añadido de sus mercancías y la generación de un mercado en constante expansión que impulsa la profusión de los cuidados de la salud y la conversión del producto de salud en un bien de consumo. Sus efectos son demoledores puesto que tienden a un consumo infinito de los recursos para ampliar su ámbito de negocio, aunque su comportamiento sea diferente en función del modelo de atención

sanitaria: en los Sistemas de Mercado, la demanda de los consumidores está limitada únicamente por la cantidad a pagar – en el caso de la salud, los precios tienen capacidad de exclusión pero no de modulación de la demanda– y por la capacidad de la mercadotecnia para convencer al consumidor de que no lo tiene todo, de que siempre necesita algo más. Mientras que en los Servicios Públicos libres, las demandas de los pacientes, convertidos en consumidores, pueden llegar a ser inabordables para el Estado.

EL CONFLICTO ENTRE LA LÓGICA DE LA SALUD Y LA LÓGICA DEL BENEFICIO ECONÓMICO

Para comprender las políticas de salud en el marco del actual sistema económico, es necesario reexaminar las relaciones que se producen entre la estructura de poder y el proceso de salud / enfermedad y los vínculos que, a su vez, se establecen con la práctica médica.

En su origen los cuidados médicos, en la medida en que se fueron organizando socialmente con intervención y regulación del Estado –en los países de capitalismo desarrollado–, tenían como propósito principal la reproducción de las fuerzas de trabajo. La función del Estado era asumir, total o parcialmente, la responsabilidad de mantener en buena forma a las fuerzas productivas: una economía cada vez más compleja que para funcionar con eficacia precisaba una población alfabetizada, que cumpliera las leyes y que fuese sana. Una situación, pues, de convergencia entre los cuidados de la salud y la economía productiva.

Con la mejoría en el primer mundo de las condiciones de vida de los trabajadores y de las infraestructuras básicas: vivienda, calidad de las aguas, alimentos..., se debilita la relación entre costes médicos y necesidades de las fuerzas productivas, mientras crece la demanda de cuidados en otros sectores (ancianos, crónicos, discapacitados). Esta contradicción subyace en la presente crisis de los sistemas sanitarios públicos pero ha sido, en buena medida, superada con el desarrollo de una nueva fuente de beneficios derivados del desarrollo del sector privado comercial destinado al abastecimiento de los sistemas sanitarios.

Por tanto, es obvio que en el caso de la Sanidad Pública se debe de hablar de medicina nacionalizada y no de medicina socializada. La medicina nacionalizada en la economía capitalista vive con la contradicción entre salud y benefi-

cio, aunque sólo una parte de sus costes corresponda ahora a la reproducción de la fuerza de trabajo, y se conforma de acuerdo a una particular concepción y a un determinado modelo de la salud:

- Una manera de entender la enfermedad. La aparición de las enfermedades se atribuye a la activación inapropiada de procesos «naturales» de causas diversas, con implicación genética en la mayor parte de los casos y con la influencia de estilos de vida inadecuados: la enfermedad como una respuesta inevitable ante una determinada forma de vivir, con pérdida de control de la propia vida y, en consecuencia, con transgresión del paciente. Esto es, se olvida el contexto económico, social y medioambiental en donde se efectúan las opciones individuales y, por tanto, las importantes limitaciones que tienen las personas en el ejercicio de su libertad. Se olvida que la distribución de enfermedad y salud sigue a la distribución de los ingresos, con notables diferencias de clases en morbilidad y mortalidad, o se desconsideran las diferencias de género o quedan sin aclarar, por ejemplo, las causas del crecimiento de dolencias crónicas y degenerativas...
- La noción fragmentaria de la enfermedad. A lo largo de la historia se ha producido un gradual desplazamiento del paradigma aristotélico basado en la creencia de la unidad orgánica de las cosas vivas. Esta concepción tuvo considerables éxitos en la curación y la prevención (vacunas, antisepsia, anestesia, antibióticos), pero ha sido sustituida por una visión parcelada de la enfermedad, patología «localizada» o malfunción de un sistema concreto, y no como expresión de una afectación global.
- La salud individual. Pese a las evidencias de que la salud ha de tener un enfoque colectivo y poblacional, en el capitalismo la salud es individual: es el individuo quien enferma sin tener en cuenta su contexto. Como ya se ha mencionado, el individualismo ha tomado nuevo vigor con los factores referidos al estilo de vida (dieta, estrés, tabaco, sedentarismo...) que sugieren que el fracaso de la salud es responsabilidad individual, hasta el punto de inculpar a las propias víctimas. La epidemiología al uso, aunque ha incorporado factores medioambientales, los interpreta de forma estrecha y selectiva enfatizando la responsabilidad individual.
- La hegemonía de la «cura». Además del carácter individual de la medicina científica, otro rasgo esencial es el predominio de la «cura»: más «cura» (episódica) y menos «cuidado» (continuado) y, en consecuencia, la subordinación de todo lo demás: las políticas de promoción, preven-

ción, medicina comunitaria... Bajo esta filosofía, el hospital es el rey de la cura y representa en la medicina lo que la catedral a la religión. En el hospital es donde se practica la medicina más especializada, avanzada e innovadora, y donde se producen los mayores gastos. El hospital es la parte del león del sistema sanitario y, como oportunamente se ha señalado: «El potencial de crecimiento de los gastos de un hospital es ilimitado». El «hospitalocentrismo» es la expresión organizativa de la «cura» y el término que mejor define la preponderancia del hospital sobre los demás recursos sanitarios.

LOS ESFUERZOS CONTRACORRIENTE

Es cierto que la trayectoria reciente de la medicina está lejos de tener un desarrollo lineal y que, pese a la supremacía de la teoría y la práctica oficiales, hay otras posiciones que han tenido incluso la capacidad de modular parcialmente el dogma hegemónico. Posiciones que se alinean con la comprobación científica de que las enfermedades brotan con las sociedades –la civilización conlleva enfermedad– y que son los propios individuos y sus formas de organización quienes las provocan. Que demuestran que la enfermedad es un producto social, ha sido y seguirá siendo un producto social. Sin embargo, pese al acúmulo de evidencias y pese a la influencia de las ideas socialistas sobre la salud, la medicina convencional ha continuado trabajando con la misma «miopía reduccionista», dedicándose exclusivamente a la mala salud del individuo, a taponar los agujeros o en el mejor de los casos a arreglar averías, sin abordar las causas estructurales de la salud y la enfermedad.

Por consiguiente, el auge de las corrientes que representan esta nueva filosofía de la salud ha sido y es limitado. La creación de un Ministerio de Salud en 1919 en el Reino Unido con el encomiable pero frustrado propósito de que la prevención fuese el gran objetivo de la sanidad pública; los análisis de McKeown sobre la nueva Salud Pública o el informe Lalonde que han tenido una gran resonancia en todo el mundo pero escasa repercusión práctica; la declaración y los objetivos comunitarios establecidos en la Conferencia de Alma Ata y el programa de «Salud para Todos en el año 2000»; la corriente de la medicina social que propone el estudio y la intervención sobre la salud poblacional e identificando variables como el sueldo, la clase social, el género, el nivel educativo o las condiciones de vida... Hitos y esfuerzos importantes,

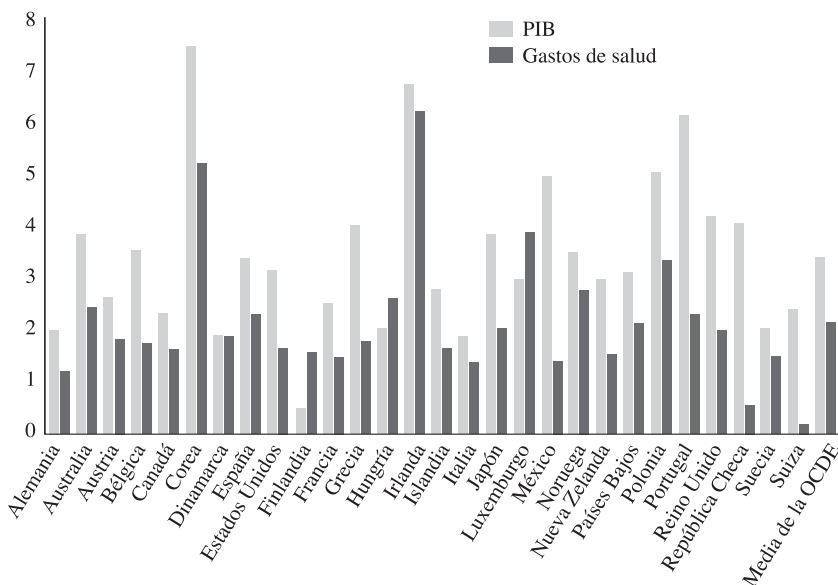
con otros contenidos y alternativas para la salud que han ejercido y ejercen una influencia positiva, pero que en lo sustancial en nada cambian el vector principal que anima a los sistemas sanitarios públicos o privados reconvertidos en gigantescas maquinarias industriales destinadas a obtener prósperos y florecientes negocios.

TENDENCIAS NEGATIVAS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS

La finalidad de los sistemas sanitarios no puede ser otra que la mejora de los niveles de salud de la población a la que protegen. Para ello podríamos identificar esquemáticamente dos objetivos esenciales: 1) Asegurar que todo paciente reciba el servicio adecuado, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes, y 2) garantizar el adecuado balance entre los recursos de atención crítica y especializada, atención primaria y la prevención y promoción de la salud. Cabe decir de forma sumaria que nuestra Sanidad Pública consigue cumplir el primero de los propósitos aunque con deficiencias notables, como es el caso de las listas de espera, mientras que incumple totalmente el segundo objetivo. En conjunto, un balance contradictorio, en el que pesan cada día más los aspectos negativos por la influencia de factores internos y externos que impulsan una verdadera contrarreforma del sistema y que progresivamente nos alejan de las metas anteriormente mencionadas. Los cinco «grandes» factores «internos» de esta contrarreforma son los siguientes:

Primero, el motor principal de la expansión del gasto es el entramado industrial y comercial dedicado al «producto tecnosanitario», que se ha integrado plenamente en la actividad de los sistemas sanitarios. Hay que tener presente que ningún otro sector de la economía en el mundo se acerca al porcentaje que sobre el PIB tiene la salud, ni da ocupación a porcentajes tan altos de la población activa. Es un sector, además, en acelerada expansión: El gasto se ha elevado dramáticamente en los países de la OCDE en los últimos cinco años pasando del 7,8% (1997) al 8,5% del PIB (2002), en contraste con el período 1992-1997 en donde el porcentaje sobre el PIB permaneció casi inalterado.

GRÁFICO 1. Aumento del gasto sanitario
(Tasa de aumento anual por persona en %, 1990-2001)



Fuente: OCDE-Eco-Santé 2003.

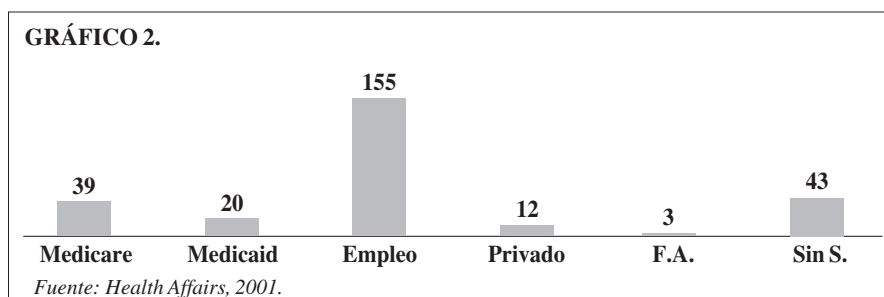
En cifras de 2001, el gasto en salud representa una media del 8,4% del PIB en la zona de la OCDE con un aumento de 1 punto sobre el PIB desde el año 90. A la cabeza figuran EEUU con el 13,9%, Suiza 10,9% y Alemania 10,7%; países que sin embargo no ofrecen mejores resultados en salud que otros con menores costes, sobre todo aquellos con pagador único (el Estado) y que son los que ofrecen mejores resultados macroeconómicos y en salud, como demuestra el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Sistemas Sanitarios.

Quizás no se ha hecho la suficiente reflexión sobre la presencia activa de la economía privada en el sector sanitario público y su responsabilidad sobre el gasto. En España, como ha demostrado Joaquín Álvarez Corbacho al estudiar la estructura del gasto en la comunidad autónoma gallega, más del 56% del presupuesto se destina a pagos a terceros, esto es, al sector comercial privado. La farmacia figura en cabeza con el 30% del total de la factura y una tasa de crecimiento anual en torno al 15%, pero hay otros beneficiarios como ocurre con los conciertos con centros sanitarios privados que, según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, representan el 12,2% del gasto en el conjunto del Estado, con Cataluña en primer lugar con el 39,5%.

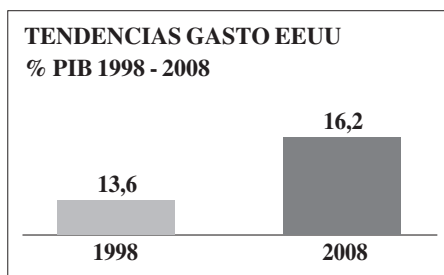
Es importante reincidir en que el poder de la industria de suministros para la producción de salud únicamente se puede concebir en un contexto de industrialización y en un determinado modelo de salud. Sólo así se pueden crear las bases materiales para poder hacer negocios, acumular capital y, en definitiva, consolidar y expandir el complejo médico industrial. Sólo así se explica la actual configuración de los sistemas sanitarios:

- I. La atención sanitaria asistencial, la que trabaja con «tecnoproductos sanitarios», concentra casi el 100% de las preocupaciones y dineros que se destinan a la salud. Podría decirse aquello de: «Extra ecclesia nulla sallus» (por fuera de la actividad asistencial no hay salvación), una perspectiva que enfoca los problemas de la salud desde el ámbito de la oferta. La oferta es lo determinante, pese a las retóricas proclamas en favor de colocar al paciente en el centro del sistema.
- II. La organización sanitaria se basa en el hospitalocentrismo. El hospital es el corazón de la red sanitaria y deja apenas sin espacio a los servicios de salud pública o margina a la Atención Primaria. Los números no pueden ser más expresivos; según datos de 2002 del Ministerio de Sanidad, los hospitales y la atención especializada suponen el 52% del presupuesto, dejando a la Primaria en el 15% y en una cantidad casi simbólica a los Servicios de Salud Pública (1,5%, prácticamente la mitad de lo que representan los gastos administrativos).

Naturalmente, cuando los sistemas sanitarios son mixtos o fundamentalmente privados el gasto se dispara, como ocurre en Estados Unidos –que llega hasta el 15% del PIB– porque incluye la mercantilización de la financiación y de la provisión. Esto es, hay otros agentes en el negocio de la salud. Si bien hay que señalar que también en Estados Unidos, el gasto público (fundamentalmente Medicaid y Medicare) ha alcanzado cotas de gasto que exceden el 6% del PIB pese a su limitada cobertura poblacional y restricciones en sus prestaciones (no incluye el pago de los medicamentos).



Pero lo cierto es que estas tendencias inflacionistas, según todas las estimaciones, se van a mantener en el futuro inmediato. Por ejemplo, en Estados Unidos:



Obedeciendo a las mismas razones, como resume Bodenheimer, en la siguiente valoración acerca de las causas que motivan el incremento del gasto sanitario en Estados Unidos:

- **2/3 del total:** Nuevas Tecnologías, especialmente Farmacia.
- **1/3 restante:** fundamentalmente por tres factores: La población mayor de 65 años (en el 2014, el 14% será mayor de 80 años), el aumento de la prosperidad (a más renta más gasto en salud) y razones inflacionistas propias del comportamiento del mercado.

Reseñar por último, con relación al gasto sanitario, que aunque el mecanismo básico de esta maquinaria es el negocio directo –con independencia de las necesidades de salud–, los beneficios de estas políticas de salud también tienen un significado económico colateral para otros sectores empresariales, en la medida en que desconsideran o exculpan al medio y a la economía productiva en la generación de enfermedad. El caso contrario sería la medicina preventiva que penetra en la raíz de la organización social y la producción del trabajo, y puede llegar a interferir con los intereses económicos imperantes en otros sectores de la sociedad.

Segundo, la transformación de la atención sanitaria ha ido en paralelo con el establecimiento de nuevos compromisos y objetivos, en una situación que se modifica de acuerdo con las necesidades de cada momento. Así, por ejemplo, en el capitalismo industrial la salud era usualmente definida en términos negativos: la ausencia de incapacidad o de patología externamente verificable, es decir, criterios funcionales basados en la posibilidad instrumental para realizar unos determinados estándares. Una definición acorde con un sistema de valores que desconsideraba la integralidad de las personas. Pero las cosas han cambiado ante las exigencias del mercado de productos sanitarios y los sistemas sanitarios se han visto obligados, paradójicamente, a representar un papel cada vez más amplio y más activo en la vida de los ciudadanos y en la organización de la socie-

dad: el arte de sanar como hada madrina que concederá a todos sus más íntimos deseos: la salud ya es un bien de consumo («Medicina para sanos», este era el titular de portada de una revista de difusión nacional, *Muy Interesante* n° 271). La medicalización de la vida no tiene límites: todos los aspectos de la salud y la enfermedad están en la óptica de la medicina y todas las cuestiones propias de la vida diaria son sometidas a su influencia. Su propósito no es integrar la salud en las expectativas de las personas, en la línea de los pronunciamientos de la OMS, sino expandir el consumo del producto tecnosanitario: los servicios sanitarios atienden problemas sociales, familiares, laborales..., en ámbitos donde las respuestas asistenciales son absolutamente inútiles. Los servicios sanitarios intervienen también inadecuadamente cuando una buena parte de las respuestas reside en comportamientos higiénicos: no fumar, alimentación y actividad física saludable..., y en la promoción de un contexto que los haga factibles.

Por lo tanto, en este proceso de incremento sostenido de los costes, cada vez tiene más influencia la mayor demanda de atención sanitaria –aunque hasta ahora la demanda se haya utilizado injustificadamente para culpabilizar a los ancianos y a los inmigrantes en la explicación de los costes–. Pero lo cierto es que la demanda aumenta: 10 consultas por habitante y año, 46 de cada 100 ciudadanos consumiendo fármacos, sobrecarga de los servicios de urgencias y hospitales..., y esta demanda se debe fundamentalmente a las mayores expectativas de la población promovidas desde la oferta y no por las necesidades reales de salud. Las expectativas de consumo sanitario se basan en la suposición de que a más atención mejor salud y apenas guardan proporción con la efectividad de las intervenciones asistenciales. Es, en buena medida, la consecuencia de la ruptura entre la teoría (los avances del pensamiento médico) y la práctica guiada por el beneficio y el consumo, que aísla al progreso científico de su contexto social y promueve la descontextualización social y económica de la medicina.

Tercero, los médicos siguen manteniendo una gran autoridad, aunque ya son una pieza más del complejo engranaje de la división del trabajo de la salud. Actualmente el poder médico radica en que deciden, prescriben o indican el consumo de los recursos sanitarios. Los médicos son realmente los consumidores, por lo que se sitúan en una situación de privilegio en relación con la industria. Por tanto, se puede hablar con propiedad de entramado médico-industrial: la industria tiene que canalizar sus productos a través de los médicos que, de esta manera, se convierten en colaboradores necesarios. Un artículo del *New England Journal of Medicine*: «Is academic medicine for sale?», publicado en el año 2000, informa que la Universidad de Harvard permite que sus investigadores y catedráticos posean hasta 20.000

acciones en compañías farmacéuticas cuyos medicamentos ellos mismos están examinando. También aquí el proceso de industrialización ha sido, una vez más, un factor clave ya que, por ejemplo, con el despegue de las técnicas quirúrgicas y diagnósticas, se ha trasladado la trascendencia de los síntomas «externos» (los referidos por el paciente) a los síntomas «internos» (los descubiertos por el médico con test bioquímicos, radiológicos u otras exploraciones) creando las condiciones para que la relación con el paciente se sustituya por «productos tecnosanitarios».

Cuarto, la investigación y la formación continuada de los profesionales, que son instrumentos fundamentales en la práctica médica, están totalmente en manos de la industria privada. Incluso la investigación financiada con fondos públicos. A modo de ejemplo, los ensayos clínicos multicéntricos, en teoría un instrumento clave para el desarrollo científico, están controlados por las organizaciones bajo contrato (CRO) financiadas por multinacionales y donde los investigadores no tienen intervención en el diseño, ni participación en la interpretación de los estudios ni garantías de que unos resultados desfavorables para el promotor lleguen a ser publicados. Otro tanto cabe decir de la formación continuada, que ha traspasado los límites de la ética y la independencia profesional, expresando con toda crudeza los términos de la alianza entre la industria y los médicos.

Finalmente, la atención sanitaria basada en la lógica del beneficio precisa que los pacientes no tengan participación ni control de los servicios sanitarios: esto es, que no sean «coproductores de salud», según la definición de Julian Tudor Hart, sino que, por el contrario, se transformen en clientes, en consumidores de transacciones aisladas en un marco de competencia de distintas opciones, para que, a su vez, impulsen nuevas compras e intervenciones.

Una relación que cosifica a los pacientes y deniega su estatus de seres sociales, que ensancha el gap entre el médico y el paciente, reforzando la tendencia a considerar al enfermo como un objeto de manipulación por parte del médico y desplaza hacia el profesional la relación médico-enfermo. Los pacientes, por lo tanto, pierden individualidad y se transforman en casos (la enfermedad es más importante que el individuo enfermo). El médico decide por el bien del enfermo, en una nueva modalidad del tradicional paternalismo hipocrático que traduce la capacidad de elección del paciente en una ficción, en consumismo pasivo y acrítico.

LIMITACIONES DE LA MEDICINA

Se asume que la medicina occidental es una ciencia y que, como tal, es neutral, libre y siempre beneficia a todos. Pero el cuerpo de conocimientos de la

medicina se basa exclusivamente en expertos y apenas se cuestionan sus contradicciones y sus efectos adversos. La medicina es intrínsecamente «buena» por lo que el problema se reduce a conseguir los recursos suficientes para permitir el acceso a toda la población sin discriminaciones. Por tanto, la sociedad acata su autoridad y la necesidad de dedicarle recursos.

Pero la realidad es que hay que distinguir entre ciencia e ideología, comprender la compleja interrelación entre ciencia y sociedad, rechazar la creencia común de su carácter neutral, libre y benéfico. Hay que entender, por lo tanto, la ciencia médica como una conjunción de fuerzas económicas, sociales y políticas en donde muchas de las técnicas y productos médicos tienen limitada o nula eficacia y, en algunos casos, son peligrosas o perjudiciales para la salud. A este respecto, los análisis de Ivan Illich (*Némesis Médica*) han representado un importante avance en la política y la sociología de la medicina. Es verdad que Illich, en sus conclusiones, ignora los aspectos positivos de la medicina, su capacidad para curar enfermedades y aliviar síntomas, y que tampoco valora la trascendencia socioeconómica del modelo vigente; pero sus trabajos identifican la importancia y las categorías del daño causado por el médico o por el sistema médico (iatrogenia):

- Iatrogenia clínica. El daño físico causado por los médicos en su intento de curar.
- Iatrogenia social. La adicción de las personas a los cuidados médicos como solución a todos sus problemas.
- Iatrogenia estructural. La destrucción de la autonomía del paciente y la expropiación de su responsabilidad individual.

Por consiguiente, en toda decisión médica debería de ser obligatorio efectuar un balance entre los beneficios y los daños, que habitualmente son poco o nada estudiados. Aun así, los daños reconocidos por los propios servicios sanitarios son verdaderamente importantes. Algunos ejemplos:

- Los efectos adversos de los medicamentos suponen la tercera causa de muerte, después del cáncer y el corazón, en países como el Reino Unido o Estados Unidos. Con mayor mortalidad que los accidentes de tráfico, por ejemplo en el Reino Unido en el 2003: 3.500 muertos en accidentes de circulación y más del doble por reacciones adversas a medicamentos.
- Estudios que denuncian que hasta el 50% de las peticiones a bioquímica y radiología son inadecuadas: el problema del derroche.
- El problema de la efectividad de las intervenciones sanitarias. A modo de ejemplo, estudios que demuestran que la intervención emergente en las paradas cardíacas fuera del medio hospitalario tiene una supervivencia

del 6% cuando la puesta en marcha de RCP es de 14 minutos. Una reducción a 5 minutos menos supone una supervivencia del 10%...

- Las infecciones adquiridas en los hospitales afectan al 10% de los pacientes ingresados y representan una importante morbimortalidad y consumo de recursos. Al menos 1 de cada 10 camas están destinadas a tratar los efectos iatrogénicos. Medidas tan simples como el apropiado lavado de manos son las más efectivas y puede reducir hasta el 50% de las infecciones.

DR. JEKYLL Y MR. HIDE: ¿QUIÉN SE BENEFICIA DE LA SANIDAD PÚBLICA?

No cabe duda que históricamente los inmediatos beneficiarios de la Sanidad Pública han sido los ciudadanos y especialmente las clases sociales más desfavorecidas. La Medicina Pública garantiza el acceso de toda la población en razonables condiciones de equidad y calidad y probablemente se trata del mejor servicio público del país, con un razonable grado de aprecio por parte de la población. Por tanto, el Servicio Nacional de Salud es un logro social y político importante, y pese a su peculiar trayectoria ha conseguido grandes avances: financiación por impuestos, cobertura universal, provisión predominantemente pública y amplitud de prestaciones. En la medida en que incluye no sólo la financiación sino también la producción pública de los servicios, la atención sanitaria en España corresponde al Modelo Beveridge, que ha demostrado que es más humano y más coste efectivo que otras alternativas, desde luego que la medicina privada, pero también que el Modelo Bismark. El caso de los Estados Unidos es especialmente demostrativo: un estudio de David Himmelstein y Steffie Woolhandler (*New England Journal of Medicine*, 1997: 336, nº 11) concluía que casi 100.000 personas mueren al año en EEUU por carencia de asistencia sanitaria (tres veces más que los fallecidos por SIDA).

En todo caso, el mercado está crecientemente presente y es probablemente el mayor beneficiario del sistema sanitario. La sanidad pública se abastece del sector comercial privado: múltiples empresas y actividades comerciales viven directamente de suministrar variados productos y actividades a la sanidad pública, en un mercado en el que la producción pública es inexistente y el dominio corresponde a empresas multinacionales de capital extranjero. Una

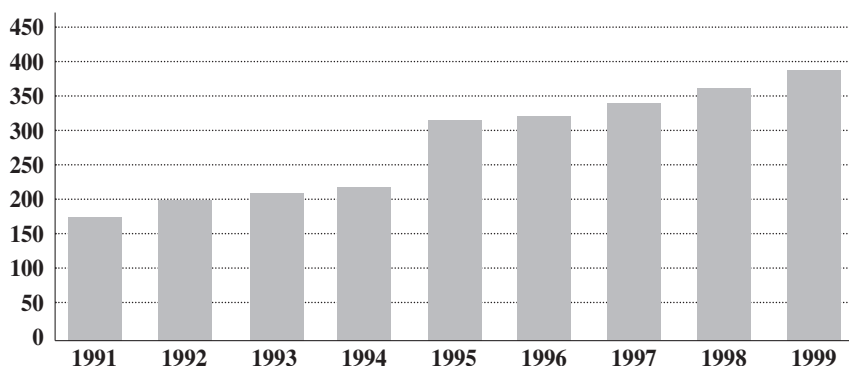
relación que se puede expresar a través de la siguiente ecuación: Coste Público y Ganancia Privada, la fórmula que asegura el éxito.

¿Por qué se han hecho tan caras las medicinas últimamente? ¿Están justificados sus altos precios? La industria farmacéutica dice que lamentablemente los precios son necesarios e inevitables y aseguran que tienen un sólido compromiso con la salud pública y con el bien de la sociedad. La realidad parece otra, como se demuestra por las cifras espectaculares de beneficios sobre las ventas, ocupando el primer lugar del ranking empresarial en beneficios... La revista *Fortune* (abril, 2002), en su relación de las 500 corporaciones más importantes de los Estados Unidos, desvela que el sector farmacéutico es el más rentable con un promedio de aumento de beneficios del 18,5% (el 33% para las 10 farmacéuticas líderes) mientras que el promedio de los demás sectores empresariales es del 2,2%. Es interesante reseñar que las corporaciones farmacéuticas destinan el 12,5% de sus presupuestos a la investigación, el 30,4% al marketing comercial y el ya referido 18,5% al reparto de dividendos. Por otra parte, la mayoría de las investigaciones en medicamentos (90% de los nuevos fármacos) cuentan con fondos gubernamentales y que tan sólo el 16% de los medicamentos que aparecen en el mercado aportan verdaderas novedades terapéuticas. En resumen, la industria de la salud vive de la enfermedad, gasta fundamentalmente en aumentar sus mercados y comercializa tratamientos que no aportan nada nuevo.

En el caso de la Sanidad Pública española es obvio que no todo el mundo empresarial sanitario obtiene los mismos beneficios: las grandes compañías aseguradoras o las empresas de provisión de atención sanitaria (la mayoría de ellas en manos de aseguradoras y farmacéuticas) están en la marginalidad del negocio sanitario español y constituyen la asignatura pendiente del neoliberalismo, aunque hay que reiterar que, dada la preeminencia de la industria tecnosanitaria, ya anida con una posición de privilegio dentro de la Sanidad Pública.

La medicina privada es otra de las grandes favorecidas de la atención sanitaria en España. Es un sector en lenta pero sostenida expansión, cuya trascendencia no puede ser minimizada: representa el 31% del total del gasto sanitario, el 2,18% del PIB en el año 2002. Que tiene, además, bien establecida una red de vasos comunicantes con el sistema público mediante conciertos que permiten que lo rentable derive a la medicina privada y lo complejo descargue sobre la medicina pública, que se apoya en la compatibilidad de los médicos que pueden trabajar indistintamente en ambas medicinas.

GRÁFICO 4. Gasto per cápita dólares/hab. en sanidad privada en España



Fuente: OCDE. 2003.

La lealtad de los médicos es básica para cualquier sistema sanitario, ya que los médicos, con independencia de las relaciones de producción, son los jueces que en gran medida determinan tanto la capacidad de la oferta como la evaluación de las necesidades de la demanda. A este respecto, es oportuno recordar la famosa disputa de la Asociación Médica Británica (BMA), antes de la creación del NHS, con Aneuris Bevan, por entonces ministro de Salud británico. Bevan era consciente de la necesidad de un compromiso histórico con la autonomía de los médicos, pero éstos, revestidos de su prestigio, desde su «apoliticismo» y conservadurismo reivindicaron mantener la «libertad clínica», esto es, impedir el control sobre la práctica médica, y preservar la medicina privada. La consecuencia fue que el NHS creado en 1948 era muy diferente al NHS «pensado» en 1943 y la sanidad pública, libre, universal y solidaria, nacía cercenada y cedía espacio a un competidor directo.

En resumen, si bien la sanidad pública tiene un carácter más humano y más coste efectivo que otros modelos, no debe ser confundida con un sistema socialista de salud. Es necesario reconocer sus ventajas y defenderlas, pero también identificar y criticar sus deficiencias y, fundamentalmente, sus problemas estructurales. De otra forma será imposible avanzar.

LAS PROPUESTAS NEOLIBERALES

La sanidad nacionalizada se desarrolla dentro de un sistema económico de libre mercado y, como es lógico, tiene que sobrevivir bajo la constante influen-

cia de un medio legislativo, social, ideológico..., que funciona desde la lógica de los intereses privados, de una sociedad en donde, como dice Manuel Pata-rollo: «El conocimiento y la capacidad están al servicio de los intereses pri-vados y no de los colectivos», de tal forma que la frontera de los cuidados de la salud no tiene sus límites en el conocimiento, sino en la naturaleza económica del sistema sanitario.

Por tanto, ¿si tenemos mercado para casi todo por qué no para la salud? Para muchos políticos parece innecesario formular esta pregunta... La apuesta neo-liberal reside en crear nuevos mercados para la inversión de capital y marginar la agenda política de los servicios públicos y, en el caso de la Sanidad Pública, sus objetivos se concretan en la consolidación y expansión del liderazgo del sector de productos tecnosanitarios y en ampliar el área de negocios hacia la financiación y la provisión de los Cuidados de la Salud. Para avanzar hacia estos objetivos estratégicos, el referente es el modelo de «Managed Care», planteado de manera gradual y parcelada (en diferentes sectores y subsectores), dependiendo de la correlación de fuerzas de cada momento, como una reforma paulatina silenciosa, de tal forma que la población no pueda percibir la propuesta global ante la que se enfrenta.

- Se considera que la crisis de los sistemas de salud es de financiación: ineficiencia de las prestaciones y excesiva demanda (sobre todo por el envejecimiento de la población, inmigración, etc.). Ante los problemas de financiación, la fórmula habitual es generalizar los copagos.
- Para moderar los costes, el recurso es separar la financiación de la provisión y construir mercados internos con competencia generalizada de precios entre los proveedores. El mercado es el mejor regulador de costes y calidad, y la desregulación permite la libertad de elección.
- La gestión introduce una nueva e indispensable racionalidad administrativa para resolver la crisis. La administración privada es más eficiente y menos corrupta que la administración pública y las decisiones clínicas deben de estar subordinadas a esta nueva racionalidad para poder controlar los costes.
- Para mejorar la eficiencia, se toma el camino de orientar la gestión clínica hacia los incentivos vinculados al riesgo financiero –sin tener en cuenta que muchos de los actuales incentivos son inflacionistas y no conducen a mejores resultados– o se protocolizan las técnicas, procedimientos y actividades, sin evaluar adecuadamente sus indicaciones o sus prioridades.

- El método para intervenir sobre la calidad es someter a los servicios sanitarios a la libre elección de los consumidores.
- La transición de usuario/ paciente/ beneficiario a cliente/ consumidor.
- Flexibilización de las relaciones laborales, el mejor mecanismo para conseguir mayor eficiencia, productividad y calidad.

Propuestas que no entran en el fondo de los problemas reales de salud, que tienen como propósito la apertura de vías hacia el mercado y que se orientan hacia las transacciones comerciales y el beneficio económico y no hacia la satisfacción de las necesidades humanas, especialmente de las personas más enfermas y con más necesidades de cuidados, que son las que reportan menos beneficios y las que peor sirven las reglas del mercado. A modo de ejemplo, ante un problema primordial de salud como es la cardiopatía isquémica, el sistema da prioridad a la trombolisis, la angioplastia o la cirugía coronaria, mientras coloca en segundo plano a la dieta, el ejercicio físico o la aspirina, que son las medidas más coste efectivas.

LOS POLÍTICOS ANTE LA CRISIS SANITARIA

Ante la crisis de los sistemas sanitarios, los políticos de izquierdas usualmente han reafirmado los intereses de las clases trabajadoras en relación con sus derechos a los cuidados médicos. Esto es, oponiéndose a la privatización o a la reducción de servicios médicos, reclamando mayor gasto público en cuidados de la salud y una mayor equidad en la distribución de los recursos. Estas estrategias son fundamentales para defender el derecho a la atención sanitaria, pero hay que considerarlas como estrategias defensivas, que demandan «más de lo mismo» y que, además, eluden el debate de cuestiones básicas: los intereses del sector médico-industrial, el valor actual de los cuidados médicos (considerados en todos sus procedimientos y tecnologías como intrínsecamente positivos para la sociedad) y el contexto en el que se produce la salud y la enfermedad, y cuánta de esta enfermedad pueda ser evitada. Por tanto, en estas circunstancias, a la hora de demandar más cuidados médicos hay que efectuar una rigurosa evaluación de quiénes se benefician de los tratamientos actualmente en uso y una estimación crítica de los procesos económicos y sociales que están involucrados en los avances médicos. Pero no sólo la tecnología médica debería ser considerada como problemática, la práctica médica va más allá de su dominio biológico y se extiende a unas determinadas rela-

ciones sociales, a contenidos en la educación y formación continuada de la medicina...

Por todas estas razones, luchar contra la escasez en la provisión médica es necesario pero no suficiente para conseguir unos cuidados médicos más efectivos. No hay que preocuparse únicamente por la equidad en el acceso a los cuidados médicos, la lucha tiene que ir más allá de las demandas inmediatas y penetrar en las relaciones económicas y sociales en la producción de salud, en utilizar las tecnologías de manera crítica, en revisar los aspectos cualitativos de la organización médica, en reexaminar los conceptos supuestamente científicos de la práctica médica y desmitificar el conocimiento médico, para romper las barreras de autoridad entre los profesionales sanitarios y los usuarios, en replantearse el papel de los pacientes como receptores pasivos de los tratamientos médicos y reivindicar la autonomía del paciente. En la redefinición, en suma, de cuáles son las necesidades reales de salud de los ciudadanos y a quién sirve el proceso de producción de la medicina.

Pero, además de hablar de la izquierda, también es conveniente mirar hacia la derecha y valorar la actitud de las fuerzas políticas afines al poder económico. El Partido Popular, por ejemplo, en el programa con el que ha concurrido a las últimas elecciones, no manifiesta grandes desacuerdos con el funcionamiento de la Sanidad Pública, con pequeñas diferencias con otros partidos. En sus ocho años de gobierno mantuvo una posición que podríamos calificar de «continuista» con respecto al sistema sanitario, combinada con iniciativas parciales de mercantilización. Es habitual que se atribuya esta «moderación» sanitaria a la suma de dos factores: la impopularidad y el precio electoral de una posición radicalmente contraria a la sanidad pública, y a la oposición activa de movimientos sociales y otras fuerzas políticas ante eventuales propuestas liquidacionistas. Sin negar estos argumentos, cabe otra explicación de más largo alcance: la actual Sanidad Pública –por su connivencia con la medicina privada, por su sustento en el mercado comercial privado, por su orientación de consumo...– también satisface, aunque sólo sea parcialmente, a los sectores representados políticamente por el PP.

OTRA SANIDAD PÚBLICA ES POSIBLE

Las líneas de trabajo habituales en la defensa y mejora de la Sanidad Pública son bien conocidas: de una parte, preservar el carácter de servicio público del

sistema sanitario y corregir las limitaciones en la equidad y la calidad de los recursos. De otra, en el marco de un mundo globalizado, en la necesidad de contemplar las estrategias de salud desde foros y alianzas internacionales, con iniciativas políticas como la Carta de los Derechos a la Salud en la UE, etc. Pero es necesario, por último, la reivindicación de un nuevo modelo de Cuidados de la Salud en consonancia con las necesidades reales de salud de los ciudadanos y no con los intereses económicos del sector privado.

Poco cabe añadir con respecto a las dos primeras estrategias. La defensa de la sanidad pública es una tarea prioritaria ya que será difícil avanzar hacia un nuevo modelo de salud si antes no se impide la liquidación del sector público. Una estrategia defensiva pero necesaria para el desarrollo de cualquier proyecto de progreso en salud. Por lo tanto, hay que reforzar las constantes y las reivindicaciones que han marcado una gran parte de nuestra actividad: el Servicio de Salud precisa suficiencia financiera en un marco de gratuidad y universalidad de las prestaciones, lo que significa el rechazo de los copagos, la financiación basada en impuestos con efecto redistributivo y contraria a los impuestos indirectos y el incremento de los recursos, de forma muy especial y urgente en el ámbito sociosanitario. Del mismo modo hay que reforzar la oposición a los procesos de privatización en la gestión o titularidad de los centros: fundaciones o institutos (entendidos como unidades de financiación independiente) y modalidades más agresivas como las cooperativas o las concesiones administrativas tipo Alcira o la dualidad del aseguramiento, empezando por las mutualidades tipo MUFACE que detraen fondos públicos hacia sectores privilegiados...

Además de estas políticas, que podríamos denominar conservacionistas, la defensa de la sanidad pública tiene necesariamente que incluir cambios en el marco organizativo y de gestión, en la implicación de los profesionales y en otras cuestiones verdaderamente relevantes de la microgestión, que están mal resueltas en toda la administración pública y que se escapan del ámbito de este trabajo.

Pero, si queremos contestar la relación que existe entre el proceso de salud/enfermedad y la sociedad y entre el sistema sanitario público y la sociedad, tenemos que poner el acento en otras líneas de trabajo político que apunten hacia un nuevo modelo más efectivo en el abordaje de las necesidades reales de salud de los ciudadanos. Probablemente, traducido a la práctica, ninguna de las cinco propuestas que aquí se esbozan aporten aspectos novedosos, pero quizás su oportunidad resida en la prioridad que hay que otorgar a las mismas, como consecuencia de su alto valor estratégico:

Primero. Una nueva estructura de cuidados que sitúe en primer plano la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el autocuidado y la educación para la salud. Estas políticas tienen que constituir el núcleo del Plan Integrado de Salud con programas y acciones intersectoriales, que se dirijan, en primer lugar, hacia la educación de la población para dotarla de mayor autonomía –una fórmula mágica cuando se habla de los servicios sanitarios, pero olvidada en lo que respecta a los ciudadanos– y capacidad para preservar y promover su propia salud y conseguir una menor dependencia de los servicios médicos. Debido a que las intervenciones preventivas son las más efectivas para mejorar la salud de la población, la legislación gubernativa es la clave de las políticas de salud: estrategias ante los accidentes laborales y de tráfico, el tabaquismo, el sedentarismo, el control de las torres de refrigeración, la fortificación de cereales con ácido fólico... Sin duda la legislación tiene que estar basada en análisis y evidencias científicas e inevitablemente restringe la elección personal, pero es incuestionable que las políticas de izquierdas haya que medirlas por este rasero: por las medidas legislativas que fomenten y defiendan la salud y por el incremento de las partidas destinadas a este capítulo (por ejemplo y como primer paso, qué menos que exigir el 10% del presupuesto).

Segundo. La integración de los cuidados como herramienta estratégica para mejorar la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios. Incorpora además un valor diferencial, de identidad, de la Sanidad Pública puesto que los sistemas basados en la competencia y la privatización tienen una capacidad de integración muy limitada. Sin embargo, la realidad de la Sanidad Pública es que está funcionalmente fragmentada en instituciones, especialidades, niveles y sectores. Algunos problemas de esta fragmentación son bien conocidos: la enorme descoordinación entre AP y hospitales que no permite, por ejemplo, la transferencia a la Primaria de muchas cosas que inadecuadamente se hacen en los hospitales o los servicios de urgencias hospitalarios que han devenido en dispensarios independientes que estimulan el comportamiento de consumo puesto... La integración no tiene que ser sólo vertical y promover la comunicación y operatividad transversal de todos los componentes sanitarios y ampliarla a los servicios sociales, tiene que adoptar formas organizativas como la implantación y el desarrollo de las áreas sanitarias como unidades de gestión... En este marco es en el que tenemos que contemplar las políticas de autonomía de las partes y descentralización del sistema, sin duda necesarias para los servicios sanitarios, pero que de ninguna manera se pueden diseñar al margen de la planificación, la cooperación y la integración de los recursos.

Tercero. El control del «entramado médico y de la industria tecnosanitaria» es un asunto de importancia capital. Exige reconsiderar la producción pública, las normas y regulaciones del sector público y privado, el racionamiento de los recursos y su financiación selectiva: sólo se debe financiar aquello que interese a la lógica de la salud y no al beneficio de los sectores comerciales, y que podría tener su expresión en las siguientes propuestas:

- Políticas que fomenten la producción pública de bienes, servicios e instrumentos necesarios para la producción de salud.
 - La producción de productos tecnosanitarios demanda un espacio público. Así, ante el poder de las multinacionales farmacéuticas es necesaria la creación de una empresa pública para la producción de genéricos que permita romper la política de las multinacionales de subordinar los medicamentos genéricos a las nuevas innovaciones que en la mayor parte de los casos aportan poca o ninguna innovación.
 - En este mismo orden de cosas, hay que estudiar la constitución de empresas públicas para la producción de otros productos sanitarios que tienen un injustificado valor añadido. Los hospitales de tercer nivel, por ejemplo, deben incorporar departamentos de bioingeniería que les permita independencia en el mantenimiento tecnológico y el desarrollo de equipos que no tienen grandes complejidades técnicas como es común de los países escandinavos.
 - Instrumentos que permitan las economías de escala y la racionalización de las compras mediante agencias centralizadas de ámbito estatal o cuando menos autonómico.
- Políticas que regulen el sector sanitario en base a los intereses de la Sanidad Pública:
 - Con respecto al aseguramiento médico: prohibición de seguros sobre las prestaciones que cubre la Sanidad Pública siguiendo el ejemplo canadiense.
 - En relación con el control de los precios que no deberían de subir por encima del IPC salvo casos excepcionalmente justificados, con especial atención al sector farmacéutico.
 - Con respecto a las unidades de gasto, puesta en marcha de revisiones sistemáticas basadas en evidencias que permiten un razonable conocimiento de lo que se debe o no se debe gastar, la reordenación de todos los elementos de la cadena de gasto farmacéutico en la línea de las «doce medidas» de la FADSP...

- Servicios de inspecciones que verdaderamente inspeccionen de forma activa e independiente. Auditorías metódicas...
- Normativa con criterios estrictos de exclusividad para los profesionales que trabajan en el sector público (exactamente lo mismo que en el sector privado).
- Instrumentos especiales de regulación de la eficiencia y la equidad como puede ser la creación de un Instituto de la Salud independiente, distante de los políticos y de la industria, que funcione abiertamente y dé cuentas al público, que mire los problemas de salud más allá del sistema sanitario. Es importante que el instituto tenga una composición tripartita: comisiones técnicas de profesionales (evidencias científicas y coste efectivas), consejo ciudadano (valores y repercusiones sociales) y la autoridad sanitaria (disponibilidades presupuestarias.) Un instituto de esta naturaleza tiene que ser la pieza angular para formular el racionamiento de los cuidados de la salud, sobre la base de la evidencia científica, los valores y las necesidades sociales y la introducción consecuente del juicio ético. Entre sus competencias cabe reseñar:
 - El sistema sanitario público no debe de incorporar tecnologías caras hasta que las apruebe el instituto.
 - El instituto tiene que evaluar también las viejas tecnologías y no sólo las nuevas.
 - Deberá reconocer y orientar los problemas de equidad en los Cuidados de la Salud estableciendo mecanismos de priorización.
 - Se dotará de estrategias para restringir la inflación en salud y de mecanismos de eficiencia para conseguirlo.
- La elaboración de alternativas a la educación arcaica y distorsionada en la escuela de las ciencias de la salud, la formación continuada con fondos públicos e independencia de la industria o los problemas de la investigación huérfana de financiación pública y bajo la orientación y el control de los laboratorios farmacéuticos... Problemas muy graves que necesitan propuestas alternativas.

Quinto. La participación social. «Nosotros, ciudadanos del mundo, declaramos que, nosotros mismos, construiremos un nuevo sistema de salud y que seremos su piedra angular» (Punto 16 del Programa de Chemnitz). Los ciudadanos deberían tener un papel decisivo, en su doble vertiente de contribuyentes o coproductores y de usuarios portadores de derechos. Sin su concurso no es factible el uso responsable de los recursos y las medidas punitivas (tipo

copago) crean barreras y no contribuyen a desarrollar una cultura para la mejor utilización de los servicios. La participación ciudadana es un derecho, pero también es una necesidad del sistema sanitario, sin ella no se puede hablar de un nuevo modelo de salud. A este respecto, cabe reseñar que la realidad de los «consejos» de salud ha sido frustrante y no sólo por la escasa voluntad de las autoridades sanitarias. Urge la búsqueda de fórmulas efectivas, bien los referidos consejos de salud con otras atribuciones o bien hurgar en experiencias recientes y positivas en la onda de los «presupuestos participativos»...

La lucha por mejorar los cuidados médicos sólo puede ser entendida como parte de una lucha más global, la de conseguir una sociedad más sana y superar aquellos aspectos económicos y sociales que son nocivos o contradictorios con la salud. Por tanto, una sociedad más sana es en sí misma una exigencia de una sociedad distinta y otro orden social, político y económico, en donde la salud no sea utilizada en términos de acumulación y consecución de beneficio.

Como se ha dicho desde muchos foros, hay que trabajar por un nuevo contrato social, por una alianza entre los profesionales vocacionales y los trabajadores del sistema sanitario, los estudiantes de ciencias de la salud, los pacientes y la mayoría social que comparte el objetivo común de una sociedad más sana y que conforma la base del pensamiento y la acción con capacidad de transformación. Frente a la realidad social, una nueva hegemonía que genere conciencia no sólo de la necesidad, sino también de la posibilidad de los cambios.

BIBLIOGRAFÍA

- Doyal L. Pennell I.: *The political economy of health*. London, 1981. Pluto Press Limited.
- Waitzkin H. Waterman B.: *The exploitation of illness in capitalist society*. New York, 1974. Bobbs-Merril.
- Waitzkin H. Iriart C.: «How the United States Exports Managed Care to Third-World Countries». *Monthly Review*. 2000; 52 (1): 3-10.
- Cuervo LG., Clark M.: «Balancing benefits and harms in health care». *BMJ* 2003; 327: 65-6.
- Smith R. (Ed.): «One Bristol, but there could have been many». *BMJ* 2001; 323 (7306): 179.
- Smith R.: «Global competition in health care». *BMJ* 1996; 313: 764-5
- Smith R.: «Oh NHS, thou art sick». *BMJ* 2002; 324: 127-128
- Hart J.T.: «Two paths for medical practice». *Lancet* 1992; 340: 772-5
- Hart J.T.: «Clinical and economic consequences of patients as producers». *Journal of Public Health Medicine* 1995; 17: 383-6.
- Terris M.: «La tríada neoliberal en salud». *Salud 2000*; 2001: 68-74.
- Navarro V.: «El concepto de la salud pública de las poblaciones y sus implicaciones en la sanidad y la salud». *Revista de Administración Sanitaria*, 2003. 24 (728): 153.
- Navarro V.: *Neoliberalismo y Estado de bienestar*. Ed. Prometeo. Buenos Aires, 1998.

- Navarro V.: «The Inhuman State of U.S. Health Care». *Monthly Review*. 2003; 55(4).
- Illich I.: *Límites de la medicina. Némesis médica: la expropiación de la salud*. Harmondsworth. Penguin 1997.
- Porter R.: *Breve historia de la medicina: de la antigüedad hasta nuestros días*. Editorial Taurus, 2003.
- Watts S.: *Epidemias y poder; historia, enfermedad, imperialismo*. Editorial Andrés Bello. Barcelona, 2000.
- Foucault M.: *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. Madrid, 1999.
- Editorial: «The New Face of Capitalism». *Monthly Review*, April 2002, 1-14.
- Chomsky N.: *Política y cultura a finales del siglo XX: un panorama de las tendencias actuales*. Ed. Ariel. Barcelona, 1996.
- Amin S.: *El capitalismo en la era de la globalización*. Ed. Paidós. Barcelona, 1999.
- Castells M.: *La sociedad red: la era de la información*. Alianza Editorial. Madrid, 1997.
- Álvarez-Dardet C. Peiro S. «Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud». Informe SESPAS 2000.
- Bindman A.B. «Whose health care is more efficient?» *BMJ* 2002.
- Heath Iona: «Threat to social justice». *BMJ* 1997; 314:598.
- Himmelstein D. U.: «Woolhandler S. Getting more for their dollar». *BMJ*. 2002. 324(7349): 1332.
- Cochrane A.L.: *Effectiveness and Efficiency*. Random Reflections on Health Services London, 1972. Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- European Observatory on health care systems: Spain 2000. www.observatory.dk
- Jakab M. Preker A. Hardins A.: *Organizational structure and the external environment*. En Hospitals in a changing Europa. 2003, pp 177-200.
- A Disease-Based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?, Paris. Eco Sante. OCDE (2003). www.ocde.org.
- *Revue des Chambres Françaises*. 2003, nº 298: «La sanidad en España».
- «Anuario de la sanidad y el medicamento en España». *Revista el Médico*, 2004.
- Ortún V., López Casanovas G. *El Sistema Nacional de Salud en España. Informe de una década*. Fundación BBV, Bilbao.1999.
- Ortún V. López Casanovas G. *Evolución reciente (1987-1998) del Sistema Sanitario español*. Fundación BBV, Bilbao.1999.
- Pollock A., Shaoult J., Vickers N.: «Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?» *BMJ*, 2002; 324: 1205-9.
- Sánchez Bayle M.: «10 propuestas para mejorar la gestión del Sistema Nacional de Salud». 2000. *Salud 2000*; 76:17.
- Donabedian A.: «The quality of care: how can it be assessed?» *JAMA* 1988; 260: 1743-1748.
- Starfield B.: «Is primary care essential?» *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Bodenheimer T.S.: «Disease Management: promises and pitfalls». *N.Engl.J.Med.* 1999;340: 1202.
- Bodenheimer T.S. Grumbach K.: *Understanding Health Policy. A clinical approach*. New York, 2002. McGraw Hill.

GLOBALIZACIÓN DEL SECTOR FARMACÉUTICO

LOURDES GIRONA BRUMÓS*

En los países desarrollados, desde hace varios años, el gasto en medicamentos crece de forma preocupante. Una parte de este incremento se explica por el avance tecnológico –mayor oferta– y por el desarrollo económico y social experimentado –mayor demanda–, que ha producido una mayor longevidad y una mejor calidad de vida. Sin embargo, también existe la opinión de que una parte considerable de ese aumento del gasto se debe al precio que pagamos por los medicamentos y que no siempre guarda relación con los beneficios que nos dan.

Frecuentemente, este precio se defiende por las expectativas que generan nuevos medicamentos respecto a las alternativas ya existentes en el mercado, tanto en eficacia como en seguridad, lo que forzaría al sistema sanitario a asumir un precio superior al de los ya existentes y un desplazamiento progresivo del consumo hacia los nuevos fármacos. Se produce, en paralelo, una mayor medicalización de la sociedad, en parte inducida.

La industria, y algunos analistas, cree que este incremento se justifica por la necesidad de recuperar las inversiones realizadas para la investigación y el desarrollo de nuevas especialidades farmacéuticas. Cada vez son más, no obstante, los que consideran que muchos de los nuevos medicamentos que se nos ofrecen están sobrevalorados, que pagamos demasiado por lo que realmente nos dan.

Así, un informe realizado por Joseph DiMasi, del Centro de Estudios del Desarrollo de Medicamentos de la Tufts University de Boston, y publicado en noviembre de 2001, aseguraba que una compañía farmacéutica necesita gastar 803 millones de dólares para encontrar un nuevo medicamento. Para el estudio

* Farmacéutica Hospital Vall d'Hebrón.

se basó en datos confidenciales y no auditados de 10 empresas farmacéuticas y el desarrollo de 69 medicamentos. Este dato fue rechazado por Public Citizen que afirma que estos costes son exagerados y que, en realidad, no superan los 240 millones de dólares. Es una diferencia importante, que puede entenderse parcialmente por desgravaciones fiscales no contabilizadas y por diferencias en la valoración de los beneficios que podría dar el capital si se hubiera invertido en otros sectores industriales o financieros más rentables. Debemos decir asimismo que el 65% de la financiación del Centro Tufts proviene de la industria, mientras que Public Citizen es un asociación de consumidores que no acepta subvenciones ni del gobierno ni de empresas (1, 2).

En cualquier caso, las informaciones que aparecen habitualmente en los medios de comunicación y cuyas fuentes son a menudo la propia industria demostrarían que las compañías farmacéuticas trabajan con precios que podrían ajustarse más. Según la revista *Fortune*, del precio de un medicamento, un 12,5% son gastos en I+D, un 18,5% son beneficios y un 30,4 son gastos de promoción y marketing (1).

Las consecuencias del aumento del gasto farmacéutico, siendo muy negativas para los sistemas nacionales de salud en el mundo más desarrollado, son catastróficas para los países más desfavorecidos, que no pueden sustraerse a la mundialización del sector farmacéutico, pero cuyos ingresos se separan cada vez más de los gastos que deben asumir si quieren acceder a la oferta terapéutica existente, que se ha transformado siguiendo las directrices políticas y económicas del nuevo orden mundial, y que ha conformado el actual escenario de la globalización.

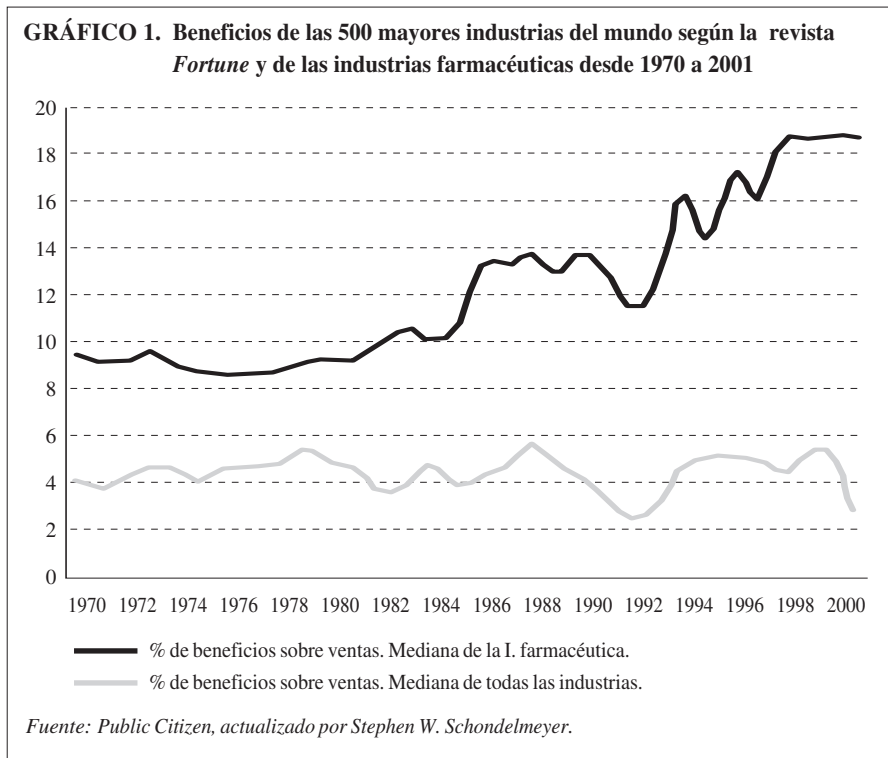
MERCANTILIZACIÓN DE LA SANIDAD, MUNDIALIZACIÓN DEL MERCADO

A partir de los años 80, la administración Reagan extiende el proceso de mercantilización de la medicina, enfatizando en los valores del mercado como garantes de la libre elección y en los sistemas de gestión privada como proveedores de eficiencia económica. Esto ha sido la base del discurso y la práctica dominante de los dirigentes estadounidenses, a pesar de la abundante evidencia científica que, al menos en el campo de la salud, contradice las asunciones de esta posición ideológica. Las administraciones de los presidentes estadounidenses Reagan, Bush, Clinton y Bush hijo, y las de los primeros ministros

ingleses Thatcher, Major y Blair, han promovido activamente, con una intensidad extraordinaria, políticas neoliberales en las principales agencias internacionales: Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Organización Mundial del Comercio (OMC) y, también, en la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3).

De esta manera, hemos asistido en las últimas décadas a una profunda transformación del sector farmacéutico, capitaneada por la OMC, bajo las directrices de los gobiernos norteamericano y británico y la pasividad generalizada de los demás. La aprobación del acuerdo TRIPS (Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights) con el reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual y la generalización internacional del sistema de patentes definidos ya en los acuerdos del GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) y adoptados de forma explícita en 1994 por la mayoría de los ministros de los 123 gobiernos participantes (4).

El reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos ha sido la base en la que se ha sustentado el modelo seguido, favoreciendo claramente el crecimiento del sector (gráfico 1).



El despegue económico de la industria farmacéutica, si comparamos los beneficios sobre ventas entre este sector y el conjunto de las 500 industrias más importantes del mundo a partir de los 80 y especialmente en el 94 (1), demuestra los beneficios que para los fabricantes de medicamentos ha supuesto la política impulsada por los neoconservadores.

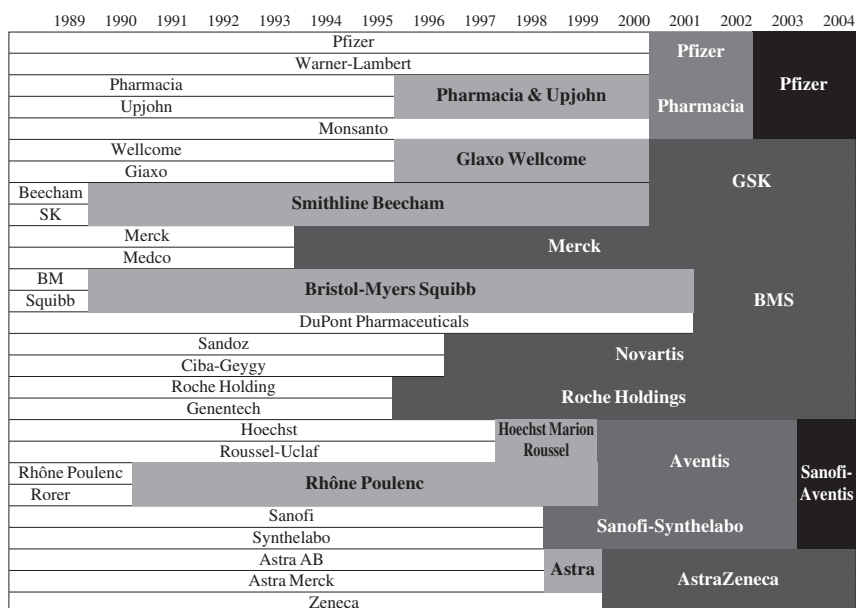
El acuerdo TRIPS, también conocido como ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), establece las normas mínimas de protección de los productos bajo patente y desde enero de 2000 se aplica ya de forma generalizada en los 140 países miembros de la OMC, permitiendo una moratoria a los países menos desarrollados que deberán aplicarlo en 2006, año en que se eliminarán de forma definitiva las fronteras comerciales para los medicamentos bajo patente.

El artículo 31 del acuerdo TRIPS reconoce actualmente la posibilidad de que, en situación de emergencia nacional, un gobierno pueda utilizar un producto todavía bajo patente sin el consentimiento del propietario, con la condición de que las tentativas para obtener la licencia, en unas condiciones comerciales razonables, hayan fracasado (4). El procedimiento es complejo y la resolución la dictamina la OMC. La catástrofe humanitaria que la extensión del SIDA está causando en África y las campañas de solidaridad internacional han obligado a aceptar en algunos casos las importaciones paralelas de medicamentos para intentar paliar esta tragedia.

Con la consolidación de la política neoliberal, el sector farmacéutico se ha integrado plenamente en el mercado de la globalización llevando a cabo importantes fusiones y adquisiciones (gráfico 2) (5). La industria investiga lo que es rentable y por ello el grueso del negocio se realiza en los países ricos (gráfico 3). En el año 2002, el 88% de las ventas se llevaron a cabo en los Estados Unidos, Canadá, Europa y Japón. Norteamérica, con el 5% de la población mundial, consume el 51% del total del gasto en medicamentos, con un crecimiento en 2002, en dinero constante, del 12% respecto a 2001. Le siguen Europa y Japón, que ha experimentado una disminución coincidiendo con períodos de recesión económica (6, 7, 8).

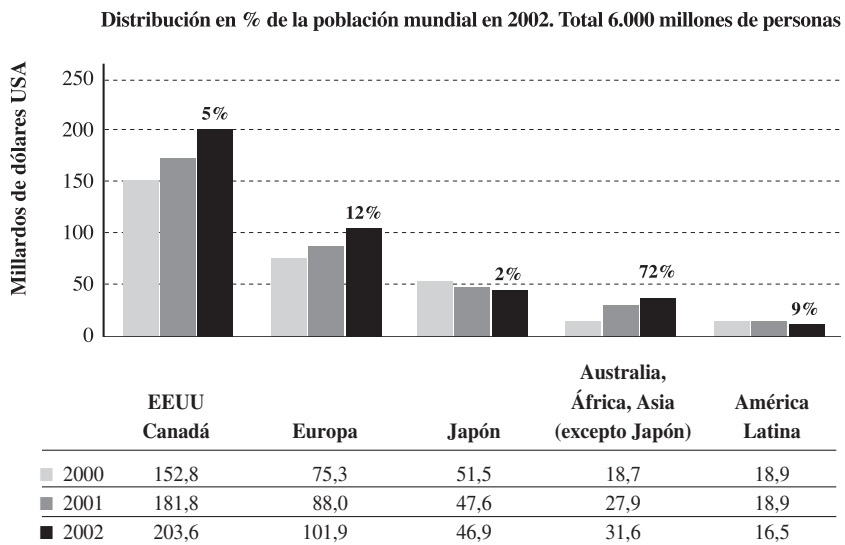
Como se investiga y promociona aquello que es rentable, no aquello que en términos de salud es socialmente necesario, los medicamentos que más cuota de mercado tienen son los antiulcerosos, hipolipemiantes, antidepressivos, antiinflamatorios no esteroideos, antagonistas de los canales del calcio, antipsicóticos, antidiabéticos orales, inhibidores de la ECA, cefalosporinas y eritropoyetinas, que en conjunto representan el 31% del mercado mundial (gráfico 4) (9, 10, 11).

GRÁFICO 2. Principales fusiones de la industria farmacéutica



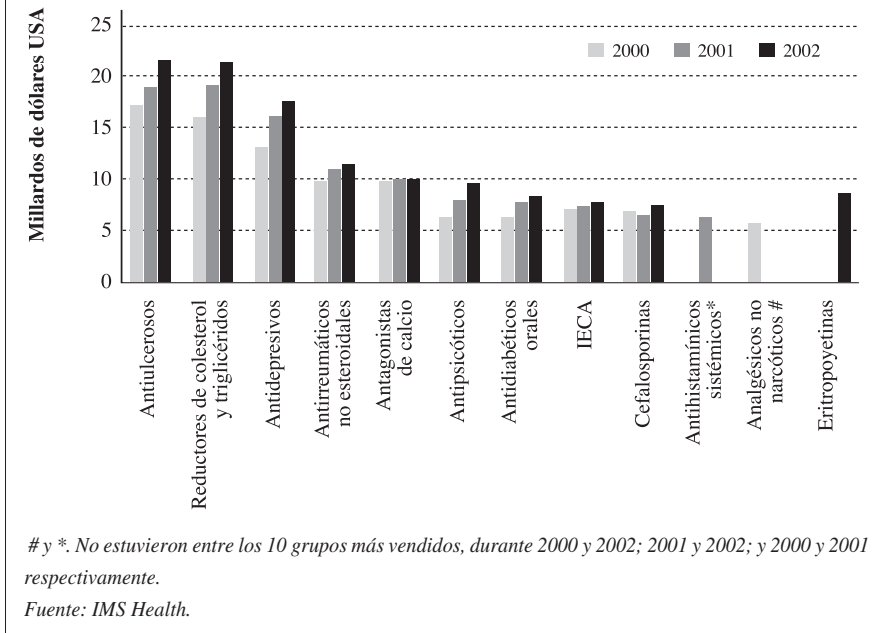
Fuente: Thomson Financial Securities en L'Industrie pharmaceutique en mutation.

GRÁFICO 3. Ventas mundiales por regiones



Fuente: IMS Health.

GRÁFICO 4. Grupos terapéuticos más vendidos a nivel mundial



La actual política farmacéutica mundial ha separado en dos grandes bloques el mundo, distinguiendo las regiones ricas, capaces de pagar la factura farmacéutica, y por lo tanto objeto de investigación, aunque con bolsas de pobreza que hace que sin un sistema sanitario público universal amplios sectores estén excluidos de los beneficios de la terapia, y las regiones pobres, incapaces de pagar los medicamentos que deben importar, ya que carecen de investigación propia y de muchos de los medicamentos necesarios. El modelo de empresa farmacéutica que ha triunfado es el que es capaz de mantener líneas de investigación rentables y puestos de trabajo en los países donde se localizan.

EL MEDICAMENTO EN LA UNIÓN EUROPEA

En los años 70, el sector farmacéutico se desarrollaba de forma armónica. Sin olvidar la importancia industrial del medicamento, éstos se justificaban en una perspectiva de salud pública, pero a partir de los 80, y especialmente desde 1994 –acuerdos GATT– y 1995 con la entrada en funcionamiento de la Agen-

cia Europea del Medicamento (EMA), la transformación del sector se ha consolidado. El hecho de que la EMA dependa directamente de la Dirección General de Industria de la Comisión Europea ha contribuido a que se hayan priorizado los aspectos industriales, de rendimiento empresarial, sobre los sanitarios, apostándose por la importancia estratégica del sector farmacéutico en las economías de los países industrializados.

La producción de medicamentos es uno de los objetivos industriales por la riqueza que generan. En los 15 países integrantes de la Unión Europea (UE), hasta el 1 de mayo de 2004, excepto Luxemburgo, que carece de industria farmacéutica, y Portugal donde ha decrecido, la producción ha aumentado, habiéndose casi duplicado desde los 57.600 millones de euros en 1990 a los 105.500 millones en 1999 (cuadro 1) (12).

El flujo comercial internacional ligado a los medicamentos tampoco para de crecer. En 1980, las exportaciones totales de la industria farmacéutica de la UE (incluyendo a Suiza) sumaban en torno a los 7.000 millones de euros, en 1999 esta cifra se había multiplicado hasta los 63.000 millones (13).

CUADRO 1. Evolución de la producción de medicamentos en Europa (1990-1999)*					
	1990	1995	1999	Evolución 1999/1990 (%)	Parte del total de la producción UE (%)
Alemania	12,5	17,3	18,3	+47	17,4
Austria	0,7	1,1	1,3	+82	1,2
Bélgica	1,6	3,2	4,2	+167	4,0
Dinamarca	1,0	2,0	3,0	+92	2,9
España	4,2	5,0	6,8	+62	6,4
Finlandia	0,5	0,5	0,6	+27	0,6
Francia	12,4	18,0	23,4	+88	22,2
Grecia	0,4	0,5	0,4**	+8**	0,4
Irlanda	0,8	1,7	5,0	+525	4,8
Italia	10,3	8,8	13,5	+32	12,8
Luxemburgo	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Holanda	1,4	2,0	4,5	+213	4,3
Portugal	0,6	0,4	0,4**	- 32**	0,4
Reino Unido	9,6	14,3	18,5	+92	17,5
Suecia	1,5	3,3	5,3	+253	5,0
Total UE	57,6	78,0	105,4	+83	100
Suiza	5,2	8,9	13,8	+265	

* En miles de millones de euros. ** Datos de 1998.
Fuente: EFPIA (Federación Europea de Asociaciones y de Industrias Farmacéuticas) en «L'industrie pharmaceutique en mutation».

Diversas directivas europeas han allanado el camino para la armonización legislativa en la UE, aproximando las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos, con el fin de lograr decisiones uniformes en toda la Unión y garantizar el buen funcionamiento del mercado interior de la salud.

Los datos que dibujan la preeminencia de los intereses corporativos sobre los de la salud contradicen sin embargo el espíritu de las leyes que desarrollan el sector. Así, el Reglamento (CEE) nº 2309/93 del Consejo, de 22 de julio de 1993, que establece los procedimientos comunitarios para la autorización y supervisión de medicamentos de uso humano y veterinario, por el que se dictamina la política farmacéutica en Europa y por el que se crea la EMEA, verdadero órgano decisorio del registro de medicamentos, dice expresamente: «Considerando que la experiencia adquirida tras la aplicación de la Directiva 87/22/CEE muestra que es necesario establecer un procedimiento comunitario centralizado de autorización para los medicamentos tecnológicamente avanzados, en particular los obtenidos por biotecnología; que este procedimiento debe hacerse también extensivo a los responsables de la comercialización de medicamentos que contengan sustancias activas nuevas para uso humano... Considerando que, en interés de la salud pública, es necesario que las decisiones sobre la autorización de estos medicamentos se basen en los criterios científicos objetivos de calidad, seguridad y eficacia, excluyendo consideraciones económicas o de otro tipo; que no obstante, excepcionalmente, los Estados miembros deben poder prohibir el empleo en su territorio de medicamentos de uso humano que infrinjan criterios objetivamente definidos de moralidad u orden público» (14). Un párrafo bienintencionado que, no obstante, abre una puerta enorme a la introducción de medicamentos de elevado precio.

Las autoridades europeas, o nacionales, aceptan el registro de nuevos medicamentos, y las segundas los precios propuestos, tras la realización de los oportunos ensayos clínicos que justifican las bondades, eficacia y seguridad del nuevo fármaco y la importancia de su comercialización (15). Si el correspondiente ensayo prueba lo anterior, las administraciones públicas carecen de argumentos para denegar su utilización.

Estos estudios se realizan, en principio, de forma rigurosa y gozan del mayor prestigio en la literatura médica. Sin embargo, el hecho de que en su gran mayoría se realicen por iniciativa de la industria farmacéutica y, gracias a una legislación poco intervencionista, ésta es la propietaria de los datos y, con todo el derecho que les da la ley, los publica o no según los resultados obteni-

dos. De nada vale que la mayoría de ellos se realicen en hospitales universitarios públicos y que los investigadores sean médicos de estos centros porque, aunque tengan datos parciales, éstos son propiedad del promotor, en su mayoría un laboratorio farmacéutico.

Aunque, recientemente, se está pretendiendo una mayor transparencia y accesibilidad desde las administraciones públicas a esa información (15), la realidad actual es otra: cuando los resultados son «buenos», el estudio se publica y el medicamento se promociona; si son «malos», se archivan. El laboratorio no está obligado a informar ni a publicar los resultados negativos. La omisión de estos datos incrementa el valor positivo del fármaco y pone en entredicho el valor de la información publicada y la solidez de la «medicina basada en la evidencia».

Con el dominio de la información se facilita la incorporación de novedades, algunas de escaso valor terapéutico, permitiendo la renovación de medicamentos antiguos por nuevos, generalmente mucho más caros y no más eficaces o seguros. La revista *Prescrire* ha realizado una valoración de los medicamentos registrados en los últimos 23 años (cuadro 2). Como puede apreciarse, sólo un 10,5% de los nuevos productos aporta un beneficio claro (16). Los diseños galénicos novedosos, los llamados «me too», moléculas similares a las ya comercializadas, son pequeñas argucias que favorecen la actividad en el mercado y permiten el aumento de los márgenes empresariales, vía precio, aunque los beneficios terapéuticos sean escasos.

La publicidad en revistas profesionales asegura, además, un cierto control sobre los temas publicados, que se apoya con la financiación de estudios promocionales, realizados por profesionales «expertos», que proporcionan una publi-

CUADRO 2. Valoración de la revista <i>Prescrire</i> de los nuevos medicamentos		
Valoración	Número de especialidades	%
Excelente	7	0,24
Interesante	77	2,68
Aporta algo	217	7,56
Eventualmente útil	455	15,85
No aporta ninguna novedad	1.913	66,63
No se considera aceptable	80	2,79
No se pronuncia	122	4,25
Total	2.871	100
<i>Medicamentos registrados entre 1981 y 2003 (ambos incluidos) en Francia. Este número corresponde a las nuevas especialidades o nuevas indicaciones de prescripción médica.</i>		

cidad de lujo. Los beneficios económicos que pueden derivarse de una exitosa campaña de marketing explicarían las cifras mencionadas anteriormente sobre la incidencia de este tipo de gastos en el precio de un medicamento.

Esta situación puede complicarse si se aceptara la publicidad dirigida a los pacientes, ya autorizada en los Estados Unidos, y muy puntualmente en Europa. La publicidad desregulada que va directamente a los colectivos, preocupados por sus problemas de salud o que buscan mejoras en su calidad de vida, suprime el papel de agencia del médico y expone a los ciudadanos a una información, cuando menos, parcial, aduciendo el derecho a la libertad de información.

Queda claro, pues, que el precio no se establece de acuerdo con los costes que ha supuesto la investigación y el desarrollo de la molécula y los que genera su fabricación y comercialización, sino por las supuestas mejoras en salud o en el ahorro que su utilización va a producir en los sistemas de salud, unos beneficios sobredimensionados gracias al monopolio que de la información tiene la industria farmacéutica en los primeros años de existencia del medicamento y de que la valoración de los costes sanitarios se realiza de acuerdo a los precios de la atención sanitaria en los países fabricantes: EEUU, Japón y algunos de la Unión Europea, países ricos.

El poder adquisitivo de los ciudadanos compradores es de esta manera determinante y provoca sustanciales diferencias de precios (17), que en el seno de la UE favorece la existencia de un mercado paralelo de medicamentos desde las zonas más baratas a las más caras (cuadro 3). La existencia de este mercado paralelo es uno de los argumentos que esgrime la industria farmacéutica para evitar la comercialización de fármacos a distintos precios, y la excusa para no adoptar precios diferenciados en países con distintos niveles de renta, sobre todo en países en desarrollo.

CUADRO 3. Precio medio ponderado de los medicamentos. Año 1998	
Países	PVI + IVA (euros)
Alemania	16,25
Holanda	16,03
Reino Unido	13,23
Bélgica	13,08
Italia	8,74
España	7,86
Francia	7,50
<i>Fuente: Farmaindustria 2001 en Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.</i>	

La estructura económica en que se asienta la política farmacéutica, como hemos dicho antes, ha separado en dos grandes bloques el mundo, abriendo una brecha creciente entre los países ricos, capaces de pagar la factura farmacéutica, con sistemas de seguros sanitarios que dan cobertura a amplios sectores de la población, y los países pobres, incapaces de pagar los medicamentos que deben importar de los países ricos y con sistemas sanitarios incapaces de mantener sistemas eficaces de distribución de medicamentos.

SITUACIÓN EN LOS PAÍSES POBRES

La situación social y económica que viven las zonas más desfavorecidas del planeta, agravada por las guerras, por las migraciones humanas, por la aparición de epidemias, por la imposibilidad de acceso a medicamentos vitales..., son algunos de los problemas con los que se enfrentan los países menos desarrollados, eufemísticamente llamados en vías de desarrollo.

El acuerdo TRIPS con la generalización de la patente ha supuesto un encarecimiento de los medicamentos protegidos y una reducción de su actividad industrial. También ha impedido, por ejemplo, financiar algunos tratamientos antirretrovirales, situación que ha provocado la indignación de muchos países. En 2001, en la cumbre de la OMC en Doha, gracias a la coordinación de una gran mayoría de países del Tercer Mundo, liderados por Brasil y la India, se consiguió aprobar una declaración en que se reconocía la primacía de los objetivos de salud y la posibilidad de conceder licencias obligatorias en situaciones de emergencia para fabricar medicamentos. Bonitas palabras frente a una tragedia de enormes dimensiones. Queda el problema de cómo pueden beneficiarse de esta propuesta los países que no tienen industria farmacéutica y necesitan inevitablemente importar los medicamentos de los países productores.

El retrato que de esta situación hace Juan Rovira, economista del Banco Mundial, es clarificador: «Además de la inaccesibilidad que supone la patente, una gran parte de la población mundial no tiene acceso ni siquiera a medicamentos antiguos genéricos. El problema es adecuar el problema a la capacidad de pago, sobre todo en países pobres, que ni son capaces de producirlos ni de adquirir ni siquiera medicamentos esenciales. Otro de los problemas es el de la corrupción y el fraude. Los países menos desarrollados disponen de una limitada capacidad de control de los medicamentos, lo que les hace susceptibles a la introducción de fármacos fraudulentos, en el mejor de los casos, total o parcial-

mente inefectivos, y, en otros, potencialmente nocivos. La actitud de los países desarrollados ante este problema no es siempre un ejemplo de ética: por ejemplo, hay países industrializados que no aplican a los medicamentos para la exportación los mismos criterios de control y seguridad que exigen para los destinados al consumo local. ¿Cuál ha de ser el papel de los organismos internacionales en el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos financiados mediante sus préstamos y donaciones a países en desarrollo?» (18).

La inequidad que supone la política sanitaria actual hace que, con mayor o menor fortuna, organismos internacionales como la OMS, ONUSIDA, en el que se integran también UNICEF, UNESCO, OMS, BM y organizaciones no gubernamentales, como Intermón-Oxfam, Médicos Sin Fronteras (MSF) y otros, establezcan negociaciones con los laboratorios fabricantes dueños de las patentes y con la OMC, para intentar abaratar los precios y para que los medicamentos puedan llegar a la población enferma. Buenas intenciones que no solucionan el problema de fondo.

La estrategia farmacéutica de la OMS se adoptó en la 54 Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA54.11), y como reconoce el informe de la Secretaría, «tiene como objetivo contribuir a salvar vidas y mejorar la salud, reduciendo la enorme brecha existente entre las posibilidades que ofrecen los medicamentos esenciales y la situación real de millones de personas, para quienes los medicamentos no están disponibles, son inasequibles, no satisfacen los criterios de inocuidad, tienen una calidad insuficiente o no se utilizan de forma adecuada». Para el período 2000-2003 se establecieron como áreas prioritarias las principales enfermedades de la pobreza: VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades de la infancia (19).

En junio de 2000 se reconoció a la OMS la condición de observador en el Consejo de la OMC para los ADPIC. Esto permitió que en el comunicado acerca de la declaración sobre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública adoptada por la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha en noviembre de 2001, la directora general celebrara la conclusión de que el acuerdo sobre los ADPIC «puede y deberá ser interpretado y aplicado de forma que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso a los medicamentos para todos» (20). Pero a pesar de estas declaraciones llenas de buena intención, la situación sigue siendo dramática para la mayoría de la población de África, América del Sur y Asia.

En sentido contrario a los deseos expuestos en el párrafo anterior, algunos tratados comerciales de EEUU con países poco desarrollados como Bolivia,

Ecuador, Colombia y Perú intentan reforzar la normativa que regula la propiedad intelectual más allá de lo que establecen los acuerdos ADPIC en detrimento de la salud pública (21). Estos acuerdos pueden repercutir en la ya maltrecha economía de América del Sur, que además de pagar más por los productos importados, verá dañada su ya débil industria farmacéutica local.

Además de la barrera que supone el precio de los medicamentos para los países pobres, y puesto que como hemos dicho el 88% de las ventas se realizan en EEUU, Canadá, Europa y Japón, la investigación actual se dirige hacia los medicamentos rentables desde el punto de vista comercial, lo que provoca que, de acuerdo con informaciones de la OMS, de unos 1.400 nuevos productos desarrollados por la industria farmacéutica entre 1975 y 1999, sólo 13 están destinados al tratamiento de las enfermedades tropicales y tres a la tuberculosis (20).

Si el actual conglomerado industrial farmacéutico no es capaz de cubrir ese descomunal vacío terapéutico para las llamadas «enfermedades desatendidas» o «enfermedades relacionadas con la pobreza», han de ponerse en marcha iniciativas públicas o institucionales que proporcionen el acceso a la salud a millones de personas en el mundo.

A MODO DE CONCLUSIÓN, PERSPECTIVAS FUTURAS

En los países con sistemas de protección social que financian en gran parte el consumo de medicamentos, los períodos de crisis económica que se han producido no han afectado a sus ciudadanos de la misma forma que en aquellos en los que los pacientes deben pagar directamente su consumo, lo que excluye a capas importantes de la población de los beneficios terapéuticos actuales. Las medidas que tienden a potenciar la corresponsabilidad económica de los pacientes, como el famoso copago, tienen el riesgo de excluir a los sectores con menor poder adquisitivo de la terapéutica farmacológica. Pero, además, tampoco parecen eficaces para reducir la factura farmacéutica. Bastaría para apuntarse a esta opinión revisar el consumo de medicamentos en aquellos países donde el sistema público y las primas de las aseguradoras no cubren la mayoría de los medicamentos. Ni se reduce el consumo ni la factura farmacéutica, tan sólo se reduce el poder adquisitivo de los enfermos, que deben dedicar cantidades crecientes de sus ingresos al gasto sanitario, dejando a los menos pudientes en brazos de instituciones de caridad.

Una parte de esta contradicción, que no debate, la vivimos en Europa ante la incapacidad de las administraciones para frenar un gasto en medicamentos que no para de crecer pese a los intentos de los diferentes gobiernos que recurren a «medicamentazos», recortes de márgenes en la distribución, «primas» a los fabricantes si consiguen reducir el presupuesto sanitario, etc. Desde luego, el problema es muy complejo y de difícil solución, ya que una gran parte del encarecimiento se debe a la estructura económico-sanitaria en que se sustenta el medicamento, y que se ha extendido ampliamente en el nuevo escenario de la globalización.

En el mundo del medicamento se dan situaciones paradójicas que lo hacen peculiar desde su inicio: la investigación, el desarrollo y la promoción están en manos de la industria farmacéutica; la autorización, la prescripción y la financiación dependen fundamentalmente de las administraciones públicas y de las agencias reguladoras, de la decisión de sus políticos, de sus funcionarios y de sus profesionales. Y con los datos económicos disponibles es evidente que algo no funciona en esta necesaria coordinación de intereses. El abuso de unos y la pasividad de otros favorece este desequilibrio y pone en evidencia la necesidad de una reforma y el mayor protagonismo de los gobiernos que deben administrar los presupuestos públicos.

En los países pobres, la situación está ya en el peor de los escenarios posibles. Sin embargo, la actitud coordinada de estos países en la Conferencia de Doha abre una esperanza para una reestructuración del sector. La situación de defensa de los intereses industriales en detrimento de los intereses humanitarios ha llegado a un punto en que el cambio de esta estructura es ya una necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Public Citizen. Pharmaceuticals Rank as Most Profitable Industry, Again «Druggernaut» Tops All Three Measures of Profits in New Fortune 500 Report.

http://www.citizen.org/congress/reform/drug_industry/corporate/articles.cfm?ID=7416

(2) Ugalde A. «¿Cuánto cuesta producir un nuevo medicamento?» *Salud 2000*; nº 91: 6-12.

(3) Navarro V. «The world situation and WHO». *Lancet* 2004; 363: 1321-23.

(4) Organización Mundial del Comercio. Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio. http://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf

(5) Weinmann N. «Les acteurs mondiaux: une redistribution des cartes». En *L'Industrie pharmaceutique en mutation*. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les etudes de La documentation Française. Paris 2002.

(6) Global Pharmaceutical Sales by Region, 2000. IMS Health, World Review, 2000. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065745_40065754,00.html.

(7) Global Pharmaceutical Sales by Region, 2001. IMS Health, World Review, 2001. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065736_40066872,00.html

- (8) Global Pharmaceutical Sales by Region, 2002. IMS Health, World Review, 2002. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41527077_41527086,00.html
- (9) Leading 10 Therapy Classes by Global Sales, 2000. IMS Health, World Review, 2000. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065745_40065778,00.html
- (10) Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2001. IMS Health, World Review, 2001. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065736_40066920,00.html
- (11) Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2002. IMS Health, World Review, 2002. http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41527077_41551530,00.html
- (12) Moreau A. «La production». En *L'Industrie pharmaceutique en mutation*. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les etudes de La documentation Française. Paris 2002.
- (13) Moreau A. «Le marché, la demande». En *L'Industrie pharmaceutique en mutation*. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les etudes de La documentation Française. Paris 2002.
- (14) Diario Oficial nº L 214 de 24.8.1993, p.1-21 Reglamento (CEE) 2309/93 del Consejo de 22 de julio de 1993.
- (15) Diario Oficial nº L 121 de 1.5.2001, p.34-44. Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de abril de 2001.
- (16) Anónimo. «Prix et remboursement del médicaments: la course aux pris délirants». *La Revue Prescribe*. Febrier 2004;42(247):142-147.
- (17) López-Casanovas G. «Algunas consideraciones sobre el gasto farmacéutico en España y su financiación». En *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos*. Dir. Jaime Puig-Junot. Ed. Masson S.A. Barcelona 2002.
- (18) Rovira J, «Medicamentos, globalización y países en desarrollo». *Economía y Salud* nº 43, Ed. Asociación Economía de la Salud. Pag, 1-2. Enero 2002.
- (19) Estrategia farmacéutica de la OMS: Marco para la acción en relación con los medicamentos esenciales y la política farmacéutica 2000-2003. Ginebra, OMS, 2000 (documento WHO/EDM/2000.1).
- (20) Derechos de la propiedad intelectual, innovación y salud pública. Ginebra, OMS, 2003 (documento WHA56.17).
- (21) Centroamérica: la firma del CAFTA amenaza el acceso a medicamentos esenciales en la zona. MSF. http://www.msf.es/4_1_4.asp.

GLOBALIZACIÓN Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS¹

PEDRO REY BIEL*

JAVIER REY DEL CASTILLO**

1. DEFINICIÓN Y VALORACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Las tecnologías sanitarias son el conjunto de «medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, y los sistemas organizativos dentro de los cuales se provee el cuidado» (1).

Podría parecer que una definición tan amplia contribuye a diluir el objeto de estudio al que corresponde este artículo. Sin embargo, de la amplitud de la definición se derivan al menos dos ventajas:

- Incluir en un mismo objeto de análisis sectores cuyos modos de producción, mecanismos de difusión, procedimientos de compra y sistemas de financiación, formas de distribución y otras muchas características son diferentes, lo que puede permitir la comparación de esos aspectos entre los sectores que forman parte del estudio.
- Llamar la atención sobre el hecho de que las consecuencias de la aplicación de las tecnologías sanitarias a la atención médica tienen que ver no sólo con las propias características tecnológicas, sino también con las distintas formas organizativas y de distribución bajo las que se aplican, que condicionan los resultados, tanto a nivel individual como social.

* University College London.

** Médico Inspector. Miembro de la FADSP.

¹ La redacción de este trabajo se cerró en enero de 2004. Desde esa fecha han ocurrido hechos (como la retirada del mercado del Vioxx y otros coxibes por sus efectos secundarios) y aparecido ciertos textos de interés para el análisis de algunas de las cuestiones que se tratan en este trabajo. En relación con la industria farmacéutica se puede ver, por ejemplo, Ángell, M. *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. Random House, 2004.

De las tecnologías sanitarias, entendidas en esos términos, se resaltan habitualmente dos aspectos: su contribución a la mejora de la salud de las personas y de las poblaciones, y su importancia creciente en la determinación del gasto de todos los sistemas sanitarios.

1.1. La contribución de las tecnologías sanitarias a la salud de la población

Que la razón de ser de las tecnologías sanitarias es contribuir a la mejora de la salud es un criterio extendido, sobre el que no parecería en un primer momento necesaria más reflexión. Sin embargo, la idea global según la cual la mejora de la salud de las poblaciones sería la resultante en un grado significativo de la aplicación de las mejoras logradas en las tecnologías sanitarias disponibles, cuyo crecimiento exponencial ha caracterizado la segunda mitad del siglo XX, fue puesta por primera vez en cuestión de una manera explícita por el epidemiólogo McKweon al final de la década de los setenta (2).

Observaciones más actuales (3) han confirmado en lo esencial el escaso valor de las tecnologías sanitarias más avanzadas en las mejoras de los niveles de salud, en especial en las reducciones de la mortalidad y la prolongación de la esperanza de vida, conseguidas en los países más desarrollados antes de 1950. Sin embargo, el desarrollo tecnológico, conforme a un ritmo geométrico de progreso, ha sido mucho más rápido desde 1950, por lo que las observaciones anteriores no son trasladables de manera automática a la situación actual. Las mismas observaciones de McKweon han sido sometidas a un análisis más preciso (4), que, reduciendo la escala de análisis, permitiría demostrar una contribución a la disminución de la mortalidad proporcionalmente significativa de las terapias contra ciertas enfermedades específicas desde los niveles reducidos en los que ya se encontraba antes de su utilización como consecuencia de otros factores de carácter social².

² La correlación más significativa con la reducción de la mortalidad que McKweon observó fue con el promedio del nivel absoluto de ingresos económicos individuales de la población inglesa. Estas valoraciones dieron lugar a una polémica sobre las medidas más adecuadas para mejorar la salud de las poblaciones que todavía continúa, dando soporte, entre otras consecuencias, a las posiciones que promueven el crecimiento económico general como la medida más adecuada para conseguir ese objetivo, frente a quienes consideran que la mayor contribución al mismo puede hacerse disminuyendo la desigualdad económica dentro de cada sociedad (5), y con la contribución a ello de programas públicos de mejora de la calidad de vida individual y el medio ambiente, incluyendo entre ellos la creación y mantenimiento de los servicios públicos de salud.

En todo caso, la puesta en cuestión de los efectos de las tecnologías sanitarias sobre la salud de las poblaciones ha provocado una multiplicación de trabajos dirigidos a valorar los beneficios que aportan las innovaciones técnicas introducidas en los cuidados de salud, sea con carácter global o por grupos de tecnologías específicas (6), sin que se puedan deducir unas conclusiones homogéneas.

Algunos trabajos de carácter general señalan una aportación significativa de las tecnologías sanitarias en conjunto a la mejora de la esperanza de vida en ciertos países, en especial los Estados Unidos, que es donde se han desarrollado más ampliamente este tipo de estudios (7, 8). Lo mismo ocurre con algunos trabajos dirigidos a analizar los efectos globales de los medicamentos (9); los resultados en esta línea son utilizados para sugerir propuestas para incrementar la inversión en I+D en medicamentos. En un trabajo realizado sobre una muestra de 21 países de la OCDE (10) se ha sugerido que la productividad global del gasto farmacéutico, que tendría una influencia positiva sobre la esperanza de vida de las poblaciones observadas, es superior a la de otros componentes del gasto sanitario. La conclusión de este trabajo es que aumentar el consumo farmacéutico, en especial a determinadas edades (a partir de los sesenta años), sería la manera más adecuada de aumentar la esperanza de vida de la población. Un estudio posterior de los mismos autores (11) ha desarrollado nuevas metodologías para perfeccionar y ampliar esa conclusión.

Otros trabajos han centrado su investigación en la valoración de los efectos de las nuevas terapias sobre áreas concretas de patologías específicas diferentes (12), derivando de los beneficios observados para cinco grupos de patologías distintas, medidos en términos económicos de coste-beneficio, una justificación del uso de las tecnologías sanitarias en general.

Contra valoraciones positivas como las citadas, otros trabajos ofrecen resultados opuestos: una valoración de los nuevos medicamentos anticancerosos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento durante los primeros seis años de su funcionamiento no ofrecían mejoras destacables en términos de supervivencia, calidad de vida o reducción de efectos secundarios respecto a los disponibles previamente. Todos ellos, sin embargo, tenían un precio muy superior (13). Otros trabajos (14, 15) destacan que, con carácter general, la frecuencia con la que se produce el desarrollo de medicamentos realmente novedosos es cada vez menor, concentrándose la «innovación» en medicamentos que introducen novedades no significativas en líneas terapéuticas ya desarrolladas.

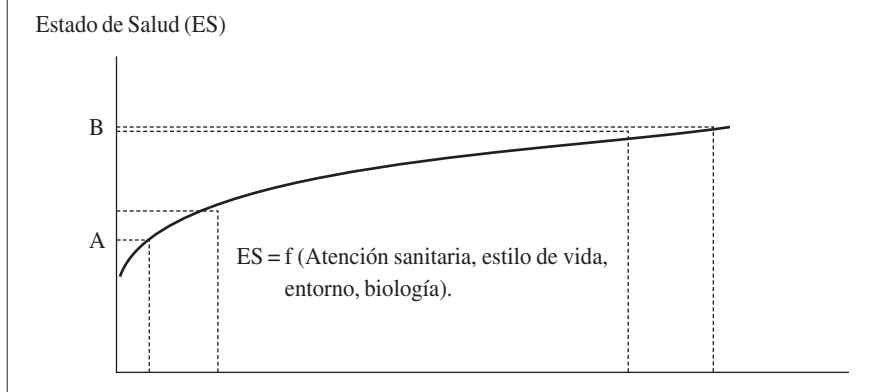
De los trabajos más generales, como los citados en primer lugar, existe un debate sobre sus dificultades metodológicas, que limitan las posibilidades de que conclusiones como las mencionadas puedan fundamentar de manera adecuada la toma de decisiones en los sistemas sanitarios. Una de estas dificultades estriba en la ausencia de variables que representen de forma apropiada todos los factores que hay que controlar si se quiere determinar la contribución marginal de un recurso individual, como los medicamentos o determinadas tecnologías, en la función de producción de salud. Otra dificultad deriva del hecho de que el recurso cuya productividad marginal se desea conocer tiene, a su vez, una productividad heterogénea, variable de unos a otros productos; a lo que hay que añadir que la combinación de medicamentos y tecnologías, y la antigüedad de unos y otras, es diferente en cada sistema de salud (16).

Otros observadores (6) han señalado que el valor agregado del uso de las técnicas sanitarias se reduce en proporción a su sobreutilización. La variabilidad de la práctica médica en un mismo país, puesta de relieve en otros trabajos, ha puesto también de manifiesto que la intensidad del uso de determinadas tecnologías en territorios distintos no tiene una relación demostrable con los resultados en salud (17).

Frente a la dificultad de conciliar en un criterio único la contribución de las tecnologías sanitarias a la salud de la población cabe destacar dos aspectos generales resultantes de la experiencia de su aplicación:

- Según Puig-Junoy (16), el conocimiento más convencional en economía de la salud reconoce que la relación entre recursos empleados para mejorar el estado de salud (incluyendo entre ellos las tecnologías sanitarias, pero también las medidas de salud pública, la mejora de los hábitos de vida y otras) y los resultados obtenidos con esos recursos (mejora de la supervivencia y de la calidad de vida) depende del nivel de desarrollo del país en que se emplean. Esa relación forma una curva de pendiente inicial inclinada (con pocos recursos se obtienen mejoras importantes en el estado de salud), que, por el contrario, se hace asintótica con la horizontal a partir de cierto nivel de recursos empleados (escasas mejoras en el estado global de salud por mucho que se aumenten los recursos). Los países ricos se mueven en esa parte plana de la curva, en la que el coste adicional de las innovaciones no añade casi ninguna mejora al estado de salud, mientras que en los países pobres ocurre lo contrario (aunque al no disponer de recursos, ni en niveles bajos, las posibilidades de mejorar el estado de salud a niveles aceptables son escasas).

GRÁFICO 1. Relación entre consumo de recursos sanitarios y estados de salud



- Esta contradicción entre la mayor necesidad y productividad de los recursos sanitarios por parte de quienes los tienen menos disponibles fue puesta ya en evidencia hace tiempo por Julian Tudor Hart, a partir de datos regionales del NHS británico. En 1971 enunció la llamada «ley del cuidado inverso» (18), conforme a la cual la disponibilidad de buena atención sanitaria tiende a variar de manera inversa a la necesidad por parte de la población atendida en cada caso. Esta ley, según su autor, opera más completamente cuanto más expuesta está la atención sanitaria a las fuerzas del mercado, y menos cuanto menor es esa exposición. La evolución al «mercado global», que se analiza en este artículo, sólo ha variado la situación en el sentido de hacerla válida no sólo en el nivel del servicio de salud de cada país³, sino en las relaciones entre países y, como se verá más adelante, de manera específica en lo relacionado con las tecnologías sanitarias.

³ Una revisión actualizada de la ley citada (19) confirma básicamente las conclusiones mencionadas en un país en el que, al menos teóricamente, el desarrollo de un Servicio Nacional de Salud debería garantizar la igualdad en el acceso a los recursos de eficacia demostrada a toda la población, aunque ahora sean distintas las formas de expresión: demostrada la efectividad de determinadas intervenciones clínicas novedosas con los métodos de la Medicina Basada en la Evidencia, su aplicación tiende a concentrarse en los grupos de mayores ingresos, y mejor informados, de la población. Por el contrario, permanecen sin valorar los costes añadidos que supondría lograr la aplicación de esas mismas medidas en las áreas en las que la capacidad adquisitiva (y el nivel cultural) es menor. Como consecuencia, esas áreas deprimidas resultan perjudicadas por las fórmulas de distribución de recursos que se emplean en aquel país, que utilizan estándares que no tienen relación con el nivel económico de las distintas poblaciones, provocando con ello diferencias significativas en el acceso a las nuevas tecnologías aplicables.

A los problemas de valoración de la contribución de las tecnologías sanitarias a la mejora de la salud de las poblaciones se han añadido en fechas más próximas otros problemas distintos: los avances tecnológicos han dado un salto cualitativo importante en los últimos años, con las innovaciones producidas en la genética y la medicina reproductiva. A partir de las técnicas de manipulación genética, y en ocasiones con la colaboración de ciertas técnicas de reproducción (clonación), se han abierto posibilidades para el diseño de terapias y medicamentos a la medida del receptor.

Un problema de esas nuevas perspectivas son sus costes, que en el futuro previsible no parece que las pueda hacer asequibles a toda la población, incluso en los países desarrollados que disponen de sistemas públicos de salud. Al obstáculo ético que suponen las desigualdades que se generarán a partir de esa situación algunos autores (20) argumentan que de las técnicas únicamente disponibles al principio para unos pocos se derivan con frecuencia descubrimientos de un valor más general para todos, y asimismo que el remedio para la injusticia es la redistribución, y no negar beneficios para algunos sin una ganancia correspondiente para otros. Esos criterios pueden resultar contradictorios con otros valores vigentes al menos en buena parte de las sociedades occidentales, que se corresponden en algunos de sus extremos con la denominada «regla del rescate» (21), conforme a la cual no se acepta no actuar ante cualquier persona cuando hay medidas potencialmente eficaces para hacerlo, y no cabrían al respecto discriminaciones por razones económicas. La aplicación al extremo de esos criterios «de rescate» para estas innovaciones tecnológicas introduce un factor multiplicado de tensión a las que ya viven los sistemas sanitarios en razón de la evolución de sus gastos. Contradecir esos principios, arraigados en una fase de la evolución tecnológica en la que los costes de la innovación eran asumibles, supone, por su parte, introducir otras contradicciones en nuestras sociedades, para cuya solución no se dispone ni de experiencia previa ni de fórmulas que hayan acreditado su eficacia.

Un paso aún más allá de esas cuestiones, otros autores (22, 23) han planteado que de la combinación de las técnicas de la ingeniería genética y de la reproducción asistida se pueden derivar problemas cualitativamente diferentes de los actuales, como sería la posibilidad de generar hasta razas distintas, en las que se acentuaran, a disposición de sus progenitores, unos u otros caracteres ventajosos, físicos, inmunológicos, o de otra naturaleza, en la línea de lo que previó Huxley en su *Mundo Feliz* (24).

Respecto a estas cuestiones, lo que cabe decir es que la evolución tecnológica que se está produciendo, por su propio ritmo, sobrepasa a cualquier solución social que pretenda darse a las mismas, por lo que cabe hablar más bien de adaptación por parte de las sociedades a una realidad que se ha impuesto con escasa posibilidad de control.

1.2. Las tecnologías y la evolución del gasto sanitario

El crecimiento del gasto sanitario es un problema general que afecta a la sostenibilidad de todos los sistemas sanitarios públicos con sus actuales formas de financiación (25, 26, 27).

En el momento actual, y desde hace tiempo, tanto en el análisis internacional comparado (28, 29) como en referencia a países concretos, como los Estados Unidos (30, 31, 32), el Reino Unido (33, 34) o España (35, 36, 37), hay coincidencia en señalar la innovación tecnológica (principalmente los nuevos medicamentos), la intensidad del uso de las tecnologías y el precio de las mismas como los factores más importantes de crecimiento del gasto sanitario⁴.

Por su parte, investigaciones recientes (47) demuestran que los incrementos en la oferta de nuevas tecnologías se asocian a la mayor utilización de éstas y al incremento del gasto en los servicios correspondientes, sin variaciones importantes en la calidad de los servicios.

Algunas opiniones que difieren de los criterios citados (48, 49, 50) tienen una tendencia común a señalar que la responsabilidad que cabe atribuir a las tecnologías sanitarias en el crecimiento del gasto sanitario, que resulta innegable, no es achacable a las propias tecnologías y sus características de producción y distribución, sino al uso inadecuado de las mismas, del que se responsabiliza principalmente a la existencia de formas de pago por terceros (aseguradores públicos o privados) que estimulan una demanda inadecuada y sin control.

La relación entre el proceso de innovación tecnológica más acelerado y la extensión de la cobertura sanitaria de la población se describió ya hace tiempo

⁴ Por el contrario, cada vez hay más trabajos (38-42) en los que se resta importancia proporcional al envejecimiento de las poblaciones correspondientes como factor determinante del crecimiento del gasto sanitario. Incluso el crecimiento del gasto atribuido al envejecimiento de la población, proceso común a los países desarrollados, parece tener que ver más con las opciones terapéuticas utilizadas para el tratamiento de los ancianos en las fases terminales de su vida que con la prolongación de ésta por sí misma (43-46).

(51). En la mayoría de los países desarrollados, esa extensión de la cobertura sanitaria se hizo a través de los sistemas sanitarios públicos, sean de los denominados «de Seguridad Social» o de los «Servicios Nacionales de Salud»⁵. Sin embargo, el objeto del estudio citado no fueron los sistemas públicos característicos de la mayoría de los países desarrollados, sino, por el contrario, el sistema sanitario de los Estados Unidos, el único país desarrollado donde la cobertura sanitaria, al margen de dos sistemas públicos limitados (Medicare para ancianos y Medicaid para personas de rentas bajas), se hace mayoritariamente a través de seguros privados, en la mayoría de los casos vinculados a la actividad laboral y profesional (sistema que ha venido dejando fuera a casi un 20% de la población).

El aumento de la protección sanitaria colectiva, sea pública o privada, conforme a los análisis descritos, parece actuar como garantía de absorción de la innovación, constituyendo una demanda agregada por acumulación de riesgos que garantiza un nivel estable de utilización de las tecnologías introducidas en la atención.

Frente a quienes consideran que la extensión de la cobertura sanitaria colectiva proporciona un incentivo perverso para el incremento del gasto, cabría estimar, por el contrario, que los mecanismos colectivos de protección sanitaria han sido la base sobre la que se ha sustentado el desarrollo de las industrias de tecnologías sanitarias. De algunos análisis parciales recientes (52) cabría deducir que sin protección sanitaria que cubriera el uso de las tecnologías sanitarias el consumo de éstas hubiera sido menor. Lo que habría proporcionado menores márgenes de beneficio a los sectores industriales cuya expansión y grado de innovación introducido se ha basado en la garantía de absorción de sus productos. Sólo cuando se ha alcanzado el límite de la cobertura sanitaria (en unos casos por extenderse a la totalidad de la población, y en los Estados Unidos por no alcanzarse al acuerdo necesario para lograr su extensión a los grupos que permanecen excluidos de la misma), y cuando al mismo tiempo los sistemas de protección se plantean adoptar medidas que permitan someter a control el crecimiento de su gasto, se formulan proposiciones que, de manera más o menos explícita, orientan hacia la introducción de financiación adicional a la que mantienen los sistemas colectivos de protección sanitaria, a partir

⁵ Ambos tipos de sistemas se diferencian por el título por el que se accede al derecho a la asistencia sanitaria, así como por sus mecanismos de financiación (por cotizaciones sociales o impuestos generales respectivamente) y de provisión de la atención (con medios ajenos o propios de cada sistema de salud). Unos y otros sistemas proporcionan la garantía de la cobertura sanitaria en cada caso a la totalidad, o la mayoría más amplia, de la población correspondiente.

de las aportaciones de los usuarios, lo que permitiría mantener el crecimiento del gasto en tecnologías sanitarias. Paradójicamente, las industrias de este sector, que parecen haber utilizado como soporte para su desarrollo los sistemas de protección sanitaria colectiva, se habrían convertido así en su principal factor de crisis, provocando la reducción de la cobertura otorgada, que sería devuelta, al menos parcialmente, al nivel individual en el que se encontraba cuando se introdujeron las formas colectivas de protección. Esta situación paradójica vendría a sumarse a la descrita por Tudor Hart (quienes más precisan y se pueden beneficiar de la atención sanitaria son quienes tienen más difícil el acceso a ella), a la que se ha aludido antes. Por otra parte, proposiciones como las citadas contribuirían a la desnaturalización de las condiciones de universalidad, equidad y extensión de la protección que han caracterizado a los servicios sanitarios públicos, en especial en los países europeos, desde su constitución.

2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INDUSTRIAS DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Las razones por las que se pueden dar situaciones paradójicas como las descritas en el apartado anterior hay que buscarlas en las características de los sectores industriales que sustentan la producción de las tecnologías sanitarias. A su vez, debemos estudiar dos sectores: la industria farmacéutica y la industria de alta tecnología médica, caracterizada por los elevados costes fijos de capital, físico y humano, necesarios para su desarrollo (53). Entre estos sectores existen características comunes y otras diferenciales, cuyo análisis puede ayudar a entender su diferente contribución a la situación descrita.

2.1. Características comunes a las industrias de tecnologías sanitarias

a) La primera de esas características es el control de la orientación de la innovación por los propios sectores industriales correspondientes.

Para el caso de la industria farmacéutica se ha señalado de manera expresa que «el sector público ha decidido convertir en política pública el dejar el desarrollo de medicamentos en manos de la industria farmacéutica» (54). Un análisis de la distribución de las industrias productoras de alta tecnología médica

permite corroborar que, se pueda aducir o no una decisión expresa en el mismo sentido por parte de los sectores públicos de distintos países, la situación de hecho es la misma en ese sector.

Para el caso del Reino Unido, se ha descrito cómo el control de la financiación de la investigación en salud está dominada por las empresas farmacéuticas y de biotecnologías. El 75% del presupuesto británico en investigación, que era en 2002 de 4.000 millones de libras esterlinas, estaba bajo el control de las empresas farmacéuticas (55). En los Estados Unidos, el 62% de la investigación biomédica está financiada por la industria, una proporción que casi duplica la que se daba en 1980, mientras que la financiación pública ha ido declinando (56).

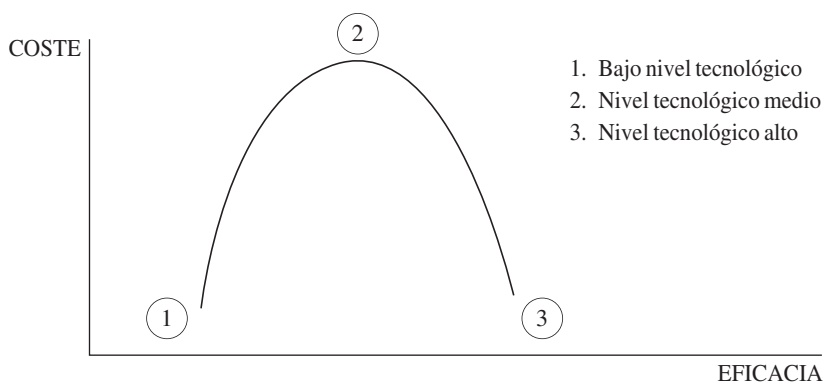
Esta constatación permite poner en su lugar las demandas formuladas en ocasiones desde los propios sectores industriales, bajo el señuelo de una mayor efectividad de los nuevos productos, reclamando un menor control de sus actividades y en concreto la liberación de los límites a la innovación secundarios a la regulación extensiva de los ensayos clínicos que es común a los países desarrollados (57).

Para valorar lo que supone la orientación de la innovación por las empresas implicadas cabe recordar la descripción muy general hecha por Thomas (58) de la relación entre el progreso técnico en el campo sanitario y el coste de los nuevos productos. Conforme a la descripción citada, esa relación tiene, como se representa en la figura 2, una forma de U invertida:

- Al nivel más bajo de conocimiento sanitario se proporcionan a bajo coste cuidados inespecíficos, que pueden mejorar el bienestar relativo del paciente, pero no el pronóstico de la atención.
- En un nivel intermedio de conocimiento de las enfermedades se proporcionan diferentes tipos de atención que no resuelven por completo los problemas de salud, pero que, sin embargo, palían los mismos, aunque con altos costes, provocados entre otras razones por la prolongación de la vida necesitada de atención. Un buen ejemplo del tipo de atención al que se refiere esta situación son los medicamentos antirretrovirales, ninguno de ellos «curativo» de la enfermedad, pero capaces en combinación de prolongar la vida del paciente, a cambio de mantener el tratamiento. O los medios técnicos cada vez más sofisticados aplicados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas.
- En un nivel más avanzado de conocimiento de las enfermedades cabe su erradicación. Así ocurre, por ejemplo, con diferentes vacunas, el trata-

miento con antibióticos específicos para ciertas enfermedades de origen bacteriano, o determinados mecanismos de prevención de los factores de riesgo de distintos procesos patológicos. En esta última fase, la eliminación del problema de salud contribuye a hacer menos costosa la atención.

GRÁFICO 2. Eficacia Vs. Coste en tecnologías sanitarias



Basado en «*The lives of a cell*». Thomas, L. London, Peguin Books, 1978.

Frente a una determinada enfermedad, la decisión importante a la hora de decidir las líneas de investigación a seguir para afrontarla es la inicial (59). Una vez adoptada ésta, las empresas productoras carecen de incentivos para pasar de una a otra fase de la atención, desarrollando productos correspondientes al tercer nivel de los citados, que no les garantiza los ingresos como en la fase anterior. Un problema adicional es que esta decisión inicial se deja en ocasiones en manos de las empresas productoras de recursos, que obviamente tienen el interés económico de garantizar un nivel de consumo más elevado de los medicamentos más costosos (es decir, por la utilización de productos correspondientes al nivel de conocimiento intermedio de los tres descritos).

El acierto de estos análisis se ha confirmado en casos como el del SIDA (60, 61), proporcionando una justificación razonable de la inexistencia de una vacuna contra dicha enfermedad. Los recursos necesarios para el desarrollo de una vacuna, al margen de los problemas de naturaleza técnica que pueda plantear, se siguen dirigiendo de manera preferente al desarrollo de medicamentos que, utilizados de manera combinada, permiten mantener latente el proceso viral durante años, y prolongar la vida de quienes, mediante recursos propios o con cargo a terceros pagadores, pueden costearse el pago de tratamientos para infectados.

También podría considerarse como una confirmación de esos análisis la orientación general preferente de la alta tecnología médica hacia la mejora del diagnóstico de distintas enfermedades, antes que a su utilización en el tratamiento de las mismas (62). La distancia entre el crecimiento de la tecnología diagnóstica y la terapéutica se ha puesto en relación con una mayor aplicabilidad de los avances en distintos ámbitos de la física a los procedimientos diagnósticos, que no exigen avances paralelos en el conocimiento de la fisiología y otras áreas de estudio del organismo humano o de los modelos biológicos animales, como ocurre en el caso de los procedimientos terapéuticos. El resultado es en todo caso coincidente con el previsto, provocando una mayor acumulación de casos susceptibles de aplicación de remedios que resultan paliativos del desarrollo de la enfermedad en fases más precoces de ésta, aumentando el coste global de su abordaje. Desde el punto de vista de las empresas productoras, la mejora de los procedimientos diagnósticos contribuye también a la mejora de sus resultados, en especial si se tiene en cuenta que otra característica de las altas tecnologías sanitarias es su bajo índice de sustitución de las técnicas previamente disponibles por las nuevas. Éstas se suman a las previas para conseguir diagnósticos que pueden resultar más precisos, pero que no alteran globalmente el pronóstico de la atención.

Sin embargo, esas perspectivas de inversión y gasto en tecnologías sanitarias no han cambiado el comportamiento de los sistemas públicos de salud en el sentido de recuperar la iniciativa en la orientación de la innovación. Un trabajo reciente (63) confirmaba el declinar progresivo de los ensayos clínicos randomizados promovidos por entidades sin ánimo de lucro, incluyendo el National Health Service, en el Reino Unido entre 1980 y 2002, declive acompañado del predominio creciente de los ensayos promovidos por empresas lucrativas. Ese declive se acompañó además del aumento del número de casos incluidos en la muestra en cada uno de los ensayos promovidos desde el sector no lucrativo, contribuyendo con ello al predominio del sector privado lucrativo en la orientación de la innovación.

Por otra parte, los ensayos clínicos promovidos por la industria en ciertas áreas tienen el doble de probabilidades de obtener conclusiones positivas en cuanto a la reducción de costes por los nuevos productos que los estudios promovidos por entidades sin ánimo de lucro (64, 65). En otros trabajos se ha encontrado también un nivel de relación estadísticamente significativo entre el patrocinio por la industria de los ensayos y conclusiones favorables a los intereses de las industrias patrocinadoras (56). En otras ocasiones, las conclu-

siones desfavorables al producto analizado se han ocultado parcialmente en sus documentos de promoción (66). En general los estudios patrocinados por la industria conducen a resultados más favorables a los productos investigados que los estudios financiados de otra forma, sin que puedan apreciarse diferencias significativas en los métodos estadísticos empleados que puedan explicarlas, sugiriéndose, por el contrario, que las explicaciones pueden incluir la selección de un producto control inapropiado, o la existencia de sesgos en la publicación (67).

La publicación de los resultados de los ensayos patrocinados por la industria han sido también motivo de controversia. Las recomendaciones de las guías de buena práctica promovidas en el ejercicio de la autorregulación por las industrias apoyan la publicación de los resultados, ya sean positivos o negativos (68). Pese a ello, se han producido diferentes conflictos en los que la comunicación de resultados no se ha ajustado a los intereses de los promotores (69), abriendo el campo a la disputa sobre la propiedad de la información derivada de la investigación en cada caso, cuya importancia para los intereses económicos de las industrias promotoras de los ensayos es central.

Estas polémicas se han extendido también a las revistas que difunden la información científica sanitaria (70), suscitando conflictos en casos concretos (71). Para la adecuada valoración de los trabajos publicados, diversas revistas científicas (72) han puesto en práctica la exigencia de la pormenorización de los «conflictos de intereses» que puedan existir (73, 74), acompañando a los propios trabajos. Se trata, sin embargo, de una práctica que sigue encontrando dificultades para su aplicación (75, 76), y que resulta en todo caso de carácter «paliativo», ante la imposibilidad de aplicar otras políticas más exigentes. Un ejemplo es la que se intentó llevar a cabo por una de las revistas más estimadas desde el punto de vista de su rigor científico, el *New England Journal of Medicine*, que pretendía rechazar la publicación de evaluaciones de nuevos productos por parte de investigadores que mantuvieran vinculaciones financieras con las industrias correspondientes. La imposibilidad de encontrar un número suficiente de investigadores que carecieran de las vinculaciones mencionadas obligó a la publicación referida a relajar el criterio citado, limitándose el rechazo a aquellos casos en los que la vinculación fuera «significativa» (77, 78).

Desde el ámbito público, los mecanismos de incentivos para orientar la innovación hacia los intereses generales de las necesidades de salud de la población han seguido dos patrones posibles, «mecanismos que tiran de» (*pull*) o «mecanismos que empujan a» (*push*) las industrias correspondientes

para el desarrollo de los productos demandados (79, 80). Las políticas de «pull» pueden suponer las ofertas de extensión de las patentes, o compromisos de compra del producto desarrollado; por su parte, el «empuje» del desarrollo de nuevos productos puede hacerse mediante subvenciones o créditos fiscales para el desarrollo del producto concedidos sin garantía de éxito. Unos u otros se han aplicado en diferentes casos de manera independiente y combinados, con resultados variables, en especial para el desarrollo de productos necesarios para los países en desarrollo. Sin embargo, tales iniciativas han sido siempre de carácter limitado, y no han variado la situación general, en la que la iniciativa privada es dominante. De la misma manera, ha permanecido inalterable el incentivo principal para orientar el desarrollo de nuevos productos, que es la existencia de mercados capaces de absorber los productos desarrollados. Esto explicaría que el 90% de la producción farmacéutica mundial medida por su valor de producción y que el 97% de las actividades de desarrollo e investigación vayan dirigidas a los países desarrollados (81).

Otra nueva forma de relación entre el ámbito público y el privado para el desarrollo de la innovación en el terreno sanitario son las asociaciones (*partnerships*) entre las empresas de ámbito privado, que mantienen en todo caso su papel como promotoras del desarrollo de determinados proyectos de investigación, y entidades académicas o de otra naturaleza de ámbito público o sin ánimo de lucro, con las que se llegan a acuerdos para el desarrollo de esos proyectos (82). Pese a las advertencias hechas acerca de las condiciones que deberían reunir los acuerdos de ese carácter para garantizar la libertad de investigación (83-85), algunas revisiones hechas en Estados Unidos, en las que el patrocinio económico sigue correspondiendo a las empresas, han observado que las instituciones académicas que se adhieren a ese tipo de acuerdos no respetan las reglas establecidas para el desarrollo de los ensayos clínicos, el acceso a los datos y los derechos de publicación de los resultados. Como consecuencia, algunos autores han propuesto una modificación de los sistemas de contratación que se han seguido en aquel país para sustentar ese tipo de acuerdos de coparticipación (86).

b) La segunda característica común de las industrias de tecnologías sanitarias es su gran capacidad de influencia para generar la demanda de nuevos productos por todos los que intervienen en el consumo en todas sus fases, incluyendo su regulación:

- Ocurre así en primer lugar en el caso de la población.

La difusión preferente y reiterada en los medios de comunicación de las

valoraciones que resultan favorables a la utilización intensiva de las tecnologías sanitarias para la mejora de la salud de la población y para el tratamiento de enfermedades concretas ha creado un clima favorable a la consideración positiva de la influencia de las tecnologías sanitarias sobre la salud individual y colectiva, y a la introducción de la innovación. Este clima es aún más favorable en algún país (los Estados Unidos) que en otros (los países europeos) (87, 88), pero constituye en todo caso un ambiente común a los países desarrollados. Esa consideración global y poco específica del valor de las tecnologías sanitarias constituye el caldo de cultivo más idóneo para sostener decisiones globales de consumo intensivo de recursos sanitarios, que pueden ser la resultante de las decisiones prescriptoras o inductoras de otros agentes, pero que, en todo caso, en ese clima no se ponen en cuestión. Esta «medicalización» de la sociedad se puso en evidencia ya hace tiempo por diversos autores, entre ellos de manera destacada Ivan Illich (89). Desde entonces, la tendencia ha seguido siendo la misma.

Por el contrario, han sido también características en todos los sistemas sanitarios en los que han tratado de aplicarse⁶ las dificultades para incorporar criterios de preferencia ciudadana a los mecanismos de racionalización y establecimiento de prioridades en los servicios sanitarios prestados (*rationing*), como mecanismo de afrontar el crecimiento del gasto sanitario y la imposibilidad de dar cobertura universal e inmediata a cualquier innovación médica o farmacéutica que pueda ser utilizada para mejorar la salud de la población.

Otra faceta de la inducción del consumo de las tecnologías sanitarias por parte de la población es la introducción desde épocas recientes de campañas publicitarias dirigidas directamente a los pacientes (94-96). El efecto de esa publicidad se refiere no sólo a los productos incluidos en la misma, sino que se ha observado que se extiende en general a la demanda de atención por parte de los médicos (97) y a la demanda de otra prescripción (98). Este tipo de publicidad sólo se permite de manera expresa en los Estados Unidos (99) y Nueva Zelanda, país este último donde los médicos generales han demandado su prohibición (100). Sus posibilidades se han multiplicado a través de Internet, y su difusión está sometida a cuestión en Europa (101). Las valoraciones acerca de su utilidad para la mejor información de los pacientes van desde un extremo a otro del espectro (102, 103), con un amplio margen para la duda (104). Lo mismo ocurre con los aspectos económicos, que sólo han sido valo-

⁶ Entre los más conocidos se encuentran los de Holanda (90), Nueva Zelanda (91), el Reino Unido (92) o el Estado americano de Oregón (93).

rados de manera específica en cuanto al crecimiento que el gasto en este tipo de publicidad ha sufrido en los últimos años con respecto a la publicidad de las tecnologías sanitarias en general (105). En todo caso, las estimaciones realizadas en algunos países, como Canadá, previas a su autorización, apuntan a un aumento significativo del gasto efectuado no sólo en los productos fuera de formulario publicitados, sino también en los sometidos a prescripción (106, 107).

- La capacidad de influencia se extiende también a los médicos.

El papel de éstos, que constituye la base para su definición como profesión, tenía su raíz en la posesión monopolística de unos conocimientos específicos que les proporcionaban capacidad e independencia de criterio para juzgar acerca del valor de los medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para la mejora de la salud, y para, en relación con ello, dirigir el consumo de aquéllos por los pacientes.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que las preferencias de los médicos (108) no coinciden por completo con las de los pacientes (109) en la prioridad otorgada a la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos y a los resultados que se esperan obtener con ellos: los médicos tienden a mostrar una preferencia significativa por las innovaciones diagnósticas sobre las terapéuticas; también parecen valorar las innovaciones que afectan a la supervivencia por encima de las que afectan principalmente a la calidad de vida, en sentido distinto a la población.

Sin embargo, en su papel de ordenadores del consumo, el problema más importante que ha surgido es la modificación de la independencia de los médicos en la valoración de los procedimientos y medios más adecuados para la salud de los pacientes, lo que para algunos ha puesto en cuestión la esencia misma de la profesión (109bis). En el momento actual, la propia industria productora de las distintas tecnologías sanitarias es la fuente de información principal para los profesionales sobre los efectos de los nuevos productos (110-113). Este patrocinio, a través de la información directa, o mediante la promoción de estudios cada vez más mayoritariamente financiados por los productores, se ha constituido no sólo en fuente de financiación adicional directa, o también revestida de apoyo a la formación continuada, la asistencia a congresos y cursos, y otras modalidades (114-122) para los profesionales tomados de manera individual; en muchos países, entre los que España ocupa un lugar destacado por la escasa tradición de calidad de sus organizaciones profesionales, esa fuente de financiación se ha convertido también en soporte para sus formas

colectivas (corporaciones profesionales, sociedades científicas) de representación (123-126).

La relación entre la industria y los profesionales, tomados de manera individual o colectiva, mantiene condiciones de opacidad (127-129), que, sin embargo, se resisten a ser aclaradas mediante su adecuada publicidad (130). Tales condiciones han dado lugar a sucesivos escándalos en diferentes países, en los que las vinculaciones financieras ocasionales o estables entre los profesionales y las industrias se han puesto en cuestión (131-134). Ante esas situaciones, distintos gobiernos y organizaciones profesionales han propuesto la elaboración de códigos y guías de buena práctica, cuya aplicabilidad, en todo caso, se recomienda en general dejarla a su desarrollo voluntario, y al control profesional de su aplicación (135-139).

Otro mecanismo de defensa de la independencia profesional planteado en los últimos años es la denominada Medicina Basada en la Evidencia, que pretende proporcionar a los profesionales criterios independientes para la valoración de las tecnologías sanitarias, sobre la base de una revisión exhaustiva de la fiabilidad y calidad de la literatura publicada sobre una determinada cuestión. Pero incluso las iniciativas más conocidas de este tipo, de las que partió la idea original, han sido recientemente puestas en cuestión, exigiéndose de ellas una mayor clarificación de sus relaciones con las industrias sanitarias (140-142). Desde la propia Organización Mundial de la Salud se han planteado el mismo tipo de demandas a organismos públicos, como el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), constituido en el Reino Unido con objetivos similares, ante la posibilidad de un excesivo grado de influencia en sus recomendaciones de la información proporcionada desde las industrias productoras (143-145 bis).

- La influencia de las industrias de las tecnologías sanitarias se extiende también, por último, a los organismos que regulan su actividad.

La regulación por parte de los Estados de la innovación tecnológica sanitaria se ha desarrollado de manera más amplia a partir de los años 50 del siglo anterior. Su origen, relacionado con algunos accidentes ocurridos en la utilización de medicamentos⁷, explica que la regulación de la producción y utilización de los nuevos productos se haya orientado de manera principal a garantizar la seguridad de los mismos antes que su eficacia, menos aún si se trata de compararla con la de otros productos ya existentes.

⁷ El episodio más conocido es el de la talidomida, un analgésico que utilizado en mujeres embarazadas provocaba malformaciones fetales severas.

Las instituciones encargadas de garantizar esas condiciones son entidades y organismos de naturaleza pública o semipública cuya actividad consiste en comprobar su cumplimiento antes de autorizar el registro y utilización de los nuevos productos. Para los medicamentos, los más conocidos de entre esos organismos son la Food and Drug Administration (FDA) americana (cuya actividad incluye no sólo productos farmacéuticos) y actualmente la European Medicines Evaluation Agency (EMA) (146), cuya constitución tuvo lugar el 1 de enero de 1995. En el caso de las altas tecnologías y otros procedimientos médicos, se han constituido agencias específicas⁸ cuyo papel no es tanto el del registro y autorización previa de los productos como el de su valoración, en ocasiones previa a su uso, y en otras anterior a su generalización por los sistemas sanitarios correspondientes. Esta diferencia está en relación con formas peculiares de introducción y difusión de las tecnologías, a las que se alude más adelante. Numerosos países tienen instituciones o agencias propias, tanto en Europa como en Japón y otros países productores (147, pp 43-79; 148). La proximidad incluso física entre los organismos reguladores y las industrias correspondientes se considera que ha favorecido de hecho el desarrollo de las industrias del sector. En el caso de zonas de integración económica, como la Unión Europea, y en especial en el área de los medicamentos, se ha comenzado a plantear el reconocimiento multilateral de las evaluaciones llevadas a cabo por agencias centrales o de otros países.

Entre los mecanismos de influencia de las industrias productoras sobre las entidades reguladoras se encuentran la intercambiabilidad y relación del personal respectivo, e incluso la tolerancia de intereses de los miembros de las entidades reguladoras en las industrias reguladas (147, pp. 57-60). En la práctica, los organismos reguladores se conducen como organismos próximos y sensibles a los intereses de las industrias correspondientes (149), consideradas como un factor de desarrollo importante en cada país. Buena parte de los intereses industriales se concretan en la aprobación de la comercialización de nuevos productos, que, en particular en las industrias farmacéuticas, es una de las fuentes principales de rentabilidad de las mismas. La rapidez con la que se produce la aprobación de esos nuevos productos (150, 151) es uno de los indicadores externos principales de las relaciones existentes entre industrias y reguladores, relaciones que, a juicio de algunos observadores, amenazan seriamente la independencia de la regulación (152).

⁸ Así, la Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) canadiense, o el NICE inglés, citado antes.

En los últimos años se han producido algunos hechos que pueden haber reforzado la capacidad de influencia de las industrias en el funcionamiento de los organismos reguladores. En primer lugar, la constitución de los nuevos organismos como agencias, dependientes en su funcionamiento de su propia financiación, obtenida por el pago de derechos por parte de las industrias para la evaluación de los productos sometidos a registro. Este régimen de funcionamiento ya se producía en el caso de algunas de las agencias existentes, como la FDA, donde contaba con el apoyo de las propias empresas (153). En ciertos casos, como el de la agencia francesa, se exige el mantenimiento de un 25% de financiación estatal, como forma de preservar la independencia de la agencia (148, p. 10). Por otra parte, el funcionamiento de las agencias en régimen de competencia con otras para obtener el registro en territorios iguales (147, pp. 147-171), como ocurre con las agencias nacionales europeas y la EMEA permitiendo diferentes opciones a elección de las empresas para el registro de un nuevo producto (147, pp. 80-114), incentiva a las agencias a mantener su propia financiación dando mayor satisfacción a sus clientes. El resultado de esas medidas es una evolución hacia la reducción de los tiempos de aprobación de los nuevos productos, de la que se deducen beneficios para las empresas no sólo por la reducción de esos tiempos, sino también por la de los costes de investigación y desarrollo (154).

Mientras que desde algunas posiciones se ha hecho expresa la preocupación por los efectos que puede tener esa evolución desde el punto de vista de la seguridad y la calidad de los nuevos productos, y, en general, sobre la salud de la población (147, pp. 168-171; 152; 155) (además de sobre el gasto en el que incurren los sistemas sanitarios), la reducción de los plazos del registro figura de manera expresa en algunas de las definiciones de objetivos fijados para y por diferentes organismos reguladores (156, 157).

2.2. Algunos aspectos diferenciales entre las industrias de tecnologías sanitarias

Frente a las semejanzas apuntadas en el apartado anterior, que confieren a las empresas correspondientes una posición dominante tanto en la orientación de la innovación como en todas las fases que determinan el consumo frente a cualquier otro agente que interviene en el mercado y, de hecho, también frente a las entidades y organismos que intervienen en su regulación, pueden obser-

varse algunas diferencias entre las industrias productoras de medicamentos y las que se dedican a la producción de alta tecnología médica.

a) La primera de esas diferencias tiene que ver con las características de la producción de unas y otras y, en relación con ellas, con el origen y distribución geográfica posterior de las industrias correspondientes.

La industria farmacéutica nació vinculada a la química, de la que luego se independizó (158, 159). Los mecanismos de producción son más sencillos que en el sector de las altas tecnologías sanitarias, y no están vinculados a otros sectores productivos, ni a los avances que se puedan producir en otras áreas relacionadas con su desarrollo y aplicación al campo médico.

Eso explica que pudieran desarrollarse dos tipos de industria farmacéutica (160): una, de carácter internacional, cuyo nivel de actividad y beneficios está vinculado a la investigación y desarrollo de nuevos productos, y otra, de carácter local, cuyo desarrollo se vinculó principalmente a la producción de medicamentos ya existentes, con escasa proyección a la investigación de nuevos productos, bien utilizando la ausencia de regulaciones en el país correspondiente o la existencia de sistemas de patentes de procedimiento o proceso, que durante un tiempo han caracterizado el modelo «continental» europeo (161). Estas últimas variantes han permitido la aparición de una industria farmacéutica con un cierto grado de implantación en países sin un desarrollo industrial avanzado en otros sectores, e incluso en países «en desarrollo».

Por el contrario, el desarrollo de la alta tecnología sanitaria no ha sido independiente del ocurrido en otros sectores, sino que su evolución ha ido unida a la transferencia al sector sanitario de los avances producidos en campos muy diferentes, como la física, la electrónica, la creación de nuevos materiales, la computación y otros. La producción de alta tecnología médica constituye en la mayoría de los casos una división específica de una gran corporación con actividad en uno o más de esos campos, desde la que se produce la aplicación al terreno sanitario de los hallazgos y avances producidos en otros. De esas características se deriva que un desarrollo significativo de este tipo de industrias se haya producido sólo en un número limitado de países (principalmente Estados Unidos, Japón y Alemania, que son, según Thierry (62), los únicos con un balance global económico positivo en este sector industrial), todos ellos con un desarrollo industrial general avanzado.

Por otra parte, la aplicación de este tipo de tecnologías (concentradas principalmente en el ámbito del diagnóstico, como se ha señalado antes) requiere de una infraestructura sanitaria compleja. Esta cuestión, unida a la limitación

del número de productos susceptibles de entrar en el mercado como consecuencia de las economías de escala que caracterizan su utilización, contribuye a que los incentivos para la creación de nuevas industrias en otros países sean casi inexistentes. Lo que conduce a que la concentración de las industrias en el número limitado de países que se ha comentado se haya consolidado como una situación permanente.

b) La segunda diferencia está en relación con las características de los mercados correspondientes.

La peculiaridad del mercado de los medicamentos, cuya utilización se orienta casi de manera exclusiva a finalidades terapéuticas, es principalmente el consumo individual e intensivo de cada producto, con un alto índice de sustitución. Frente a esas características, el mercado de la alta tecnología, de orientación general principal hacia el diagnóstico, es de consumo colectivo, y promueve la difusión extensiva de un número más reducido de productos diferenciados, que, a su vez, tienen un bajo índice de sustitución de unos por otros.

Estas características son, por su parte, determinantes de las distintas formas de promoción del consumo de una y otra clase de productos. En el caso de la industria farmacéutica, y fuera de otras influencias de carácter más general, el determinante principal del consumo es la prescripción efectuada por cada médico individual, hacia el que se dirigen las actuaciones de las empresas para fomentar que la prescripción se lleve a cabo en el sentido de sus intereses. Con independencia de las formas que tales actuaciones puedan adoptar, esa situación multiplica y dispersa sus objetivos, provocando necesariamente el aumento en número y volumen de las actividades de promoción. Por el contrario, las economías de escala que son propias de la utilización de las altas tecnologías o procedimientos sanitarios equivalentes, exigen la mediación de un comprador o decisor común, que actúa en representación de un número amplio de potenciales usuarios. Tal situación provoca que las actividades de promoción para lograr la introducción de cualquier producto en los mercados tengan un carácter distinto y más restringido, cuyas fases sucesivas, de desarrollo más lento que las seguidas en la promoción de los nuevos medicamentos, se han descrito en algunos trabajos (161 bis).

El equivalente del comprador colectivo en el campo de los medicamentos sería la introducción de listas positivas de medicamentos por parte de los sistemas sanitarios, que limitasen el ámbito de la prescripción a un número restringido de productos y marcas de eficacia demostrada. Esta medida, pese a haber demostrado su contribución al control del gasto (162), sólo está introdu-

cida en un número limitado de países (163), y encuentra férrea oposición por parte de la industria (164).

A su vez, las características descritas de unos y otros mercados determinan un distinto nivel de importancia de las políticas de precios correspondientes a unos y otros productos. Estas políticas tienen un papel principal en la difusión y utilización de los medicamentos, y respecto a ellas se han observado dos grandes modelos posibles: el de Estados Unidos, donde la fijación de los precios por las industrias es libre, y el europeo, donde los gobiernos intervienen en la fijación de los precios a aplicar, aunque en el contexto de la negociación con las empresas y la influencia de éstas en los organismos reguladores que se ha comentado. Las consecuencias de uno y otro modelo son objeto de debate: en el caso de los Estados Unidos, el país con el nivel más elevado de gasto sanitario en relación con el PIB, se ha considerado que la mayor contribución a ese nivel de gasto deriva del nivel de precios aplicados en su mercado (165, 166). Sin embargo, otros autores han observado que el nivel de precios en aquel país guarda la misma proporción con los niveles de ingresos que en otros países desarrollados, a la vez que el sistema de precios libres constituye un estímulo claro a la innovación, en cuyo terreno los Estados Unidos superan de forma neta al resto de países analizados⁹ (167, 168, 169).

Una política de precios diferenciales para un mismo producto en distintos países, establecidos en proporción al nivel de ingresos, resultaría más eficiente y equitativa: los costes fijos más importantes de los medicamentos tienen que ver con la investigación precisa para desarrollarlos, siendo mucho menos significativos los costes de producción. Aunque se pueda sospechar que los costes de investigación están sobredimensionados por las propias industrias¹⁰, esos gastos son comunes para un mismo medicamento sea cual sea el lugar donde se haya llevado a cabo su desarrollo, por lo que sería posible repartirlos entre todos los países que consuman el producto en proporción a su nivel promedio de ingresos, permitiendo así una distribución homogénea del producto en función de su necesidad. Sin embargo, en uno de los trabajos comentados

⁹ A su vez, la capacidad de introducir nuevos productos en el mercado constituye la base para el predominio progresivo que va alcanzando la industria tecnológica americana sobre la de otros países (53, 170).

¹⁰ Sobre todo si se tiene en cuenta que cada vez son menos los medicamentos que constituyen verdaderas novedades terapéuticas, y que entre los «nuevos» productos predominan las variaciones con frecuencia menores en líneas ya desarrolladas, los llamados «me too», que aportan escasas ventajas añadidas, y cuyo coste de desarrollo puede suponerse mucho menor.

(167) se señala que los únicos países en los que el nivel de los precios de los medicamentos analizados se separaban de la proporción entre precio e ingresos, siendo el precio mayor al que correspondería con arreglo a la misma, eran los dos únicos incluidos en el estudio pertenecientes a un nivel de desarrollo inferior, lo que, a su vez, provocaba la reducción proporcional del consumo de los productos afectados. Esas políticas de precios diferenciales en función de las distintas capacidades económicas de consumo de los distintos países, en perjuicio de los que tienen menor capacidad de pago pero mayor necesidad de los fármacos, dominan estos mercados.

Frente a esa situación, en el caso de las industrias de alta tecnología médica el precio individual de cada producto es mucho más elevado. Por otra parte, se observan notables diferencias en la dotación tecnológica de diferentes países para instrumentos distintos, sin coincidencia en la distribución de unos y otros. Esas diferencias se dan también entre regiones distintas de un mismo país (47; 171), lo que sugiere que no son principalmente los precios, sino otros factores, como la cobertura sanitaria de la población, que facilita el acceso a los medios, los determinantes principales del diferente nivel de consumo. Este factor, más su orientación preferente hacia el diagnóstico, hace que el consumo de las altas tecnologías sea también menor (y su carencia de menor importancia en general) en los países menos desarrollados.

Así como las similitudes entre todos los sectores industriales que forman parte de la producción de tecnologías médicas determinan una posición semejante de unos y otros en los mercados correspondientes, las diferencias que se han comentado dan lugar a explicar la diferente importancia de unas y otras tecnologías como factores determinantes del gasto sanitario, y sus distintas perspectivas de evolución.

Desde el punto de vista cuantitativo, se ha calculado que la importancia económica de uno y otro sector, medidas por el volumen global de cada mercado, son muy diferentes, siendo alrededor de cuatro veces mayor la de la industria farmacéutica en su conjunto que la de las altas tecnologías (62, p. 225).

Lo mismo ocurre con los niveles de beneficio: si se agrupan las industrias por sectores, los beneficios de la industria farmacéutica como conjunto, tomando datos de las 500 empresas más importantes del mundo de todos los sectores elaborados por la revista *Fortune* (172), representaban en 2001 un 18,5% sobre el total de sus ventas, un 16,5% sobre sus activos y un 33,2% por acción, a considerable distancia de los promedios de esas 500 empresas, que

eran respectivamente del 2,3, el 2,5 y el 8,9%¹¹. Los valores de mercado de las empresas farmacéuticas según su capitalización bursátil ocupan los mismos lugares privilegiados (173). Las empresas de alta tecnología médica, que con frecuencia son divisiones de grandes corporaciones con actividad en otros campos, no se apartan significativamente de los patrones generales del resto de las empresas de cualquier otro sector y, por tanto, mantienen las mismas distancias indicadas con los patrones de beneficios y capitalización de las empresas farmacéuticas.

Las propuestas dirigidas a mantener una situación que resulta tan favorable para las empresas farmacéuticas, cuya sostenibilidad podría ponerse en duda, se orientan también a consolidar el consumo de sus productos, garantizando el monopolio y la ausencia de competencia en la producción. Para ello, por si el sistema de patentes al que se alude más adelante no fuera bastante, y ante la perspectiva de una reducción en el ritmo de desarrollo de nuevos hallazgos, las propuestas que se han formulado desde algunos bancos de inversiones (174, 175) van orientadas a la reducción del número de laboratorios farmacéuticos (un proceso innecesario en el sector de la alta tecnología, cuyo número de empresas y países participantes, como se ha mencionado, es por sí mismo limitado), promoviendo los procesos de absorción y de fusión, que vienen siendo muy comunes en el sector a lo largo de los últimos años (176), y a la especialización de cada uno de los laboratorios farmacéuticos en diferentes líneas de producción, fomentando así la tendencia al monopolio en cada sector del mercado.

3. LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN EL PROCESO DE GLOBALIZACIÓN

Stiglitz ha definido la globalización como «la integración más estrecha de los países y los pueblos del mundo, producida por la enorme reducción de los costes de transporte y comunicación, y el desmantelamiento de las barreras artificiales a los flujos de bienes, servicios, capitales, conocimientos y (en

¹¹ También resultan llamativos los datos correspondientes a gastos en marketing y administración de este sector industrial, que ascendían en aquel año al 30,4% del total de sus ingresos, sin contar con lo que pudiera estar incluido en los gastos de investigación y desarrollo, cuya cuantía, en todo caso, sólo ascendió al 12,5% del total de sus gastos. Estos datos sirven de confirmación de la orientación preferente de las actividades de este sector industrial a garantizar el consumo de sus productos por los mercados como mecanismo prioritario para mantener el nivel de beneficios citado. Sobre ese aspecto se puede ver también la publicación de *Médecus Mundi Medicamentos y Desarrollo* (143, pp. 96-98).

menor grado) personas a través de las fronteras. La globalización ha sido acompañada por la creación de nuevas instituciones y es enérgicamente impulsada por corporaciones internacionales que mueven no sólo el capital y los bienes a través de las fronteras, sino también la tecnología» (177).

Como proceso (178), la globalización ha sido y sigue siendo objeto de amplios debates entre sus partidarios y sus detractores. Entre los primeros, los argumentos que se utilizan con más frecuencia incluyen la defensa del «libre» comercio como factor de desarrollo, una línea de argumentación que sitúa esas prácticas como las más conformes con la teoría económica más ortodoxa (179, 180, 181). En esa línea de argumentación se inscriben quienes han pretendido demostrar que el proceso globalizador ha provocado la disminución en el mundo de la pobreza, en especial de la miseria extrema, de manera significativa y que, a pesar de que la desigualdad en la riqueza entre países ha aumentado en los últimos treinta años, no lo ha hecho, sino al contrario, la desigualdad entre personas, medida en capacidad adquisitiva de las rentas nacionales (182).

Estas tesis, y sus propuestas consiguientes, han sido contestadas por otros estudios, que, además de criticar los métodos utilizados en los estudios citados, muestran, por el contrario, que, sin perjuicio del crecimiento global en determinadas áreas, el aumento de la desigualdad ha sido la consecuencia más generalizada del proceso globalizador, debido principalmente a que los flujos entre países han sido no tanto de trabajo y de personas como de capitales, cuyo efecto corrector de las desigualdades regionales y entre países es muy inferior (183, 184). Al margen de posiciones críticas más generales (185), muchos de quienes, por el contrario, critican la globalización (177, 186, 187), no centran tanto sus críticas en el ámbito de la teoría económica como, más bien, en las formas que ha adoptado el proceso, y en el papel desarrollado por determinadas instituciones, como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio, para fomentar el intercambio económico entre países. La globalización no ha sido un proceso de desarrollo espontáneo y sin reglas, sino que, como se indica en la definición anterior, se ha acompañado de la creación de nuevas instituciones y reglas, que han orientado su desarrollo a favor de unos u otros intereses. Y si hay un terreno en el que esto resulte evidente, es en el caso de los medicamentos.

La institución internacional que regulaba las condiciones del comercio entre países hasta 1994 era el llamado Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), institución de carácter no permanente esta-

blecida después de la Segunda Guerra Mundial. Las normas que regulaban los intercambios en esa época no hacían referencia específica a los productos farmacéuticos ni a las restantes tecnologías sanitarias, lo que, unido a las condiciones generales de los mercados correspondientes que se han descrito antes, permitió el desarrollo de las industrias respectivas en la forma indicada.

En 1995, el GATT fue sustituido por la Organización Mundial de Comercio (OMC), que adquirió la condición de una organización estable, dotada de estructura y secretaría propias¹². Fue en ese momento cuando se produjo la incorporación del conjunto de reglas conocidas como Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS en sus siglas inglesas) a las reglas comerciales impuestas por la nueva organización para adherirse a ella (189).

El acuerdo exige la protección mediante patente de todos los productos farmacéuticos y de sus procedimientos de fabricación, con una duración mínima de 20 años desde la fecha de su solicitud original, otorgando derechos exclusivos de fabricación a los dueños de las patentes farmacéuticas al menos durante ese período, a la vez que se prohíbe a los gobiernos autorizar la producción o importación de copias de precio más reducido que los medicamentos patentados, incluidos los genéricos. Se trata de un acuerdo vinculante para cuantos países formen o quieran entrar a formar parte de la OMC. El acuerdo obliga a adaptar las legislaciones correspondientes, aunque con distintos plazos de cumplimiento para diferentes grupos de países: la norma general es que esa adaptación se debería haber producido antes del año 2000, pero para los países pobres que no concedieran patentes antes de su incorporación a la OMC el plazo es hasta el año 2005. Para los países en el escalón más bajo del desarrollo conforme al Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas el plazo se extiende hasta el 2016.

Los acuerdos citados incluyen algunas cláusulas de excepción: así, el artículo 8 permite a los gobiernos de los Estados miembros adoptar «las medidas que sean necesarias para proteger la salud pública», siempre que las medidas adoptadas sean consistentes con los principios generales de los acuerdos. Una de esas medidas posibles, conforme a lo establecido en el artículo 31 de los

¹² El papel central de esta organización en la regulación y ordenación del comercio mundial es patente: en septiembre de este año formaban parte de la misma 146 Estados, que representan más del 97% del comercio mundial, y 30 países más estaban negociando su adhesión (188, p. 48-49).

mismos, es la concesión de «licencias obligatorias» para la fabricación de determinados medicamentos. Otra es la autorización de «importaciones paralelas» de países en los que los precios de los productos sean más bajos que los impuestos por el propietario de la patente al país que pueda aplicar la medida. Esta última medida requiere en todo caso que los productos importados sean medicamentos patentados, y no copias genéricas.

La distancia entre esos principios de salvaguardia para situaciones excepcionales y la realidad quedó bien ilustrada por la experiencia de países como Brasil y Sudáfrica. Brasil se acogió a la primera de las previsiones mencionadas, mientras que Sudáfrica lo hizo a la segunda, en ambos casos para el tratamiento del SIDA, enfermedad que en ambos países tiene una gran difusión. Ambos gobiernos lograron sacar adelante parcialmente sus medidas tras sufrir denuncias ante la OMC por parte de las compañías farmacéuticas (hasta 39 de ellas se aliaron para plantear la denuncia en el segundo de los casos). Otros países, como India, Egipto, Argentina y la República Dominicana, han sido objeto de denuncias semejantes, aunque menos difundidas en los medios de comunicación (189, p. 216).

Como se deduce de las actuaciones mencionadas, la introducción de esos acuerdos para formar parte de los principios aplicados por la OMC a sus Estados miembros no formó parte de una operación dirigida a mejorar el acceso de los países afectados a los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades que les afectan, y mucho menos a facilitar su producción por los propios países, o por aquellos que dispongan de industrias suficientemente desarrolladas como para poder producir tales medicamentos a precios más baratos; ni siquiera formó parte de un intento de fomentar el libre comercio de los mismos. Por el contrario, tales acuerdos fueron el resultado de la presión ejercida por la representación americana ante la OMC, actuando a su vez en representación de las grandes corporaciones americanas del sector, para su introducción (190).

De manera más explícita, en otras publicaciones (189, p. 212) se recoge de manera textual que «la industria farmacéutica no es sólo el principal vencedor de los Acuerdos TRIPS. A través del Comité de Propiedad Intelectual, compañías como Pfizer, Merck y DuPont sirvieron de instrumento para persuadir a la administración Reagan de que forzase la introducción de los Acuerdos TRIPS en la agenda de la OMC. Como antiguo director ejecutivo de Pfizer, Edmund Pratt ha escrito sobre la alianza entre el gobierno más poderoso del mundo y una de las agrupaciones industriales más potentes del mundo.

«Nuestro esfuerzo combinado nos permitió establecer una red sector privado/gobierno que estableció las bases para lo que se convirtió en el TRIPS». Esta red continúa funcionando. Sus actividades incluyen el recurso a las amenazas de sanciones comerciales contra los países en desarrollo que intenten proteger los intereses de la salud pública generales en contra de los derechos de patente.

En el artículo de J. Stiglitz (190, pp. 17-18) se recogen las opiniones de otros economistas (Jagdish Bhagwati, George Soros) no contrarios a la globalización en general, pero que consideran una limitación inadecuada del comercio la aplicación de los derechos de propiedad intelectual al campo de los medicamentos. Para Soros, «la OMC abrió una caja de Pandora cuando se involucró en los derechos de propiedad intelectual. Si los derechos de propiedad intelectual son un tema apropiado para la OMC, ¿por qué no los derechos de los trabajadores o los derechos humanos?».

Los efectos de la aplicación de los acuerdos mencionados a un sector que ya se caracterizaba por un desarrollo asimétrico a favor de la industria de determinados países, singularmente Estados Unidos, han sido los que podía preverse (189, pp. 209-219), y pueden esquematizarse de la siguiente manera:

- En primer lugar, el reforzamiento de las industrias multinacionales que ya dominaban el sector. Aunque se ha invocado con carácter general que el desarrollo de las relaciones comerciales fomentaría el traspaso de tecnología a los países menos desarrollados y estimularía las industrias propias, la realidad es que su aplicación bajo las reglas mencionadas ha provocado el efecto contrario: las industrias locales, sometidas a la competencia restringida que provoca el régimen de patentes que se ha explicado, se han visto cada vez más abocadas al cierre, o a los acuerdos de asociación con grandes corporaciones globales, si quieren mantener su actividad.
- Como consecuencia de lo anterior, se ha reforzado también el predominio en la investigación por parte de las industrias dominantes, con arreglo a sus propios intereses.

Los países en desarrollo suponen el 80% de la población, pero el 4% del gasto global en investigación y desarrollo, la mayor parte de esa cantidad concentrada en el sureste asiático.

Por el contrario, los países industrializados son responsables del 90% del gasto global en investigación y desarrollo. De entre ellos, los Estados Unidos

son el primer inversor independiente, siendo responsable del 40% del gasto global en ese concepto. A su vez, la investigación en cada país está concentrada en un pequeño grupo de industrias transnacionales: en Estados Unidos, 50 empresas suponen el 50% del gasto total del país; en Holanda, 4 empresas concentran tres cuartas partes del gasto total en investigación.

- Ese desarrollo desproporcionado tiene consecuencias cualitativas importantes sobre la orientación de la investigación desarrollada:

Sólo el 10% del gasto global, público y privado, en investigación y desarrollo sanitario se dedica a los problemas que afectan al 90% de la población (191). De entre 1.233 medicamentos lanzados al mercado durante las dos décadas anteriores a 1997, sólo 13 eran útiles para el tratamiento de enfermedades tropicales (192), más dos para la tuberculosis. Las mismas estimaciones, realizadas un año después para el período 1975-1999, ofrecían resultados semejantes, con la aportación adicional de que de los 16 medicamentos para enfermedades «olvidadas» desarrollados en ese plazo, 5 lo fueron a través de investigaciones llevadas a cabo originalmente para su aplicación a la veterinaria, y dos a través de investigación militar estadounidense (193). Esas enfermedades afectan de manera principal a los países pobres, y suponen el 12% de la carga de enfermedad de toda la población mundial (194).

El criterio dominante para orientar la investigación por parte de las empresas es la garantía de consumo de los productos desarrollados, y ésta sólo existe por parte de los países más ricos, que, además, tienen constituidos sistemas de protección colectiva de la salud que suponen una garantía añadida a la que ofrece la capacidad adquisitiva de las poblaciones correspondientes¹³.

Por el contrario, queda sin desarrollarse la investigación dirigida a los problemas de salud dominantes en los países que carecen de capacidad económica de consumo (las llamadas enfermedades «olvidadas»).

Otro problema cualitativo es que la investigación de los productos destinados principalmente a la población de los países desarrollados, dirigida por las propias empresas, se ha venido realizando mediante ensayos llevados a cabo con la población de los países en desarrollo, con la consiguiente reducción de requisitos y costes para su realización; población que, una vez comprobados los efectos del producto sobre ella, carecía de capacidad económica para su

¹³ Como ejemplo ilustrativo de lo anterior se ha señalado que los consumidores de los países ricos gastan más de 2.200 millones de dólares al año en el medicamento denominado Claritina, utilizado para tratar los síntomas de la fiebre del heno. Ese gasto sólo es mayor que el gasto anual en medicamentos de toda el África subsahariana (189, p. 218).

adquisición (195-198). El argumento es tan manifiesto que mereció la atención de un novelista de la popularidad de John Le Carré, que le dedicó una de sus novelas más recientes (199).

- La última de las consecuencias de la aplicación de los Acuerdos TRIPS es la dificultad en el acceso a los medicamentos necesarios y de eficacia demostrada por parte de los países pobres.

Esa dificultad se refiere no sólo a los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades que son específicas de esos países, que en muchos casos no están suficientemente desarrollados como consecuencia de la orientación de la investigación con los criterios señalados. Se aplica a cualquier medicamento, también a los adecuados para el tratamiento de las enfermedades más comunes en los países más desarrollados, enfermedades que, por su parte, se están extendiendo también hacia buen número de países en desarrollo (200). Como expresión del desigual acceso a los medicamentos en relación con el grado de desarrollo se ha señalado que el 80% de los fármacos son consumidos por el 14% de la población mundial, mientras que el 86% sobrevive con el 20% restante (188, p. 33).

La razón principal de esa dificultad en el acceso son los precios de los medicamentos aplicados. En el apartado 2.2 ya se ha explicado que hay indicios para considerar que las políticas de precios en relación con la capacidad adquisitiva de diferentes países perjudican a los países menos desarrollados. Pero además el desarrollo y los presupuestos de los servicios de salud, que permiten el acceso a los medicamentos a través de mecanismos colectivos de protección, son también menores en esos países. Esto provoca que los costes de los medicamentos recaigan en mayor proporción sobre una población con mayores niveles de pobreza, y con ello que el acceso a los medicamentos no sea el adecuado (189, pp. 214-215). Las limitaciones para que los países en desarrollo importen genéricos producidos por las industrias radicadas en otros países en desarrollo son otro factor que contribuye a elevar de manera artificial los precios aplicados.

4. LOS MECANISMOS PALIATIVOS APLICADOS PARA FACILITAR EL ACCESO A LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La calificación de «paliativas» para las medidas que se han promovido hasta ahora para evitar algunas de las consecuencias derivadas del dominio

absoluto del mercado en todas sus fases por parte de las industrias productoras de tecnologías sanitarias no es arbitraria: esa calificación describe de manera adecuada cómo tales medidas se han dirigido a reducir algunos efectos de la situación, pero en ningún caso a poner en cuestión ésta. Entre esos mecanismos aplicados se encuentran:

4.1. La constitución de «fondos» para promover determinadas actividades o productos

La primera característica de esos fondos es su multiplicidad: una búsqueda no exhaustiva por las páginas de la prensa científica y médica de los últimos dos años permite recoger referencias al menos a 12 fondos distintos, constituidos para financiar el desarrollo de determinadas actividades, productos o investigaciones en áreas concretas.

El primero de esos fondos, el vinculado a la denominada «Alianza Global para las Vacunas y las Inmunizaciones» (GAVI según sus siglas inglesas), se lanzó en enero de 2000, con una donación inicial de la Fundación Bill y Melinda Gates de 750 millones de dólares (201). En la estela de ese fondo, el siguiente en crearse fue el denominado Fondo Global, dirigido a luchar en los países en desarrollo contra tres de las principales enfermedades que les afectan: el SIDA, la tuberculosis y la malaria (202-209). El patrocinador privado fue el mismo, al que se añadieron en este caso otras fundaciones privadas, la OMS, varias ONG, y el compromiso de aportaciones por parte de los gobiernos de distintos países, que entraron también a formar parte de su órgano de dirección.

Detrás de ambos se han constituido, con diferentes patrocinios financieros en muchos casos coincidentes (sin duda el mayor donante privado para esos fondos ha sido la Fundación Gates citada, cuyas razones para esa actitud han sido puestas en cuestión (210, 211), una Iniciativa global para la erradicación de la Polio (212); otra para el tratamiento del SIDA (213); una llamada Iniciativa para los Grandes Desafíos en Salud Global (214); un Fondo de Investigación de la Unión Europea para Enfermedades Olvidadas (215); una Iniciativa para el desarrollo de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (216, 217); una Iniciativa para el desarrollo de una Vacuna Pediátrica contra el Dengue (218); otra para el desarrollo de una Vacuna contra la Malaria (211, 219-221); y otra para una Vacuna contra la Meningitis (222).

Al margen de esos fondos, que aunque tengan patrocinadores coincidentes en muchos casos se manejan de manera separada y por órganos rectores diferentes, con la misma finalidad del tratamiento de ciertas enfermedades en países concretos se han gestionado préstamos por determinados organismos financieros internacionales a ciertos países no incluidos inicialmente en el uso de los fondos (223), a los que luego, sin embargo, y tras el correspondiente cambio de criterio, se ha añadido la financiación procedente de algunos de ellos (224).

A los problemas que pueden suponerse derivados de la multiplicidad de órganos rectores distintos orientando la utilización de fondos con objetivos similares se ha añadido como un problema principal su escasez para atender los objetivos señalados. Tal escasez deriva probablemente en ocasiones de la misma multiplicidad de los fondos, con los gastos añadidos de su dispersa administración (la cual, sin embargo, ha permitido adquirir un protagonismo probablemente exagerado a diferentes organizaciones públicas y privadas que los han promovido). Sin embargo, la causa principal de su escasez es el incumplimiento de los compromisos adquiridos para su financiación por parte de los países (fundamentalmente los Estados Unidos y los países de la Unión Europea) que se implicaron en su constitución (225-230 bis).

El segundo problema de esos fondos viene siendo la interferencia que provocan con las prioridades y el funcionamiento ordinario de los servicios sanitarios, en el grado de constitución de que dispongan, en los países en los que se aplican. Es una cuestión que ya se advirtió como consecuencia de los efectos observados con la utilización del primero de esos fondos, el Fondo para Vacunas vinculado al GAVI, antes de que se multiplicara su constitución (201), pero que ha seguido produciéndose desde entonces (231-233). Este problema confirma lo adecuado de incluir en la definición de lo que son las tecnologías sanitarias la referencia a su distribución y aplicación.

Por otra parte, los fondos se comprometen a utilizar sólo medicamentos patentados conforme a los acuerdos comerciales antes citados, lo que contribuye al encarecimiento de sus costes, y a reducir con ello sus posibilidades de actuación (234). La adecuada selección de medicamentos cuya utilización ha sido promovida por los fondos ha sido también puesta en cuestión (235).

Estos fondos no alteran el dominio del mercado por parte de las industrias del sector, cuya presencia en sus órganos de dirección a cambio de las aportaciones correspondientes ni siquiera se discute (209). Por otra parte, la propia constitución de estos fondos, caracterizados como actividades «altruistas»

cuya puesta en marcha es necesaria ante la imposibilidad de esperar a que se solucionen los problemas de fondo que afectan a los mercados correspondientes, ofrece una oportunidad añadida para desviar la atención de estos problemas¹⁴.

4.2. La rebaja de los precios aplicados a los países en desarrollo en las tecnologías sanitarias, en especial en los medicamentos

La importancia de los precios aplicados a los productos farmacéuticos en la reducción del consumo que sería adecuado por parte de los países en desarrollo, así como en un gasto sanitario insostenible por parte de éstos, ha sido comentado ya en apartados anteriores. Hay coincidencia también en señalar que una política de precios diferenciales hacia los países en desarrollo constituiría el primer paso para resolver esos problemas (236-239).

Sin embargo, las políticas de reducción de precios para los países en desarrollo se han dejado en la práctica a la discrecionalidad de las empresas (240, 241), con la misma apariencia de constituir una «concesión altruista» que el argumento utilizado en el caso de los fondos, antes que como una necesidad derivada de razones sanitarias.

El establecimiento de precios diferenciales ha sido motivo de controversia entre Estados Unidos, que se ha opuesto permanentemente a la medida (242, 243), y los países de la Unión Europea (244). Pero además, por parte de los gobiernos de ciertos países en los que radican algunas de las industrias principales se ha producido un doble lenguaje característico, que ha permitido a las áreas sociales de esos gobiernos invocar la necesidad de llevar a cabo las reducciones de precios diferenciales mencionadas (245, 246), a la vez que las decisiones generales de esos mismos gobiernos, a la espera de acuerdos globales,

¹⁴ Un ejemplo curioso de la manipulación de la que son susceptibles este tipo de actividades la ofrece la difusión de algunos artículos referidos a las mismas. En el caso del citado en la referencia 211, que pone en cuestión las razones que han podido guiar el mecenazgo de la Fundación Gates, el artículo, una editorial de la revista *The Lancet*, termina llamando la atención sobre la necesidad de profundizar en los beneficios de las industrias (no sólo sanitarias, aunque también las hay entre las farmacéuticas o de las publicaciones médicas lucrativas, sino también del ámbito del automóvil o las armas) contribuyentes a esos fondos, «varias de las cuales tienen una deuda que pagar cuando se hace referencia a la salud». Estas últimas expresiones han desaparecido de la versión de esa editorial publicada en el *Diario Médico* en su edición de 2 de octubre de 2003 (página 2). Ese diario es el periódico de más amplia difusión entre los facultativos españoles, a los que se les hace llegar en todos los centros sanitarios, y su edición está patrocinada por la industria farmacéutica.

mantienen la tolerancia hacia las políticas que resultan más favorables a los intereses de las industrias propias, que constituyen un factor de desarrollo relevante para cada país productor (247).

En esa línea, las decisiones para avanzar en las medidas legislativas necesarias para implicar de manera obligada a las industrias de los países desarrollados en las políticas de precios diferenciales reducidos deben sufrir toda clase de obstáculos antes de poder salir adelante, cosa que todavía no ha ocurrido en ninguno de ellos (248).

Por el contrario, algunos gobiernos, en especial el de Estados Unidos, presionan a los de otros países para lograr mediante acuerdos bilaterales que los precios pagados por los servicios públicos sanitarios de esos otros países no se limiten (249), como forma de derivar una parte del precio de los mismos medicamentos, que son más elevados en Estados Unidos, donde su industria obtiene los beneficios más importantes, a esos otros países.

4.3. La modificación de los Acuerdos TRIPS de la Organización Mundial de Comercio

Las características de los acuerdos originales se han descrito antes, lo mismo que sus efectos. La evidencia de éstos ha llevado a que se hayan producido diversos movimientos sucesivos para su modificación en un sentido que resultase menos lesivo para los países en desarrollo. La responsabilidad de promover esos cambios ha recaído principalmente sobre los gobiernos de determinados países pobres (Brasil, Sudáfrica), distintas ONG y algunas organizaciones internacionales, como la OMS.

El primer cambio tuvo lugar en la reunión de la OMC en Doha, en noviembre de 2001. El avance, limitado, consistió en una declaración final (apartado 4 de la misma) en la que se indica que: «Convenimos que el Acuerdo TRIPS no impide ni debería impedir a los miembros tomar medidas para proteger la salud pública. De esta forma, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el acuerdo, afirmamos que el mismo puede y debería interpretarse de forma que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, fomentar el acceso a medicamentos para todos» (188, pp. 51-52, 250).

La declaración citada deja, sin embargo, sin resolver la posibilidad de importar medicamentos genéricos por países en desarrollo sin capacidad de producir los mismos desde países menos desarrollados, que los producen a pre-

cios más bajos que los aplicados por las industrias que detentan las patentes correspondientes.

Esta cuestión ha sido posteriormente abordada en la reciente reunión de la OMC celebrada en Cancún, en la que finalmente se alcanzó un acuerdo (200, 251) que, según algunos observadores (188, p. 53), «tuvo una gran repercusión mediática, y se vendió como una gran solución para el grave problema de falta de acceso a medicamentos, pero la realidad dista mucho de ser así». En el nuevo acuerdo, además de restringir considerablemente las excepciones a las limitaciones mencionadas desde el punto de vista de las condiciones que deben cumplir los países para poder utilizarlas, que incluyen la declaración de emergencia sanitaria en los términos mencionados antes, se establecen numerosas trabas burocráticas para hacer posible su aplicación. Entre esas trabas cabe citar la necesidad de someter a la supervisión y control del secretariado de la OMC, del consejo de los Acuerdos TRIPS y del presidente del mismo, la verificación del cumplimiento de tales condiciones. Además, los países que quieran comprar medicamentos genéricos en las condiciones de precio reducido mencionadas deben obtener el acuerdo para liberar de patente cada fármaco no sólo como importadores, sino también del país exportador, lo que duplica los trámites necesarios (252). Ese conjunto de condiciones se ha considerado un refuerzo de las posiciones de las principales industrias, en especial las de Estados Unidos, cuyo gobierno ha actuado de nuevo en su representación para imponer las restricciones mencionadas (253-256).

4.4. Las asociaciones público-privadas (public-private partnerships)

El establecimiento de asociaciones estables entre el sector privado lucrativo o entidades privadas sin ánimo de lucro (fundaciones, instituciones benéficas y filantrópicas) e instituciones públicas (organizaciones internacionales, agencias de ayuda al desarrollo, gobiernos, centros académicos) se ha promovido de manera intensiva en los últimos años como vía para resolver las necesidades sanitarias de los países menos desarrollados, en especial en lo referente al acceso a las nuevas tecnologías, incluyendo los medicamentos (257, 258). Sin embargo, siguen existiendo diferencias en la interpretación del significado y las formas que deben reunir esas formas de colaboración (259-262).

Su constitución debe partir en todo caso del reconocimiento de intereses diversos por una y otra parte: los sectores públicos han estado bajo la presión

a su favor de organizaciones internacionales, en especial el Banco Mundial, que tratan de lograr con ellas una vía para promover el desarrollo de productos apropiados para las necesidades sanitarias de los países más pobres, sin poner en cuestión la estructura del sector; por su parte, los sectores industriales pueden encontrar en ellas una forma de contribución a la mejora de su imagen (79).

El concepto general de asociación público-privada en el campo de las tecnologías sanitarias, incluyendo los medicamentos, ha ido evolucionando hacia el establecimiento de colaboraciones específicas para el registro y comercialización de nuevos productos, especialmente aquellos que han alcanzado un grado de desarrollo anterior avanzado por las investigaciones previas realizadas por unas u otras instituciones, en campos, como el de las enfermedades tropicales, que de otra forma han sido abandonados por la industria. Algunos de los fondos e iniciativas que se han comentado anteriormente (como los relacionados con la malaria y la tuberculosis) constituyen un ejemplo característico de estas formas de actuación, sobre las que se ha depositado muchas esperanzas, pero sobre cuyos resultados es todavía demasiado pronto para pronunciarse (263).

Por otra parte, es necesario recordar que el desarrollo de nuevos productos es una cosa, pero que debe también atenderse a asegurar el acceso equitativo a los nuevos productos registrados (79). Alcanzar compromisos con una industria cuya estrategia más clara es maximizar sus beneficios en los países desarrollados antes que establecer una política global de precios equitativos para todos los países requiere, a juicio de quienes sustentan ese criterio, intervenir también en los mecanismos de la propiedad intelectual; algo en lo que, como se ha comentado en el apartado anterior, está lejos de alcanzarse acuerdos.

Las limitaciones económicas apuntadas en el caso de los fondos contribuyen a considerar que estas formas de asociación no constituyen la solución ni siquiera para todas las enfermedades tropicales. Como se ha indicado (79), si pueden aportar algún valor en el caso de enfermedades como la tuberculosis y la malaria es porque ambas enfermedades ocupan un lugar alto en la escala de las prioridades en salud pública de los países desarrollados, bien por constituir también en ellos un problema de salud importante (caso de la tuberculosis), o por proporcionar un remedio útil para la población de esos países que deba viajar a los países más pobres (como es el caso de una hipotética vacuna contra la malaria, u otros instrumentos de prevención de la misma enfermedad, que es en la que más se invierte de entre las enfermedades tropicales). En ambos casos

el resultado es la existencia de un mercado de interés para la industria, con la perspectiva de beneficios potenciales derivados del consumo por una población con poder de compra, individual o colectivo, suficiente (203). Para los productos dirigidos a otras enfermedades que no suponen una amenaza para el mundo desarrollado, parece más difícil de obtener por esta vía el compromiso tanto del sector público como del privado en el desarrollo de su investigación, producción y distribución.

5. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Ninguna de las medidas citadas en el apartado anterior modifica la capacidad de orientar la innovación por parte de las propias industrias en el sentido más acorde con sus propios intereses. De esa capacidad, otorgada de forma activa y pasiva, de orientar la innovación se deriva, de un lado, el déficit de productos precisos para atender a las necesidades sanitarias de los países en desarrollo; pero también, de otro, la puesta preferente en el mercado de productos que contribuyen de manera decisiva a aumentar el gasto de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, cuya sostenibilidad financiera, como resultado, se está poniendo en cuestión, sin aportar ventajas añadidas claramente demostrables sobre la salud de las poblaciones correspondientes. De esta evolución son principalmente responsables los productos farmacéuticos.

Por otra parte, dadas las características propias de los mercados tecnológicos, que se han descrito más arriba, la industria dispone de mecanismos a distintos niveles para inducir el consumo de cualquier producto que ponga en el mercado; mientras que los mecanismos de control que pueden establecerse desde los sistemas públicos para limitar el consumo de productos registrados son de eficacia limitada, más aún en el marco de las reglas de mercado propias de los países democráticos, que son a la vez los productores más importantes.

Una propuesta que podría resolver a la vez los problemas de los países en desarrollo y los países desarrollados provocados por distintas facetas del desarrollo de las tecnologías sanitarias sería la modificación de las condiciones que orientan la innovación en esos campos, lo que se ha calificado como «un cambio del paradigma que guía la investigación y desarrollo en el área de la salud» (79).

Para el caso de los países más pobres, y el desarrollo de los productos específicos necesarios para ellos, sobre cuyas prioridades se han concretado algu-

nas propuestas (265-267), se han propuesto también ciertos mecanismos que podrían resultar efectivos a esos efectos: así, por ejemplo, el imponer con carácter general y por cada país en que radique una industria la obligación de que ésta reinviertiera en investigación en esas áreas un porcentaje de las ventas de los productos correspondientes, bien directamente o a través de programas públicos de investigación. También se ha propuesto la constitución de una nueva iniciativa sin ánimo de lucro que se centrara en la investigación de las enfermedades más olvidadas (79). En fecha reciente se ha constituido una nueva iniciativa con ese objetivo (216, 268). En otros casos se ha subrayado la necesidad de que sean los propios países que precisan los productos no desarrollados los que encabezan esas iniciativas, para lo que se han propuesto alianzas entre ellos, no sólo de carácter material o financiero, sino también para compartir la información, que puedan dar soporte a una iniciativa común (269-272). Las dificultades y limitaciones de ese tipo de aproximaciones se han comentado ya en apartados anteriores, pero su orientación se enraiza en todo caso en la posibilidad de introducir incentivos positivos al desarrollo que queden al margen de la lógica inicial del mercado.

Los problemas de los países desarrollados tienen una orientación diferente: de lo que se trataría no es de buscar incentivos para el desarrollo de nuevos productos añadidos, sino, por el contrario, de evitar el desarrollo preferente de nuevos productos cuya necesidad y utilidad para contribuir a la mejora global de la salud de las poblaciones correspondientes puede ser puesta en cuestión. Algunos trabajos recientes han comenzado a resaltar la necesidad de lograr que la investigación en el campo de las tecnologías sanitarias se adecue a las necesidades de los servicios de salud, y no a la inversa (55, 273). Desde otro punto de vista (274) se ha subrayado la necesidad de que la introducción de cualquier innovación en el mercado vaya precedida del análisis de su efectividad en relación con su coste; pero a la vez se reconoce que ese tipo de estudios son escasos, con frecuencia posteriores a la introducción de los productos en el mercado, y las políticas de los organismos reguladores, sometidas a las influencias comentadas, no alientan la esperanza de que se produzca en un plazo razonable su generalización.

Por otra parte, la separación de las políticas de registro de nuevos productos de las de inclusión en los paquetes de prestaciones de los diferentes sistemas sanitarios no están siendo tampoco efectivas, y las presiones de la industria (y en ciertas ocasiones y países también de los médicos, que actúan como agentes de aquélla a esos efectos, invocando para ello la libertad de prescrip-

ción) para generalizar la posibilidad de prescripción bajo una u otra cobertura de cuanto esté registrado, han llevado a que ésa sea la situación más común.

En esa situación, otra posibilidad de actuación podría derivar de la influencia de los sistemas sanitarios públicos en el proceso de desarrollo de nuevos productos, indicando a las industrias correspondientes en las fases primeras de cualquier investigación el compromiso, positivo o negativo, de incluir el producto que pudiera desarrollarse en su paquete de prestaciones, excluyendo de esa manera el desarrollo de aquellos productos que no resulten necesarios ni coste-efectivos para los servicios de salud. Este tipo de actuación sería acorde con la descripción que se ha hecho de la cobertura económica de la prestación por sistemas públicos o privados como factor determinante de la innovación.

Las posibilidades reales de una intervención de ese carácter chocan con otros aspectos de la situación: las industrias, en especial las farmacéuticas, constituyen un factor de desarrollo relevante para los países en los que se asientan, pero son de hecho transnacionales en su constitución, y adoptan sus políticas bajo esa condición. Por su parte, los sistemas de protección sanitaria de cada país, incluyendo la cobertura sanitaria ofrecida en cada uno y la forma de ponerla en práctica, continúan siendo independientes y con características propias de cada país, que tienen que ver más con su origen y sus condiciones específicas que con unas reglas generales susceptibles de generalización y homogeneización. Esto ocurre así incluso en el ámbito de la Unión Europea, cuyo «modelo social» constituiría supuestamente una característica diferencial: las políticas de la Unión con respecto a los servicios sanitarios parecen estar orientándose antes a fomentar la libre circulación de personas, mercancías y servicios que a garantizar unos niveles homogéneos y comunes de protección (275-277). En el ámbito de las políticas relativas a las tecnologías sanitarias, la ausencia de armonización en cuanto a registros, precios, cobertura e implantación de los estudios de coste-efectividad, cuyo común desarrollo futuro se pone en cuestión, se ha puesto en relación preferente con la falta de valores comunes relativos al deseo de afrontar los costes de las nuevas tecnologías sanitarias por parte de unas y otras sociedades (278).

Las dificultades expresadas para alcanzar una posición común por parte de los gobiernos para afrontar retos que les son comunes podrían considerarse una buena expresión de las contradicciones entre integración económica global, mantenimiento del Estado-nación y democracia, caracterizadas como un «trilema» de imposible mantenimiento conjunto, que han sido puestas de relieve por algunos observadores del proceso de globalización (279).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Office of Technology Assessment. Medical Technology under proposals to increase competition in health care. Report OTA-H-190. Washington DC: US Government Printing Office, 1982.
- (2) Mc Kweon T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* (2nd ed.) Oxford: Basil Blackwell, 1979.
- (3) Colgrove J. «The McKweon Thesis: a historical controversy and its enduring influence». *Am. J. Public Health* 2002; 92: 725-729.
- (4) Evans R. «Interpreting and addressing inequalities in health: from Black to Acheson to Blair to...?» *7th OHE Annual Lecture*. 1 June 2000, p. 19. Accesible en www.ohe.org
- (5) Wilkinson RG. «Income distribution and life expectancy». *BMJ* 1992; 304: 165-168.
- (6) Meneu R. *El valor de la asistencia sanitaria*. Humanitas 2003; 1(3): 209-214.
- (7) Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. *Improving Health: measuring effects of medical care*. *Milbank Quarterly* 1994; 72: 225-258.
- (8) Bunker JP. *Medicine matters after all*. J. R. Coll Physicians London 1995; 29: 105-112.
- (9) Lichtenberg F. «Sources of US longevity increase 1960-1997». *NBER Working Paper* N° 8755, 2002. Accesible en www.nber.org/papers
- (10) Frech III HE, Miller RD. *The productivity of health care and pharmaceuticals: an international comparison*. Washington DC: American Enterprise Institute, 1999.
- (11) Miller RD, Frech III HE. *The productivity of health care and pharmaceuticals: quality of life, cause of death and the role of obesity*. 2002. Citado en 16.
- (12) Cutler DM, McLellan M. *Is technological change worth it?* *Health Affairs* 2001; 20(5): 11-29.
- (13) Garattini S, Bertele V. «Efficacy, safety and cost of new anticancer drugs». *BMJ* 2002; 325: 269-271.
- (14) Dobson R. «Lack of new drugs is reaching crisis point, says review». *BMJ* 2003; 326: 119.
- (15) Taylor D. «Fewer new drugs for the pharmaceutical industry». *BMJ* 2003; 326: 408-409.
- (16) Puig-Junoy J. *La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas*. Humanitas 2003; 1(3): 195-202.
- (17) Fisher E, Wenberg D, Stinkel TA, et al. «Implications of regional variations in Medicare spending. Health outcomes and satisfaction with care». *Ann. Intern. Med.* 2003; 138: 288-298.
- (18) Tudor Hart J. «The inverse care law». *The Lancet* 1971; 1: 405-412.
- (19) Walt G. «The inverse care law today». *The Lancet* 2002; 360: 252-254.
- (20) Dworkin R. «Jugar a ser Dios: genes, clones y suerte». *Claves de Razón Práctica* 2003; 135: 4-12.
- (21) Segarra Medrano A. «La parte plana de la curva, donde la efectividad encuentra la regla del rescate». En: Ortún V. (ed.). *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson, 2003. P. 161-193.
- (22) Silver LM. *Vuelta al Edén. Más allá de la clonación en un mundo feliz*. Madrid: Taurus, 1998.
- (23) Fukuyama F. *El destino del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*. Barcelona: Ediciones B, 2002.
- (24) Huxley A. *A brave new world*. London: Random House Mondadori, 1969. Edición española: Madrid: *El País*, 2003.
- (25) Watts J. «Japan's new Prime Minister squares up to health care crisis». *The Lancet* 2001; 357: 1509.
- (26) Desapriya EBR, Nobutada I. «Pharmaceutical industry profits and cost to senior citizen's health». *The Lancet* 2002; 359 (9321).
- (27) McDonald S. «Increased drug spending is creating funding crisis, report says». *BMJ* 2003; 326: 677.
- (28) OECD. *New observations for health policy*. Paris: OECD, 1995.

- (29) Reinhardt UE, Hassey PS, Anderson GF. «Cross-national comparisons of health systems using OECD data», 1999. *Health Affairs* 2002; 21(3): 169-181.
- (30) Iglehart JK. «The American health care system: Expenditures». *New Engl. J. Med.* 1999; 340(1): 70-76.
- (31) Gabel J. Et. al. «Job-based Health Insurance in 2001: Inflation hits double digits. Managed care retreats». *Health Affairs* 2001; May-June: 180-186.
- (32) Callahan D. «Too much of a good thing: how splendid technologies can go wrong». *Hastings Center Report* 2003; 2: 19-22.
- (33) The Economist. «Saving the NHS». *The Economist*, 18-24 Oct. 1997, p. 46.
- (34) Harrison A. «Can the NHS cope in future?» *BMJ* 1997; 314: 139-142.
- (35) Fuentes Quintana E, Barea J. «El déficit público de la democracia española». *Papeles de Economía Española* 1996; 68: 86-191.
- (36) López Bastida J, Mossialos E. «Pharmaceutical expenditure in Spain: cost and control». *Int. J. Health. Serv.* 2000; 30(3): 597-616.
- (37) Darbá J. «Pharmaceutical expenditure in Spain: evolution and cost-containment measures during 1998-2001». *Europ. J. Health Economics* 2003; 4(3): 151-157.
- (38) Katsumata Y. «The relationship between increases in public expenditure and aging in the major OECD countries». *The Keio Journal of Medicine* 1998; 47(suppl. 2): A97-A98.
- (39) Busse R., Krauth C, Schwartz FW. *Use of hospital beds does not increase as the population ages: results from a seven year cohort study in Germany.* *J. Epidemiol. Community Health* 2002; 56: 289-293.
- (40) Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzer H. «Health, life expectancy and health care spending among the elderly». *New Engl. J. Med.* 2003; 349: 1048-1055.
- (41) Reinhardt UE. «Does the aging of the population really drive the demand for health care?» *Health Affairs* 2003; 22(6): 27-39.
- (42) Ahn N, Alonso Meseguer J, Herce San Miguel JA. *Gasto sanitario y envejecimiento de la población española. Documento de Trabajo n°7.* Madrid: Fundación BBVA, 2003.
- (43) Thomson S, Mossialos E. *An ageing «crisis».* *Euro Observer* 2000; 2(2): 6-7.
- (44) Levinsky NG, Yu W, Ash A et al. «Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life». *JAMA* 2001; 286(11): 1349-1355.
- (45) Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. «Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century». *Bulletin of the WHO* 2002; 80(3): 243-250.
- (46) Serup-Hansen N, Wickstrom J, Sonbo Kristiansen I. «Future health care costs—do health care costs during the last year of life matter?» *Health Policy* 2002; 62: 161-172.
- (47) Baker L, Birnbaum H, Geppert J, Mishol D, Moynour E. «The relationship between technology availability and health care spending». *Health Affairs- Web Exclusive* W3- 537-551. Accesible en www.healthaffairs.org. Accedido 20/11/2003.
- (48) Jones CI. «Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?» *Mimeo. U.C. Berkeley.* Accesible en <http://elsa.berkeley.edu/~chad/papers.html#health>.
- (49) Cavallié P. «Is therapeutic innovation responsible for the increase in drug expenditure? *Europ.*». *J. Health Economics* 2003; 4(3): 184-194.
- (50) Burns H, Beever C, Hutchens R. *What's driving prescription drug costs? Enews developments in strategy+business.* Accesible en <http://www.strategy-business.com/ewsarticle/ews092903>. Accedido 30/9/03.
- (51) Weisbrod BA. «The Health Care Quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost-containment». *Journal of Economic Literature* 1991; 29(2): 523-552.
- (52) Huskamp HA, Deverka PA, Epstein AM et al. «The effect of intensive-based formularies on prescription-drug utilization and spending». *New Engl. J. Med.* 2003; 349: 2224-2232.
- (53) González López-Valcárcel B. «Adopción y difusión de tecnologías en sanidad». En: Ortún V (ed.). *Gestión clínica y sanitaria.* Op. Citada. p. 143-160.
- (54) Gamey G. «The world's most neglected diseases». *BMJ* 2003; 325: 176-177.
- (55) Glass N. «UK think-tank asks over reprioritise health research». *The Lancet* 2002; 360 (9342): 1310.

- (56) Bekelman JE, Yan L, Gross CP. «Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research». *JAMA* 2003; 289: 454-465.
- (57) Horrobin DF. «Effective clinical innovation: an ethical imperative». *The Lancet* 2002; 359: 1857-1858.
- (58) Thomas L. «The Technology of Medicine». En: Thomas L. *The lives of a cell. Notes of a biology watcher*. London: Penguin Books, 1978, p. 31-36.
- (59) Rey P. *Research incentives in competing markets: a model for the development of new vaccines*. Tesina CEMFI nº 0102. Madrid: Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), 2001.
- (60) Rey Biel P. «Why is There No AIDS Vaccine? A New Economic Explanation». *World Economics* 2001; 2(4): 117-132.
- (61) Kremer M., Snyder CM. «Why are drugs more profitable than vaccines?» *NBER Working Paper* Nº 9833, 2003. Accesible en www.nber.org/papers
- (62) Thierry JP. «Technology and the Future of Health System». En: Dang Ha Doan B. (ed.). *The future of Health and Health Care Systems in the Industrialized Societies*. New York: Praeger, 1988, p. 223-231.
- (63) Chalmers I, Rounding c, Lock K. «Descriptive survey of non-commercial randomised controlled trials in the United Kingdom», 1980-2002. *BMJ* 2003, 327: 1017-1021.
- (64) Dobson R. «Industry sponsored studies twice as likely to have positive conclusions about costs». *BMJ* 2003; 327: 1006.
- (65) Hartman M, Knoth H, Schulz D, Knoth S. «Industry-sponsored economic studies in oncology vs. Studies sponsored by non-profit organisations». *British Journal of Cancer* 2003; 89: 1405-1408.
- (66) Josefson D. «FDA warns Merck over its promotion of rofecoxib». *BMJ* 2001; 323: 767.
- (67) Lexchin, J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. «Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality». *BMJ* 2003; 326: 1167-1170.
- (68) Singh D. «Drug companies advised to publish unfavourable trial results». *BMJ* 2003; 326: 1163.
- (69) Sheldon T. «Drug company employee who queried trial wins appeal». *BMJ* 2003; 327: 307.
- (70) Smith R. «Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows». *BMJ* 2003; 326: 1202-1205.
- (71) Dyen O. «Lancet accuses AstraZeneca of sponsoring biased research». *BMJ* 2003; 327: 1005. (refª a *The Lancet* 2003; 362: 1341).
- (72) Davidoff F, De Angelis C, Drazen JM, et al. «Sponsorship, authorship and accountability». *The Lancet* 2001; 358: 854-856.
- (73) Lo LB, Woy LE, Berkeley A. «Conflict-of interest policies for investigators in clinical trials». *New Engl. J. Med.* 2000; 343: 1616-1620.
- (74) Van McCrary S, Anderson Ch., Jakovljevic J et al. «A National survey of policies on disclosure of conflicts of interests in biomedical research». *New Engl. J. Med.* 2000; 343: 1621-1626.
- (75) Gross CP, Gupta AR, Krumholz M. «Disclosure of financial competing interest in randomised controlled trials: cross sectional overview». *BMJ* 2003; 326: 526-527.
- (76) Peiró S, García Altés A, Meneu R, et al. «¿Tiempo para las luces y los taquígrafos en la trastienda de la investigación financiada por la industria?» *Gac. Sanit.* 2000; 6: 472-482.
- (77) Gottlieb S. «New England Journal loosens its rules on conflict of interest». *BMJ* 2002; 324: 1474.
- (78) Drazen JM, Curfman GD. «Financial associations of authors». *New Engl. J. Med.* 2002; 346: 1901-1902.
- (79) Trouiller P, Olliaro P, Torreele E et al. «Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure». *The Lancet* 2002; 359: 2188-2194.
- (80) Webber D, Kremer M. «Perspectives on stimulating industrial research and development for neglected infectious diseases». *Bulletin of the WHO* 2001; 79: 735-741.

- (81) European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). The pharmaceutical industry in figures. Brussels: EFPIA, 2000. Accesible en www.efpia.org
- (82) Bodenheimer T. «Uneasy alliance. Clinical investigators and the pharmaceutical industry». *New Engl. J. Med.* 2000; 342(20): 1531-1544.
- (83) Nathan DG, Weatherall DJ. «Academic freedom in clinical research». *New Engl. J. Med.* 2002; 347(17): 1368-1370.
- (84) Editorial. «Is the university-industrial complex out of control?» *Nature* 2001; 409: 119.
- (85) Moses III H, Braunwald E, Martin JB, Thier SO. «Collaborating with industry- Choices for the academic medical center». *New Engl. J. Med.* 2002; 347(17): 1371-1375.
- (86) Schulman KA, Seils DM, Timbie JW et al.. «A national survey of provisions in clinical-trial agreements between medical schools and industry sponsors». *New Engl. J. Med.* 2002; 347(17): 1335-1341.
- (87) Iglehart JK. «America's love affair with medical innovation». *Health Affairs* 2001; 20(5): 6-7.
- (88) Kim M, Blendon RJ, Benson JM. «How interested are Americans in new medical technologies? A multicountry comparison». *Health Affairs* 2001; 20(5): 194-201.
- (89) Illich I. *Némesis Médica. La expropiación de la salud. México*: Joaquín Mortiz- Planeta. 1978.
- (90) Government Committee on Choices in Health Care. Choices in Health Care. Zoetermeer: Ministry of Health, Welfare and Culture, 1992.
- (91) Hadorn DC, Holmes AC. «The New Zealand priority criteria project». Part 1: Overview. *BMJ* 1997; 314(7074): 131.
- (92) Milewa T. *Community participation and health care priorities: reflections on policy, theatre and reality in Britain*. Health Promotion International 1997; 12(2): 161- 168.
- (93) Oberlander J, Marmor T, Jacobs L. «Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan». *Canadian Medical Association Journal* 2001; 164(11): 1583-1587.
- (94) Gollust SE, Hull SC, Wilfond BS. «Limitations of direct-to-consumer advertising for clinical genetic testing». *JAMA* 2002; 288(14): 1762-1767.
- (95) Lee TH, Brennan TA. «Direct-to-consumer marketing of high-technology screening tests». *New Engl. J. Med.* 2002; 346(7): 529-531.
- (96) Editorial. «Europe on the brink of direct-to-consumer drug advertising». *The Lancet* 2002; 359: 1709.
- (97) Gottlieb S. «A fifth of Americans contact with their doctor as a result of drug advertising». *BMJ* 2002; 325: 854.
- (98) Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, et al. «Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patient's requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey». *BMJ* 2002; 324: 278-279.
- (99) Woloshin S, Schwartz L, Tremmel J, Welch HG. «Direct-to-consumer advertisements for prescription drugs: what are Americans being sold?» *The Lancet* 2001; 358: 1141-1146.
- (100) Kmietowicz Z. «New Zealand's GPs call for end to direct to consumer advertising». *BMJ* 2003; 326: 1284.
- (101) Watson K. «MEPs reject US-style direct advertising of drugs». *BMJ* 2002; 325: 990.
- (102) Wolfe SM. «Direct-to-consumer advertising—education or emotion promotion?» *New Engl. J. Med.* 2002; 346: 524-526.
- (103) Holmer AF. «Direct-to-consumer advertising—strengthening our health care system». *New Engl. J. Med.* 2002; 346: 526-528.
- (104) Brodie M, Levitt L. «Drug advertising: the right or wrong prescription for our ailments». *Nature Reviews Drug Discovery* 2002; 1: 916-920.
- (105) Rosenthal M, Berndt ER, Donohue JM et al. «Promotion of prescription drugs to consumers». *New Engl. J. Med.* 2002; 346(7): 498-505.

- (106) Spurgeon D. «Direct to consumer advertising of drugs in Canada could add 550 m to healthcare costs». *BMJ* 2003; 327: 582.
- (107) Mintzes B, Barer L, Kravitz RL et al. «How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing. A survey in primary care environments with and without legal DTCA». *CMAJ* 2003; 169(5): 405-412.
- (108) Fuchs V, Sox HC. «Physician's views of the relative importance of thirty medical innovations». *Health Affairs* 2001; 20: 30-42.
- (109) Montgomery AA, Fahey T. «How do patients treatment preferences compare with those of clinicians». *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl I): i39-i43.
- (109 bis) Kondro W. «Threats to medical professionalism tackled in Canada». *The Lancet* 2002; 360(9329): 316.
- (110) Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. «Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners». *BMJ* 2001; 323: 378-381.
- (111) Dobson R. «Pharmaceutical industry is main influence in GP prescribing». *BMJ* 2003; 326: 301.
- (112) Prosser H, Almond S, Walley T. «Influences on GP's decision to prescribe new drugs—the importance of who says what». *Family Practice* 2003; 20(1): 61-68.
- (113) Watkins C, Moore L, Harvey I et al. «Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study». *BMJ* 2003; 326: 1178-1179.
- (114) Abassi K, Smith R. «No more free lunches». *BMJ* 2003; 326: 1155-1156.
- (115) Moynihan R. «Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement». *BMJ* 2003; 326: 1189-1192.
- (116) Moynihan R. «Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement». *BMJ* 2003; 326: 1193-1196.
- (117) Moynihan R. «Drug company sponsorship of education could be replaced at a fraction of its cost». *BMJ* 2003; 326: 1163.
- (118) Marwick C. «Drug companies defend rewards to doctors from switching treatments». *BMJ* 2003; 326: 67.
- (119) Smith R. «What's your price?» *BMJ* 2003; 327(7410, 9 August): 0-g.
- (120) Wazana A. «Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift?» *JAMA* 2000; 283(3): 373-380.
- (121) Güldal D, Semin S. «The influences of drug companies' advertising programs on physicians». *Int. J. Health Serv.* 2000; 30(3): 585-595.
- (122) Matesanz R. «Los congresos en peligro». *El Observador* 14 mayo 2003, p. 3, col. 5.
- (123) Ferrán Mercadé M. «La financiación de las sociedades científicas y la industria farmacéutica». *Aten. Primaria* 2002; 29(6): 327-328.
- (124) Medina Bombardó D. Congreso SEMFYC: «¿Una inversión científica o una fuente de ingresos?» *Aten. Primaria* 2002; 29(6): 388-390.
- (125) Moynihan R. «Drug company secretly briefed medical societies on HRT». *BMJ* 2003; 326: 1161.
- (126) Koch K. «Schering uses German medical association to promote HRT». *BMJ* 2003; 326: 1161.
- (127) Mayor S. «World Medical Association reviews doctors' links with drug companies». *BMJ* 2003; 326: 1165.
- (128) Eaton L. «Readers want transparency in link between doctors and drug firms». *BMJ* 2003; 326: 1352.
- (129) Singh D. «Surgeons accepting incentives from prosthesis makers must register their interests». *BMJ* 2003; 327: 184.
- (130) Burton B. «Drug companies succeed in keeping payments to doctors secret». *BMJ* 2003; 327: 1248.
- (131) Orellana C. «German doctors' links with drug firm investigated». *The Lancet* 2002; 359 (9311): 1039.

- (132) Tuffs A. «German doctors face investigation in drugs scandal». *BMJ* 2002; 324: 693.
- (133) Charatan F. «Doctor sues company over unethical marketing». *BMJ* 2002; 324: 1234.
- (134) Siegel-Itzkovich J. «Doctors banned from drug company trip». *BMJ* 1998; 317: 370
- (135) McGuaran A. «Royal college issues new guidelines on gifts from drug companies». *BMJ* 2002; 325: 511.
- (136) Marwick C. «US tackles drug company gifts to doctors». *BMJ* 2002; 325: 795.
- (137) Wager E. «How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies». *BMJ* 2003; 326: 1196-1198.
- (138) Elliott C. «Taking money from the drug industry: the rules tighten». *Hastings Center Report*, July- August 2003: 6-7.
- (139) Amondi A. «Dual loyalty and human rights: proposed guidelines and institutional mechanisms». *Hastings Center Report*, July-August 2003: 7.
- (140) Moynihan R. «Cochrane at crossroads over drug company sponsorship». *BMJ* 2003; 327: 924-926.
- (141) Moynihan R. «Cochrane plans to allay fears over industry influence». *BMJ* 2003; 327: 1005.
- (142) Moynihan R. «Cochrane launches global consultation on drug company sponsorship». *BMJ* 2003; 327: 1068.
- (143) Kmietowicz Z. «NICE is told to break links with drug industry». *BMJ* 2003; 327: 637.
- (144) McLellan F. «WHO review committee makes NICE recommendations». *The Lancet* 2003; 362: 966.
- (145) Devlin N, Parkin D, Gold M. «WHO evaluates NICE». *BMJ* 2003; 327: 1061-1062.
- (145 bis) Hill S, Garattini S, Van Loenhout J. Technology Appraisal Programme of the NICE. «A review by WHO». Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, June-July 2003.
- (146) Garattini S, Bertele V. «Adjusting Europe's regulation to public health needs». *The Lancet* 2001; 358: 64-67.
- (147) Abraham J, Lewis G. *Regulating medicines in Europe. Competition, expertise and public health*. London: Routledge, 2000.
- (148) NAO. Themes and comparisons in international medicines regulation. London: National Audit Office, 2003.
- (149) Abraham J, Lewis G. «Harmonising and competing for medicines regulation: how healthy are the European Union's systems of drug approval?». *Soc. Sci. & Med.* 1999; 48: 1655-1667.
- (150) Kalamas J, Pinkus G. «The optimum time for drug licensing». *Nature Reviews Drugs Discovery* 2003; 2: 691-692.
- (151) Reichert JM. «Trends in development and approval times for new therapeutics in the United States». *Nature Reviews Drugs Discovery* 2003; 2: 695-702.
- (152) Abraham J. «Making regulation responsive to commercial interests: streamlining drug industry watchdog». *BMJ* 2002; 325: 1164-1169.
- (153) Bloomberg News. «Drug makers willing to pay FDA fees». *NYTimes* 26/01/2002. Business. Accesible en www.nytimes.com. Accedido el 28/01/2002.
- (154) Ashraf H. «US industry and FDA prepare for closer ties». *The Lancet* 2002; 359(9321): 1923.
- (155) Li Bassi L, Bertele V, Garattini S. «European regulatory policies an public medicines and public health needs». *Europ. J. Pub. Health* 2003; 13(3): 246-251.
- (156) Editorial. «New leadership for the FDA». *The Lancet* 2002; 360(9341).
- (157) Rogers A. «European Parliament approves pharma law overhaul». *The Lancet* 2002; 360(9343): 1183.
- (158) Bassets M. «Bayer se desprenderá de su actividad química para centrarse en farmacia». *La Vanguardia* 8/XI/ 2003, p. 67, col. 1-5.
- (159) Krauthausen C. «El grupo alemán Bayer desagrega su negocio químico tras registrar un desplome del 60% en sus beneficios». *El País*, 12/XI/ 2003, p. 53, col. 1-4.
- (160) Dao ID *What is the horizon for drug therapy—A trend analysis*. En: Dang Ha Doan B. (ed.). *The Future of Health and Health Care...* Op. citada, p. 204-222.

- (161) Lobo F. *Medicamentos. Política y Economía*. Barcelona: Masson, 1992, p. 237.
- (161 bis) Dixon AS. «The evolution of clinical policies». *Medical Care* 1990; 28(3): 201-220.
- (162) Huskamp HA, Epstein AM, Blumenthal D. «The impact of a national Prescription Drug Formulary on prices, market share and spending: lessons for Medicare?» *Health Affairs* 2003; 22(3): 149-158.
- (163) Cabiedes L, Ortún V. «Incentivos a Prescriptores». En: González Fidalgo et al. (coords.). *Coordinación e Incentivos en Sanidad*. XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo: Asociación de Economía de la Salud, 2001. P. 171-190.
- (164) Harris G. «States try to limit drugs in Medicaid, but makers resist». *NY Times* Dec. 18, 2003. Business. Accesible en www.nytimes.com Consultado 26/12/2003.
- (165) Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. «It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries». *Health Affairs* 2003; 22(3): 89-105.
- (166) Davidoff F. «The heartbreak of drug pricing». *Annals of Internal Medicine* 2001; 134(11): 1068-1071.
- (167) Danzon PM, Furukawa MF. «Prices and availability of pharmaceuticals: evidence from nine countries». *Health Affairs- Web Exclusive*, 29 October 2003. W3-521-526. Accesible en www.healthaffairs.org . Consultado 15/11/2003.
- (168) Calfee JE. «Pharmaceutical price controls and patient welfare». *Annals of Internal Medicine* 2001; 134(11): 1060-1064.
- (169) Real CG. «Opciones para frenar la menor competitividad farmacéutica de la UE». *Diario Médico* 25/11/2003, p. 18, col. 5-6.
- (170) Real CG. «La EPFIA subraya otra vez la desventaja europea». *Diario Médico* 29/5/2003, p. 44, col. 1-5.
- (171) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA et al. «The implications of regional variations in Medicare spending. Part I: the content, quality and accessibility of care». *Annals of Internal Medicine* 2003; 132(4): 273-287.
- (172) Girona L. «El gasto farmacéutico». *Salud* 2000, 2003; 93: 29.
- (173) Real CG. «Clasificación de *Financial Times* de las 500 corporaciones más importantes. Pfizer y J&J, entre las diez mayores compañías del mundo». *Diario Médico* 2/VI/2003, p.19, col. 1-6.
- (174) Pratley N. «Bitter pill for the world's drug companies». *The Guardian*. Business. September 12, 2003. Accesible en www.guardian.co.uk
- (175) Smith R. «A bad week for drug companies». *BMJ* 2003; 327(7416, 20 September): 0-g.
- (176) Danzon P, Epstein A, Nicholson S. *Mergers and acquisitions in pharmaceutical and biotech companies*. Accesible en www.simon.rochester.edu/fac/vanhorn/Conference.htm . Consultado 1/11/2003.
- (177) Stiglitz JE. *El malestar de la globalización*. Madrid: Taurus, 2002. p. 34.
- (178) Weisbrot M, Baker D, Kraev E, Chen J. «The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social well-being». *Int. J. Health Serv.* 2002; 32(2): 229-253.
- (179) Linde LM. *Economistas como globófobos*. Revista de Libros 2003; 75: 3-6.
- (180) De la Dehesa G. *Globalización, desigualdad y pobreza*. Madrid: Alianza Editorial, 2003.
- (181) Sala i Martín X. *Economía liberal para no economistas y no liberales*. Barcelona: Plaza y Janés, 2002.
- (182) Sala i Martín X. «The distributing «rise» of global income inequality». *NBER Working paper* N° 8904, April 2002. Accesible en www.nber.org/papers
- (183) Vidal Beneyto J. «Mundialización y desigualdad». *El País* 26/VII/2003, p. 6, col. 1. Contiene referencias a : -Lundberg M, Milanovic B. *Globalization and inequality: are they linked and how?* Washington DC: World Bank, 2000. Accesible en www.worldbank.org/poverty/inequal/abstracts/milanov.htm. Consultado 19/1/2004. Milanovic B. *The Ricardian Vice: Why Sala-i-Martin's calculations of world income inequality are wrong*. Accesible en econwp.wustl.edu/eprints/hew/papers/0305/0305003.abs. Consultado 19/1/2004.
- (184) Estefanía J. «La cara oculta de la prosperidad». *El País*. Domingo 27/VII/2003, p. 15, col. 4.
- (185) Amin S, Houart F (eds.). *Globalización de las resistencias*. Madrid: Icaria Editorial, 2003.

- (186) *Foro Internacional sobre globalización. Alternativas a la globalización económica*. Madrid: Gedisa Editorial, 2003.
- (187) Soros G. *On globalization*. Washington: Public Affairs, 2002.
- (188) Médicos Mundi. *Medicamentos y Desarrollo*. Pamplona: Médicos Mundi, 2003.
- (189) Oxfam. *Rigged rules and double standards. Trade, globalisation, and the fight against poverty*. Oxfam 2002. Accesible en www.maketradeaffair.com. Accedido 20/11/2002.
- (190) Stiglitz JE. «Un trato justo para el mundo». *Revista de Libros* 2002; 70: 13-18.
- (191) Global Forum for Health Research. Helping correct the 10/90 gap. Strategic orientations 2003-2005. Geneva: WHO-Global Forum for Health Research, 2002. Accesible en www.globalforumhealth.org
- (192) Pecoul B. «Access to essential drugs in developing countries: a lost battle?» *JAMA* 1999; 281: 361-367.
- (193) Médecins Sans Frontières (MSF). Fatal Imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases. MSF 2001. Accesible en www.accessmed-msf.org. Accedido 13/10/2001.
- (194) Médecins Sans Frontières (MSF). Fatal Imbalance. MSF 2002. Accesible en www.accessmed-msf.org. Accedido 15/11/2002.
- (195) National Bioethics Advisory Commission (NBAC). Ethical and policy issues in international research: clinical trials in developing countries. Bethesda (Maryland): NBAC, 2001.
- (196) Koski G, Nightingale SL. «Research involving human subjects in developing countries». *New Engl. J. Med.* 2001; 345(2): 136-138.
- (197) Shapiro HT, Meslin EM. «Ethical issues in the design and conduct of clinical trials in developing countries». *New Engl. J. Med.* 2001; 345(2): 139-142.
- (198) McDonald R, Yamey G. «The cost to global health of drug company profits». *West. J. Med.* 2001; 174: 302-303.
- (199) Le Carré J. *El jardinero fiel*. Barcelona: Plaza y Janés, 2001.
- (200) Editorial. «WTO takes a first step». *The Lancet* 2003; 362: 753.
- (201) Brugha R, Starling M, Walt G. «GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund». *The Lancet* 2002; 359: 435-438.
- (202) Brown P. «Kofi Annan describes new health fund for developing countries». *BMJ* 2001; 322: 1265.
- (203) Richards T. «New Global Health Fund». *BMJ* 2001; 322: 1321-1322.
- (204) Editorial. «A global health fund: heeding Koch's caution». *The Lancet* 2001; 358(9275): 1.
- (205) Brugha R, Walt G. «A global health fund: a leap of faith?» *BMJ* 2001; 323: 152-154.
- (206) Editorial. «Getting science into international aid». *The Lancet* 2001; 358: 1827.
- (207) Editorial. «Debate provides cautious optimism for global health». *The Lancet* 2002; 359(9304): 367.
- (208) Kopp C. «Global Fund on AIDS, tuberculosis and malaria holds first board meeting». *The Lancet* 2002; 359: 414.
- (209) Ramsay S. «Global Fund makes historic first round of payments». *The Lancet* 2002; 359: 1581-1582.
- (210) Editorial. «Philanthropist or commercial opportunist?» *The Lancet* 2002; 360: 1617.
- (211) Editorial. «Philanthropic gifts for health: the stage is set». *The Lancet* 2003; 362: 1087.
- (212) Vess A. «Eradication of polio threatened by \$300 m funding shortfall». *BMJ* 2002; 324: 936.
- (213) Sandford C. «Philanthropist or opportunist?» *The Lancet* 2003; 361: 880.
- (214) Ashraf H. «Bill Gates throws down gauntlet to medical researchers». *The Lancet* 2003; 361(9355): 404.
- (215) Clark J. «Euro MPs vote on research fund for neglected diseases». *BMJ* 2003; 326:680.
- (216) Mudur G. «Aid agency launches latest initiative to tackle diseases in the developing world». *BMJ* 2003; 327: 11.
- (217) Frankish H. «Initiative launched to develop drugs for neglected diseases». *The Lancet* 2003; 362: 135.

- (218) News. «Charity commits \$ 55 m to vaccine against dengue». *BMJ* 2003; 327: 638.
- (219) In brief. «Gates Foundation puts more funding into malaria vaccine». *BMJ* 2003; 327: 698.
- (220) News in brief. «US \$ 168 million for malaria». *The Lancet* 2003; 362: 1051.
- (221) Calvo JM. «El primer filántropo del mundo». *El País* 2/X/2003, p. 72, col. 1-4.
- (222) Fleck F. «WHO and MSF appeal for funds for new meningitis vaccine». *BMJ* 2003; 327: 769.
- (223) Webster P. «World bank approves loan to help Russia tackle HIV/AIDS and tuberculosis». *The Lancet* 2003; 361: 1355.
- (224) Webster P. «Global Fund approves grants to fight HIV/AIDS in Russia». *The Lancet* 2003; 361: 1355.
- (225) Fleck F. «Global Fund overwhelmed by requests». *The Lancet* 2002; 324: 807.
- (226) Vass A. «Global Fund director admits to \$ 8 bn shortfall». *BMJ* 2002; 325: 121.
- (227) Teklehaimanot A, Snow RW. «Will the Global Fund help roll back malaria in Africa?» *The Lancet* 2002; 360(9337): 888-889.
- (228) Kapp C. «Global Fund faces uncertain future as cash runs low». *The Lancet* 2002; 360(9341): 1225.
- (229) MacDonald S. «Bush criticised for not giving AIDS money to Global Fund». *BMJ* 2003; 326: 299.
- (230) Dorozynski A. «EU commits \$ 1 bn to global fund». *BMJ* 2003; 327: 182.
- (230bis) EFE. «Annan reclama 3.000 millones de dólares anuales contra el sida». *El País* 18/XI/2003, p. 35, col. 5.
- (231) Clarke T. «Medics call for action on child health crisis». *Nature* 27/VI/2003. Accesible en www.nature.com
- (232) Editorial. «Debate provides cautious optimism for global health». *The Lancet* 2002; 359(9304): 367.
- (233) Ashraf H. «Tackle infectious disease to help the poor, says WHO». *The Lancet* 2002; 359(9305): 499.
- (234) Ellman T, Ford N, Brugha R. «First round of payments for the Global Fund». *The Lancet* 2002; 360: 262.
- (235) Yamey G. «Malaria researchers say global fund is buying “useless drug”». *BMJ* 2003; 327: 1188.
- (236) Ashraf H. «WHO commission announces bold plan for world’s poor». *The Lancet* 2001; 358(9299): 2133.
- (237) Commission on Macroeconomics in Health. Sachs JD (chair). «Macroeconomics and health: investing in health for economic development». Geneva: WHO, 2001.
- (238) «Current topics. Differential pricing of essential drugs». *Pan Am. J. Public Health* 2001; 9(4): 275-279.
- (239) Rovira J. *Los precios diferenciales de los medicamentos, ¿una solución al acceso de los países menos desarrollados a la innovación farmacéutica? Coordinación e incentivos en sanidad*. XXI Jornadas de Economía de la Salud. p. 323-330.
- (240) Gottlieb S. «Drug company to sell AIDS drugs at less than cost price». *BMJ* 2001; 322: 692.
- (241) Pincock S. «Drug company to offer new malaria drug cheaply in Africa». *BMJ* 2003; 327: 360.
- (242) Fleck F. «US blocks deal on cheap drugs». *BMJ* 2003; 326: 9.
- (243) News in brief. «USA blocks cheap drug deal». *The Lancet* 2003; 361: 149.
- (244) McNeil jr DG. «Us at odds with Europe over rules on world drug pricing». *NYTimes International* 20/7/ 2001. Accesible en www.nytimes.com . Accedido 20/7/2001.
- (245) Dyer O. «Drug companies urged to make drugs available at cost price to the poor». *BMJ* 2002; 325: 1320.
- (246) UK Working Group on Increasing Access to Essential Medicines in the Developing World (Clare Short, Secretary of State for International Development). Report to the Prime Minister. Policy Recommendations and Strategy. November 28 2002. Accesible en www.dfid.gov.uk/Pubs/file/access_to_medicines.report28.11.pdf Accedido 9/12/2002.

- (247) Mayor S. «UK government supports measures to cut drug prices in developing countries». *BMJ* 2003; 326: 156.
- (248) Kondro W. «Canada delays legislation on cheap drugs». *The Lancet* 2003; 362: 1729.
- (249) Becker E. «Drug industry seeks to sway prices overseas». *NYTimes Business* 27/11/2003. Accesible en www.nytimes.com. Accedido 27/11/2003.
- (250) Organización Mundial de Comercio. Declaración de Doha. Accesible en www.wto.org/spanish/tratop_s/dda_s/dohaexplained_s.htm.
- (251) Kapp C. «World Trade Organisation reaches agreement on generic medicines». *The Lancet* 2003; 362: 807.
- (252) Fleck F. «How poor countries can gain access to cheap drugs». *BMJ* 2003; 327: 642.
- (253) Espinós D. «El acuerdo y sus riesgos». *El País* 2/IX/2003, p. 30, col. 1-6.
- (254) JJA/FG. «Los países pobres temen que los ricos les impidan importar medicinas genéricas». *El País* 10/IX/2003, p. 9, col-4.
- (255) Pollock A, Price D. «New deal from the World Trade Organization. May not provide essential medicines for poor countries». *BMJ* 2003; 327; 571-572.
- (256) Uranga N. «Acuerdo de la OMC: ¿qué estamos celebrando?» *El País* 16/IX/2003, p. 42, col. 1-4.
- (257) Buse K, Walt G. «Global public-private partnerships, part I: a new development in health?» *Bull. of the WHO* 2000; 78: 549-561.
- (258) Buse K, Walt G. «Global public-private partnerships, part II: what are the health issues for global governance?» *Bull. of the WHO* 2000; 78: 699-709.
- (259) Ridley RG. «Putting the partnership into public-private partnerships». *Bull. of the WHO* 2001; 79(8): 694.
- (260) Widdus R. «Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions». *Bull. of the WHO* 2001; 79(8): 713-720.
- (261) Buse K, Waxman A. «Public-private health partnerships: a strategy for WHO». *Bull. of the WHO* 2001; 79(8): 748-754.
- (262) Ridley R. «A role for public-private partnerships in controlling neglected diseases?» *Bull. of the WHO* 2001; 79(8): 771.
- (263) Wheeler C, Berkley S. «Initial lessons from public-private partnerships in drug and vaccine development». *Bull. of the WHO* 2001; 79(8): 728-734.
- (264) Yamey G. «The world's most neglected diseases». *BMJ* 2002; 325: 176-177.
- (265) Current Topics. «Biotechnologies to advance health in developing countries». *Pan A. J. Public Health* 2003; 13(1): 50-55.
- (266) Daar AS, Thorsteinsdóttir H, Martin DK et al. «Top ten biotechnologies for improving health in developing countries». *Nature genetics* 2002; 32: 229-232.
- (267) Daar AS, Martin DK, Nast S et al. *Top 10 biotechnologies for improving health in developing countries*. Toronto: University of Toronto Joint Centre for Bioethics. Accesible en www.utoront.ca/jcb/_genomics/top10biotechnologies.pdf. Accedido 15 marzo 2003.
- (268) Bayón M. «Una institución mundial fabricará fármacos contra enfermedades olvidadas». *El País* 4/VII/2003, p. 30, col. 5.
- (269) Lee K, Mills A. «Strengthening governance for global health research». *BMJ* 2000; 321: 775-776.
- (270) Ncayiyana DJ. «Africa can solve its own health problems». *BMJ* 2002; 324: 688-689.
- (271) This week in the *BMJ*. «Global coalition builds research capacity in Africa». *BMJ* 2003; 327 (Oct. 4):0-e.
- (272) Beveridge M, Howard A, Burton K, Holder W. «The Ptolomy project: a scalable model for delivering health information in Africa». *BMJ* 2003; 327: 790-793.
- (273) Harrison A, New B. *Public interest, private decisions. Health related research in the UK*. London: King's Fund, 2002.
- (274) Maynard A, Bloor K. «Dilemmas in regulation of the market for pharmaceuticals». *Health Affairs* 2003; 22(3): 31-41.

(275) Busse R, Wismar M, Berman P (eds). *The European Union and Health Services*. Brussels: European Commission. Directorate General of Science, Research and Development, 2002. Accesible en www.tu-berlin.de/fak8/ifg/mig . Accedido 1 Abril 2003.

(276) Mossialos E, McKee M. *EU Law and the social character of health care*. Brussels: Peter Lang, 2002.

(277) McKee M, Mossialos E, Baeten R (eds.). *The impact of EU Law on Health Care Systems*. Brussels: Peter Lang, 2002.

(278) Drummond MF. «Will there ever be a European drug pricing and reimbursement agency?» *Eur. J. Health Econom.* 2003; 4: 67-69.

(279) Rodrik D. Feasible globalisations. (NBER Working Papers N° 9129, July 2002. Accesible en www.nber.org/papers

BIOÉTICA, PODER Y SALUD GLOBAL

GIOVANNI BERLINGUER*

Agradezco mucho la invitación para poder dirigirme a Ud, y agradezco en particular la posibilidad de hacerlo sobre «Bioética, poder y salud global» para el público español. Es en Oviedo donde hace algunos años se firmaron las primeras normas internacionales sobre bioética. Lo que se llama Convención de Oviedo o Convención sobre Bioética y las Ciencias Biomédicas, que es un ejemplo para muchos países. También por el intento de formular normas mundiales sobre la bioética, una tarea que ocupa desde hace unos años a la Unesco desde el Comité Internacional de Bioética, donde yo soy uno de los relatores de esta iniciativa, lo que me parece muchas veces una misión imposible pero necesaria.

La bioética es una disciplina nueva y también la palabra es nueva, pero yo pienso que siempre los seres humanos han tenido reglas morales o conductas morales o amorales en relación con las acciones primarias de la vida, como las relaciones de género, la actividad reproductiva, la nutrición, las relaciones con los otros seres vivos. Y que ahora no se puede limitar la bioética a los problemas que llamo de frontera, a intentar desviar moralmente el extraordinario y benéfico desarrollo de las ciencias biomédicas y de otras ciencias y sus aplicaciones. Aplicaciones que se colocan fundamentalmente en los países más desarrollados.

Esta es la primera tarea de la bioética, pero no se puede olvidar lo que les ocurre cada día a la gran mayoría de los seres humanos, no solamente no conocen la bioética, no conocen los progresos de la ciencia. Lo que ocurre cada día con relación al nacimiento, a las enfermedades, a los sufrimientos y a la muerte. Por ejemplo, es importante que haya en Europa un debate muy intere-

* Profesor Universidad La Sapienza (Roma). Eurodiputado El Olivo (Italia). Conferencia pronunciada en la Universidad de Oviedo. Octubre 2003.

sante y que implique reflexiones muy difíciles y profundas sobre la eutanasia. También en España hay una discusión en este período que trataba sobre el derecho de las personas a decidir su vida y también su muerte, pero no se pueden olvidar lo que yo puedo llamar las muertes malas, no la muerte buena de la eutanasia. Malas muertes porque son previsibles y evitables y no se pueden desconocer las injusticias frente a la vida, la enfermedad y la muerte.

Yo pienso también que hay una relación estrecha entre la bioética de frontera y la bioética cotidiana y pienso que esta relación puede iluminar el pensamiento bioético, profundizar este pensamiento. Quiero poner dos ejemplos, uno es la selección del sexo de los hijos, el otro es el debate ético sobre la posibilidad de comerciar con partes del cuerpo humano, alquilar úteros o vender órganos para trasplante. Sobre la selección del sexo, se va introduciendo en la actividad reproductora la diagnóstica preimplantación y hay ahora la posibilidad de estudiar una célula de uno de los 3 o 4 embriones que se producen in vitro por la reproducción asistida de ver, esta célula, si el embrión tiene graves enfermedades genéticas y decidir si transferir o no este embrión en el útero de la futura madre. Una decisión difícil para los padres y muy controvertida a nivel ético. Como usted puede entender es al mismo tiempo posible establecer el sexo del embrión con el examen de una célula y decidir si utilizarlo o no en correspondencia al deseo de los padres y eventualmente intentarlo con otro de los 3 ó 4 embriones. Son problemas muy difíciles y quiero decir claramente que en muchos de los casos difíciles de la bioética para cualquier persona incluyendo los que se ocupan de la bioética e incluyéndome, no siempre hay una misma posición. Nosotros hemos discutido este tema en la última sesión del Comité Internacional de Bioética de la Unesco. La gran mayoría de los participantes estaba a favor de la posibilidad de seleccionar el embrión y no implantar el embrión en el útero si había enfermedades graves, pero algunas personas, otros miembros del comité, estaban en desacuerdo ya sea por razones de principio, porque consideran que el embrión es una persona, sea porque piensan que seleccionar las características genéticas de los hijos es una arbitrariedad, en particular la selección del sexo es una arbitrariedad y la mayoría de los integrantes del comité estaban en contra de la selección del sexo. Cuando se discutió el problema, la representante inglesa por la reproducción asistida afirmó que ellos permiten la selección del sexo por el equilibrio doméstico, aunque no explicó bien qué significa esto último.

Y ahora el aspecto cotidiano del problema de la selección del sexo. Hace algunos años un filósofo y economista que fue premio Nóbel de Economía en

1998, escribió un libro con el título *Hundred million of missing women* (Cien millones de mujeres que faltan). Esto es el resultado de prejuicios e intereses que se expresan en el infanticidio selectivo, en la falta de nutrición o de atención médica que se reserva muchas veces a los varones en discriminación y opresión cotidiana y ahora a través del diagnóstico intrauterino del sexo y el aborto selectivo. Hay una indignación mundial por esta discriminación y también las acciones de algunos gobiernos nacionales han empezado a reducir estas prácticas inhumanas y ahora me haré a mí mismo una pregunta: ¿qué va a ocurrir en estos países donde se intenta reducir estas discriminaciones? Si en los países desarrollados hay muchos bioeticistas que justifican la selección del sexo; si en Inglaterra, que es un país a la vanguardia en el campo de la filosofía de la ciencia, se permite legalmente la misma selección con la técnica de preimplantación, al contrario o contra, ¿cuál sería el efecto positivo de un llamamiento universal de los científicos y los filósofos contra la selección del sexo en los países donde se practican a través el infanticidio y otros métodos bárbaros? Esta es nuestra responsabilidad también.

Segundo ejemplo, la libertad de venderse. El 1 de junio de 2003, en la más prestigiosa revista de ética médica *Journal of Medical Ethics*, dirigida por el profesor Soren Holrn, recuerdo cómo en un artículo del profesor Holrn se contaba que había propuesto a su hija de 12 años una pregunta, ¿qué harías tú si tuvieras un remedio para la vida que se puede utilizar una vez solamente? ¿A quién te gustaría atribuir este remedio entre 3 personas: al que lo merece más, al que tiene más necesidades o al que es más joven? Inmediatamente me preocupó el hecho que un profesor de Bioética haga una pregunta así a una niña de 12 años, pero me encantó la respuesta: «Yo no sé, pero no lo daría a quien es tu amigo», no hacer una preferencia personal. Este es un primer paso. El número de esta revista está dedicado al tema ¿por qué negar a un ser humano el derecho de vender una parte de su cuerpo? La mayoría de los artículos están a favor de permitirlo.

El periódico más difundido en Italia, *el Corriere de la Sera*, publicó el día 6 de octubre de este año un artículo, un reportaje de Pakistán: el pueblo de los desesperados. Aquí todos venden sus riñones. En un pueblo de este país, 400 personas vendieron sus riñones y 6.500 en la totalidad del país. En Pakistán hay hospitales que practican como actividad normal los trasplantes que llaman con hipocresía donador remunerado, que es una contradicción evidente.

¿Por qué venden? Venden porque hay un sistema feudal protegido por el gobierno donde formas de esclavitud están fundadas por las deudas de los cam-

pesinos. En cuanto acumulan deudas y no saben qué hacer venden para buscar formas de libertad y reciben menos de 2.000 euros y ningún santón se preocupa de cuál será su destino. La pregunta es, ¿existe o no existe la libertad de vender su cuerpo? La opinión de Emmanuel Kant era muy clara, el cuerpo es la forma de existencia del ser humano y una persona no puede ser al mismo tiempo persona y cosa, y por tanto ninguno puede vender ninguna parte de su cuerpo ni siquiera un diente, porque los dientes eran la única parte del cuerpo comerciable en la época. Con los avances de las benéficas tecnologías de la medicina se hicieron disponibles otras partes para curar a otras personas como la sangre, los órganos, las córneas, pero cada una de estas partes se transformó en una posible mercancía y se descubrieron las secuencias del ADN humano, también. Ellas pasaron a ser mercancías a través del sistema de patentes, y ahora creo que la gran mayoría de las secuencias de nuestros genes están bajo patente, lo que me crea algunas preocupaciones de carácter íntimo y psicológico, y esto no ayuda a la investigación porque patentar al origen lo que es natural, crea un obstáculo porque el investigador nº 2 debe pagar al investigador nº 1 y así sucesivamente. Al mismo tiempo se crea una tendencia a transformar todo el cuerpo humano en una mercancía.

Los filósofos discuten ahora esta opinión, si existe la libertad de vender su cuerpo, y hay opiniones diferentes sobre lo que es legítimo. Yo creo todavía que la verdadera pregunta debería ser formulada desde el otro lado del problema, ¿tiene una persona el derecho de comprar o de alquilar partes del cuerpo de otros seres humanos? Porque yo no puedo condenar a un campesino pakistaní que no tiene otro camino para sobrevivir, pero puedo condenar a los que utilizan esta condición. En primer lugar para explotarlo durante el trabajo y en segundo lugar para comerciar con sus órganos. Si se acepta el derecho de comprar debería estar claro que el riesgo es de crear una sociedad donde todo se puede comprar y nosotros mismos seríamos por tanto lo que se puede llamar la mercancía final. Con un colega brasileño hemos trabajado y escrito un libro sobre este tema con este título *La mercancía final*; junto a la transformación en mercancía de la naturaleza y de sus recursos, yo creo que no me gustaría vivir en una sociedad donde todo está transformado en mercancía.

En la segunda parte de esta conversación quiero hablar de la salud global y de las relaciones entre la globalización y la salud.

Yo sé que aquí hay muchos médicos, enfermeras y otros agentes de salud que viven un período de dificultades y de problemas. Espero que sea útil o cuando menos interesante una mirada histórica para ver con claridad la fase

que vivimos. Imagino la descripción de esta historia como una pieza con un prólogo y tres actos.

El prólogo es el descubrimiento o la conquista de América que representó la unificación microbiana del mundo, la transición entre la separación de los pueblos y de las enfermedades a la comunicación recíproca y hasta ese momento se habían creado en las diferentes partes del mundo condiciones de vida, nutrición, etc., muy diferentes por razones de clima, de existencia, de agentes patógenos, de transmisores de enfermedades. Como se sabe el impacto de las enfermedades de América, la exportación involuntaria de enfermedades, la viruela, etc., fue muy importante y también de América hemos importado alguna enfermedad como la sífilis.

En el siglo XIX se crearon las tres condiciones necesarias para actuar contra las enfermedades contagiosas, el conocimiento de sus causas, la identificación de las estrategias de intervención y de terapia y la voluntad política de actuar a nivel mundial. Y fueron diseños del gran desarrollo de la salud, no sólo en los países metropolitanos, sino también en menor medida en los países colonizados. Al mismo tiempo se crearon medidas sociales, la higiene humana, las leyes por la reducción de los horarios de trabajo, leyes por la protección de las madres trabajadoras y de los niños..., y se desarrollaron formas de producción colectiva de salud, se creó el Estado de bienestar, que es una característica de Europa.

En el acto segundo, en los diseños colectivos, la salud empezó a ser considerada también como un derecho y se convirtió en derecho. En este clima se creó la OMS. La propuesta de crear una organización mundial provino, antes que de los países desarrollados, de Brasil y de China con la finalidad de conseguir una acción global y con el argumento de que las armas y la ciencia no pueden ser patrimonio únicamente de los países desarrollados, un tema moderno y actual. Y esto se logró para siempre, por ejemplo la difusión práctica de las vacunas y de los antibióticos fueron un elemento importante para mejorar la salud. En este clima la OMS, a finales de los 70, lanzó una idea importante, la idea de la prioridad de la atención básica primaria y por otro lado una tarea de garantizar Salud para Todos en el año 2000. Este año cambió, después se habló del año 2010, pero no parece que se hayan hecho muchos progresos en este sentido y el año pasado la OMS decidió que la Salud para Todos debe ser en el siglo XXI. Yo creo que a finales del siglo XXI, sobrevivirán pocos testigos de esta decisión para poder reivindicar sus errores.

El tercer acto se caracteriza por muchos retrocesos, la ruptura de muchas

esperanzas. Se incrementaron las diferencias y las desigualdades a nivel de salud y en las condiciones de seguridad de muchos países.

¡Nunca antes ha habido en el mundo tanta salud! Por ejemplo, leí hoy en los periódicos de España un estudio que dice que 7 de cada 10 personas declararon tener buena salud, lo que parece algo óptimo. Nunca hubo tanta salud, tantos conocimientos y tantos remedios posibles y jamás tantas enfermedades, tantas muertes que se pudieran prevenir y curar. Al mismo tiempo hay una contradicción en las políticas internacionales de salud. Los riesgos son hechos globales, viejas y nuevas epidemias, riesgos ambientales, violencias, drogas y otros riesgos. Las respuestas son particulares, olvidan el viejo principio de la indivisibilidad de la salud. Cambiaron al mismo tiempo otros importantes paradigmas de las políticas de salud. En lugar de que la idea de la salud es un fundamento y una finalidad primaria del bienestar económico, del crecimiento, se ha instalado una idea opuesta, que los servicios públicos de salud y la universalidad de estos servicios son un obstáculo para la financiación pública y para el desarrollo de la riqueza. Esto no es verdad, porque países que tienen servicios públicos de salud muy adelantados, como los países del norte de Europa, son más ricos también. Se habla cada vez más de sistema sanitario en lugar de hablar de sociedad sana y de sistemas de salud y se olvidan las medidas de prevención y se ocultan muchas veces las primeras causas de las enfermedades.

Todo ello tiene muchas causas sociales y políticas, y entre ellas el hecho que la OMS, con todo el prestigio que mantiene en el plano técnico-científico, ha perdido su función de guiar en las políticas de salud en el mundo que sean transferidas al Fondo Monetario Internacional y por algunos campos a la Organización Mundial de Comercio, que contribuyen más que la OMS a una influencia en las políticas de salud y algunas veces las orientan directamente. Ciertamente era y es necesario corregir los excesos de intervención del Estado, las deformaciones burocráticas, el carácter impersonal de muchos servicios públicos de salud. Sin embargo, el eje central de las reformas, de los ajustes fue la tentativa no de integrar sino más bien instalar, en lugar de los sistemas de asistencia universal, las entidades privadas y los seguros, es decir, un modelo que se ha instalado en EEUU donde ha sido y es predominante; el más costoso de todos, el menos equitativo y el menos eficaz, en términos de relación costes/beneficios, en cuanto a la equidad de accesos y a los niveles de salud alcanzados.

Para terminar quiero señalar algunas tendencias positivas que se están expresando en los últimos años. Una es la tendencia que hay en Europa a resistir a la demolición del Estado de bienestar y la Federación de Asociaciones para

la Defensa de la Sanidad Pública en España (FADSP) es un excelente ejemplo. Este Estado del bienestar, que es probablemente el marco más característico de nuestra democracia, resistir proponiendo las transformaciones y las integraciones para mejorarlo.

Otro es el ejemplo maravilloso de millones de voluntarios de matriz religiosa o laica que al mismo tiempo piden, reivindican y actúan en su propio país o en otros países para mejorar cada día la condición de otras personas. Ha sido también en los últimos años un ejemplo positivo de inversión de tendencia en la restricción del acceso a los fármacos. El caso de África del Sur y de Brasil que ganaron parcialmente el derecho de producir y utilizar en lugar de los fármacos al alto precio de las multinacionales, los mismos fármacos para las terapias contra el SIDA. Por primera vez limitaron el uso de las patentes a favor de los pacientes.

En fin, dos elementos que me parece tienen en el plan político-cultural la perspectiva más favorable. Uno es la presencia en la escena mundial de una nueva generación. Después de muchas décadas de silencio se reivindica para conseguir un mundo mejor, se afirma que esto es posible y se hacen propuestas. Esta es la mayor diferencia con el movimiento de los jóvenes a finales de los años 60, los cuales no eran prevalentemente críticos y no eran propositivos.

El segundo es que en Cancún, hace algunas semanas, se reunió un grupo de países en sintonía con el movimiento neoglobal. Países cuya voz coral no se hacía oír desde hace mucho tiempo y no tenían influencia en las relaciones internacionales que piden una política de comercio, una política de patentes, una política de medio ambiente que sea más favorable a todos los países y a todos los pueblos del mundo, y que pide ahora a Europa, en nombre de la libertad del comercio, que no utilice las subvenciones para la agricultura y no utilice la limitación de las importaciones, política ésta que está en contradicción con los principios que proclama. Disculpenme si mi exposición ha sido un poco dura, poco simpática, como se suele decir; y disculpen también por esta mezcla de idiomas, pero yo pienso que lo importante es entenderse.

PREGUNTAS

Pregunta: Puntualizar al Dr. Berlinguer que afortunadamente, en mi opinión, las secuencias del genoma humano no están protegidas. Hubo una carrera loca por ver quién llegaba antes a la meta, entre los que pretendían

protegerlas con patentes y el consorcio internacional que fue quien ganó la batalla, por lo tanto las secuencias están disponibles para cualquier investigador en este momento.

Respuesta (Giovanni Berlinguer): Quiero hacer una distinción. Las secuencias están disponibles, esto es verdad, pero en muchas de ellas se han introducido patentes y si alguien quiere hacer un test, debe pagar las patentes. Hay muchas proclamas (UNESCO, ONU) para hacer imposible las patentes sobre el genoma humano, pero prácticamente se han introducido las patentes.

P: ¿Las patentes se han hecho sobre los procedimientos?

R: ¡No, no! Sobre las secuencias.

P: Respecto al primer punto que tocó, la selección del sexo. La técnica que actualmente se puede utilizar de seleccionar el espermatozoide, no seleccionar el embrión, para obtener una alta finalidad. Yo conozco familias que si pudieran..., ¿por qué no poder ayudarles? Porque los hijos son algo muy importante, ese ansia por tenerlos, ¿por qué no dejarlo abierto y que cada uno sea responsable? ¿Por qué no permitirlo y darle esa opción? Porque ya no es un embrión, es el espermatozoide. A mí me parece que podría ser algo interesante.

Y respecto al comercio de órganos, yo creo que los familiares tienen algunos derechos, pues respecto a un riñón o un hígado, ¿por qué no poder transmitírselo a ellos? Yo creo que hay que dejar abiertas estas oportunidades.

R: Sí, sobre la primera observación, yo pienso que debemos de hacer una distinción entre normas morales y legales. No todas las normas morales se deben transformar en normas legales. Permitir o no permitir, esto es otra cosa. Debe existir un campo de libertad personal que puede ser más o menos amplio. La selección a través de los espermatozoides puede resolver el problema de no utilizar los embriones, pero no resuelve el problema del principio, si tenemos o no tenemos el derecho moral de predeterminar la vida de nuestros hijos. Esta es mi opinión, usted expresa la suya. Tenemos dos bioéticas diferentes perfectamente legítimas.

Sobre los trasplantes, usted tiene razón y en realidad no tengo ninguna objeción a los trasplantes de individuo vivo en el ámbito de la familia y en India, por ejemplo, donde había un comercio muy amplio de riñones, establecieron por ley que los trasplantes se puedan hacer únicamente en las familias, pero se encontraron que había también del tipo lucrativo y no tenían posibilidad de resolverlo.

P: Un poco, la pregunta sería, ¿cómo podemos empujar para que se haga realidad aquello de que la salud es un derecho fundamental de toda persona e indispensable para poder tener una vida digna?

R: En coincidencia con el milenio hemos tenido una multiplicación de declaraciones universales y también algunos compromisos de la ONU. La creación de un fondo mundial para la salud, en particular contra las principales enfermedades infecciosas, que se alimenta con fondos de los países y también con donaciones. Hay un principio que los donadores pueden decidir sobre el destino de su dinero, y esto me parece peligroso. Como es peligroso para la salud pública de países no desarrollados trabajar a través de programas verticales contra enfermedades singulares. Lo que pasa en estos países es que hay una multiplicidad de acciones dirigidas por otros países y que tienen muchas veces un efecto positivo, pero integran en sus actividades los mejores especialistas. Creo que la función de la OMS debería ser de unificar y aumentar estas actividades.

Yo creo que el primer paso es dar a conocer los hechos, los datos. En particular el crecimiento de las inequidades en el campo de la salud, darlas a conocer. Por ejemplo, el tema de la equidad en la salud antiguamente era totalmente desconocido, actualmente está a la orden del día y se publica mucho en las revistas médicas de gran autoridad. El conocimiento de los hechos es la primera condición para crear indignación moral y para empezar un trabajo teórico y práctico para cambiar esta situación.

P: Yo quisiera saber, ¿qué esperanza tiene usted en combatir el mal, digamos, del dominio o del sometimiento de la noble actividad política y controlar la justicia entre los hombres? ¿Cómo se podría, digamos, cómo ve usted el tema del poder?

R: Disculpe, pero yo soy un hombre de mucha edad, con muchas experiencias. Lo que no puedo hacer seguramente es resolver los problemas del mundo. Puedo decir que en la política hay una interferencia creciente de grandes intereses y condiciones o de dependencia o de interdependencia de muchos gobiernos con empresas multinacionales en diferentes campos, incluyendo el campo de la salud y los intereses farmacéuticos. No quiero comentar sobre la política española. Porque tenemos nuestros problemas en Italia y estoy seguro de que son parecidos. En los últimos años, por primera vez, la omnipotencia de las empresas multinacionales farmacéuticas sufrió un retroceso, ya que han sido derrotadas con el caso de los fármacos contra el SIDA. Hicieron un procedimiento penal contra Nelson Mandela, intentaron acusarlo de violación de las

leyes por haber comprado los fármacos en otros países y la opinión pública internacional promovió una campaña mundial contra las sociedades multinacionales, y ellas decidieron retirar lo que habían intentado hacer contra Nelson Mandela. Por una razón muy simple, porque estaban perdiendo su imagen y esto es un ejemplo positivo.

Yo, en general, tiendo a ser optimista. Una vez me encontré, hace cinco años, en Nueva York con uno de los pioneros del ambientalismo, y lo encontré muy bien, como si fuera un jovencito y la cuestión que le planteé fue ¿cómo lo haces? Me contestó: sólo necesito dos cosas, ser optimista y trabajar mucho. Yo tengo optimismo y para poder trabajar mucho me ayudan los amigos, incluyendo los amigos de Oviedo.

GLOBALIZACIÓN Y EQUIDAD DE GÉNERO EN EL SECTOR DE LA SALUD

IOLANDA IRIARTE SALINAS*

«La crisis económica y la progresiva interconexión de las economías mundiales, la globalización, están produciendo un nuevo modelo de relaciones entre mercados, estados y hogares. Este modelo tiene profundas implicaciones en las relaciones de género tanto en la creación como en la transformación de las divisiones del trabajo y en la relación entre las esferas de actividad, integradas o no en el mercado».

AMARTYA SEN, PREMIO NOBEL DE ECONOMÍA 1998

INTRODUCCIÓN

La globalización ha impuesto una serie de reformas al Estado que han restringido paulatinamente su deber y capacidad de ocuparse de las necesidades de la ciudadanía.

Estas reformas han provocado, además, la reducción y fragmentación del Estado con el consiguiente traspaso de sus obligaciones al ámbito privado, con las mujeres como principales «depositarias». Este fenómeno conlleva una creciente falta de autonomía para tomar decisiones políticas y económicas por parte de los Estados.

La reforma del sector salud, iniciada a finales de los ochenta, forma parte del conjunto de reformas en las que está inmerso el Estado, como respuesta a la estrategia de adecuación a las transformaciones exigidas por la economía y la globalización para alcanzar una Administración Pública reducida, eficiente, eficaz y transparente.

Los procesos de reforma de los servicios de salud, desarrollados en el marco de la aplicación de programas de ajuste estructural, impuestos a los

* Federación de Planificación Familiar de España.

Estados por las instituciones financieras internacionales, han aumentado de forma dramática la exclusión y la pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de mediano y bajo ingreso.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos fueron reconocidos y definidos por primera vez en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y ampliados posteriormente en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Ambas conferencias sientan las bases de una agenda de desarrollo humano centrada en el ejercicio de los derechos de las mujeres y en el logro de la equidad.

Sin embargo, a diez años de los logros alcanzados en la celebración de estas dos conferencias convocadas por Naciones Unidas en la década de los noventa, persisten obstáculos estructurales de carácter internacional que dificultan la puesta en práctica de los compromisos adquiridos por los Estados en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Este capítulo pretende abordar cómo una de las principales expresiones de la globalización, la reforma del Estado y concretamente del sector sanitario, ha obviado el impacto que cada reforma sanitaria produciría en la salud de los grupos más vulnerables, profundizando las inequidades de género e incidiendo negativamente en el acceso a la salud y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Para elaborar este capítulo se ha revisado la bibliografía de la Federación de Planificación Familiar Internacional (IPPF), del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y de otros organismos de Naciones Unidas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos; y los documentos de análisis y de investigación desarrollados en el marco de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud sobre la equidad de género en la reforma de sector salud y sus repercusiones en la salud sexual y reproductiva.

1. LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1.1. Conceptos fundamentales

«Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos inter-

nacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos». Plataforma de Acción de Beijing, para. 95.1.

Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de forma universal e interdependiente con el resto de los derechos humanos. El derecho a la salud está reconocido en el art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, que exige a los Estados reconocer «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, física y mental¹» y a crear las condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos.

Los derechos reproductivos abarcan dos principios básicos: el derecho a la atención a la salud reproductiva y el derecho a la autodeterminación reproductiva.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia..., la atención de la salud reproductiva incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994).

La obligación de suministrar servicios de salud reproductiva en particular se basa en principios de no discriminación. Los Estados están obli-

¹ La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

gados a garantizar el derecho a la salud sin discriminación por razón de sexo². Para garantizar el disfrute igual del derecho a la salud, los Estados deben tomar en cuenta las necesidades particulares de salud, tanto de las mujeres como de los hombres. Como la salud reproductiva es fundamental para el bienestar de las mujeres, los Estados deben tomar medidas afirmativas para garantizar que la atención a la salud reproductiva está a disposición y al alcance de todas las mujeres. Este principio está reconocido explícitamente en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que dispone que los Estados parte deben tomar «las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar»³.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), organismo de las Naciones Unidas que vigila el cumplimiento de la Convención de la Mujer, ha abordado las obligaciones gubernamentales relacionadas con la atención a la salud reproductiva. En su Recomendación General sobre Mujeres y Salud (Recomendación sobre Salud) declara que los Estados parte deberían «garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva»⁴.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (Organización Mundial de la Salud).

² Pacto de Derechos Civiles y Políticos, art. 2; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 3.

³ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada el 18 de diciembre de 1979, Doc. NU A/34/46 (entrada en vigor 3 de septiembre de 1981), art. 12(1) [en adelante, Convención de la Mujer].

⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW), Recomendación general n.º. 24: La mujer y la salud-Artículo 12, 2 de febrero de 1999, para. 29 [en adelante, Recomendación general sobre Salud].

Los **derechos sexuales**, como parte de los derechos humanos, incluyen los derechos de las personas a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia; y a disponer de la información y los medios para ello (IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995).

La *Carta de los derechos sexuales y reproductivos* de la Federación Internacional de Planificación Familiar (Londres, 1996) incluye: el derecho a la libertad y seguridad de la persona, el derecho a la igualdad y a la libertad de todas las formas de discriminación, el derecho a la intimidad y la confidencialidad, el derecho a la libertad de pensamiento, el derecho a información y educación, el derecho de decidir casarse o no y de planear y tener una familia, el derecho de decidir si tener o no hijos, el derecho a la atención médica y a la protección de la salud, el derecho de gozar los beneficios del progreso científico, el derecho a la libertad de asamblea y la participación política y el derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano.

Algunas cifras:

- Cada año, 529.000 mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo y el parto.
- En los países en desarrollo, 705 millones de mujeres de entre 15 y 19 años de edad corren riesgo de tener un embarazo no deseado.
- Cada año, entre 50.000 y 100.000 mujeres quedan discapacitadas a causa de la fístula obstétrica.
- Actualmente, 135 millones de mujeres tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos.
- Cada día, 6.000 jóvenes, mujeres y varones, se añaden, se suman a los infectados por el VIH.
- Hay 65 millones de niñas a las que se deniega su derecho a la educación.
- De los aproximadamente 45 millones de abortos inducidos que se practican al año, 19 millones se realizan en malas condiciones, por lo que 70.000 mujeres pierden la vida anualmente, el 13% de las defunciones relacionadas con el embarazo.

Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2004, «El consenso de El Cairo 10 años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza», UNFPA 2004.

1.2. La agenda internacional: Del consenso de El Cairo a la Declaración del Milenio

La agenda de desarrollo actual, enmarcada en la Declaración del Milenio del año 2000, se fue construyendo en una serie de conferencias internacionales promovidas por Naciones Unidas durante la década de los noventa y en las que por primera vez participaron las organizaciones de la sociedad civil. Entre éstas, cabe destacar la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993, en donde se resaltó que los derechos de las mujeres y las niñas son parte integral de los derechos humanos y afirmó que las mujeres deben poder disfrutar los más altos niveles de salud mental y física durante su vida; la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo (Egipto) en 1994 y la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, en Beijing en 1995.

La IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing 1995) asumió por primera vez una visión amplia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, confirmando su carácter crucial para el progreso del estatus de las mujeres.

Solamente allí, donde las mujeres disponen de la atención reproductiva que necesitan y de la autonomía en la toma de decisiones reproductivas, pueden participar plenamente en todas las esferas de la sociedad.

El consenso de El Cairo

El Programa de Acción de El Cairo adoptado por 179 Estados supuso un cambio de paradigma en la manera de entender las relaciones entre la población y el desarrollo, con respecto a la experiencia de las últimas décadas en las conferencias internacionales sobre población: Bucarest en 1974 y la de México en 1984.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) marcó un hito porque, en oposición a enfoques demográficos anteriores, abordó el tema de población vinculándolo al desarrollo humano; la protección del medio ambiente; la condición de las mujeres; la salud integral; el bienestar individual y colectivo; la igualdad y la equidad de género, y el respeto de los derechos humanos.

Este cambio en la manera de abordar las políticas de población implica:

a) Un nuevo concepto de los derechos sexuales y reproductivos y la redefinición de obligaciones del sector salud en esta materia.

b) La legitimización de un discurso que enfatiza las relaciones entre desarrollo social y económico y la salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que reconoce la existencia de la discriminación que con base en el género padecen las mujeres y que las coloca en una situación de desventaja, caracterizada por un menor poder de decisión y un acceso limitado a los recursos sociales, comunitarios y familiares.

c) Finalmente, el reconocimiento del papel central de las relaciones entre hombres y mujeres en todo aquello que se refiere a la salud y los derechos de las mujeres y afirma que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, la transmisión de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el bienestar de sus parejas y de los hijos e hijas que procreen.

En El Cairo, las naciones llegaron a un consenso sin paralelo en su política demográfica. En esta nueva perspectiva se restó énfasis a las políticas dirigidas a reducir el crecimiento de la población, para concentrarse en mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente las mujeres. El Programa de Acción de El Cairo representa un cambio radical porque coloca en el centro de las políticas de población a las personas y sus derechos humanos inalienables.

Este consenso histórico intentó, en estos temas y en muchos otros, dar respuestas coherentes a las múltiples problemáticas y desafíos de las sociedades humanas, desde un enfoque de derechos y a partir de una visión plural, integrada y con perspectiva de género.

Por primera vez una cumbre mundial reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos, definiéndolos como el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir, libre y responsablemente, el número de hijos/as, cuándo tenerlos o no tenerlos, y a disponer de la información y medios para poder ejercerlos. Y alcanzar, consecuentemente, el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva.

Las premisas de El Cairo

El programa de acción tiene una serie de premisas básicas que configuran ese cambio, que fundamentalmente se centra en los siguientes puntos:

- La inversión en las personas para ampliar sus capacidades y oportunidades es la clave para la erradicación de la pobreza y la promoción de un desarrollo humano sostenible.

- La autonomía de la mujer y su empoderamiento en todas las esferas de la vida es un factor crucial para la igualdad de género y la mejora del bienestar no sólo personal, sino también familiar, comunitario y, por extensión, evidentemente nacional.
- Los derechos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos pero no exclusivamente, son indispensables para el progreso humano.
- El enfoque tradicional de la planificación familiar se amplía al nuevo concepto de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, en todo el ciclo de vida.

Entre los logros del Programa de Acción de la CIPD cabe destacar:

- El nuevo enfoque de la salud reproductiva está basado en los derechos y para facilitar el ejercicio de estos derechos es necesario promover políticas y programas destinados a cerrar las brechas provocadas por las inequidades de género.
- La llamada a asignar recursos económicos⁵ para instrumentar las acciones previstas en el Programa de Acción: se presentan estimaciones de los niveles de recursos nacionales y asistencia internacional necesarios para poder cubrir las nuevas prioridades, y se exhorta a los gobiernos a que faciliten esos recursos.
- El reconocimiento de la importancia de la colaboración entre las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones gubernamentales, para la instrumentación exitosa de los acuerdos de El Cairo.

En el Programa de Acción de CIPD se definieron los elementos que hay que incorporar en la atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de salud⁶:

- Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.
- Información y acceso a métodos de planificación familiar que sean apropiados, seguros, efectivos, accesibles económicamente y aceptados como consecuencia de una decisión informada.

⁵ El Programa de Acción de la CIPD fue el primer documento internacional aprobado por consenso que incluyó estimaciones del costo del conjunto de acciones que preveía; se estimó en 17.100 millones de dólares anuales en 2000, importe que aumentaría hasta 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015. El consenso a que se llegó fue que los países en desarrollo movilizarían dos terceras partes de los importes necesarios con cargo a los recursos nacionales y que los países donantes aportarían asistencia internacional equivalente a un tercio del importe total.

⁶ Capítulo VII, Párrafos 7.6., 7.7., 7.8,7.9,7.11 Programa de Acción, CIPD, 1994.

- Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.
- Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto.
- Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/ SIDA y otras afecciones como cáncer de mama o del sistema reproductivo.
- Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia sexual o el tráfico sexual.
- Generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las mujeres en todos los niveles del sistema de atención de salud.
- Alentar la responsabilidad masculina en todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, sociedad civil y de la comunidad en general, brindando especial apoyo al empoderamiento de la mujer en la defensa de los derechos reproductivos.

La agenda de El Cairo es una agenda humanista, integral y respetuosa de los derechos de las personas. Ante las evidencias de su potencial para mejorar la calidad de vida de la población en general, es necesario seguir avanzando en su instrumentación y reforzar el compromiso de las instituciones de gobierno y de todos los sectores de la sociedad en el cumplimiento de estos acuerdos.

Las metas orientadoras de la CIPD

La CIPD adoptó un Programa de Acción para los veinte años siguientes. En este programa se especifican un conjunto de metas precisas que todos los países se comprometen a conseguir, en el área de la salud, de la mejora de la condición de las mujeres y del desarrollo social. Con motivo de la revisión de las metas establecidas en el 94, cinco años más tarde (Cairo + 5) los Estados reunidos convinieron en adoptar una serie de medidas que respondieran a una realidad cambiante:

- Reducir a la mitad –antes de 2005– la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas existente en 1990. Hacia 2010, la tasa neta de matriculación en las escuelas primarias de niños de uno y otro sexo debería ser al menos del 90%.
- Hacia 2005, un 60% de los establecimientos que prestan servicios de atención primaria de la salud y planificación familiar deberían ofrecer

la gama más amplia posible de métodos de planificación de la familia seguros y eficaces, atención obstétrica esencial, prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor, inclusive las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir la infección; un 80% de los establecimientos deberían ofrecer estos servicios hacia 2010 y todos deberían ofrecerlos hacia 2015.

- Hacia 2005, en los países donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es muy alta, al menos un 40% de todos los partos deberían contar con la asistencia de personal cualificado y en todo el mundo, al menos un 80%; esas proporciones deberían ser de 50% y 85%, respectivamente, hacia 2010; y de 60% y 90% hacia 2015.
- Reducir a la mitad hacia 2005 toda discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y la de personas que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; la discrepancia debería reducirse en un 75% hacia 2010 y en un 100% hacia 2015. Para tratar de alcanzar este objetivo, no deberían utilizarse cupos ni cuotas de captación de clientes.
- Para reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, al menos el 90% de los jóvenes, tanto hombres como mujeres, de 15 a 24 años de edad deberían tener acceso antes de 2005 a métodos preventivos –entre ellos, condones femeninos y masculinos, asesoramiento y seguimiento–; y hacia 2010, al menos el 95%. Hacia 2005, deberían reducirse las tasas de transmisión de VIH entre personas de 15 a 24 años de edad en un 25% en los países más afectados y hacia 2010, en un 25% en todo el mundo.

De El Cairo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio o a Nueva York

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio –las metas que los dirigentes mundiales fijaron en la Cumbre del Milenio en septiembre de 2000– son una agenda ambiciosa para reducir la pobreza, sus causas y manifestaciones.

El Cairo anticipa las Metas de Desarrollo del Milenio en muchos aspectos. De las ocho metas u ocho objetivos marco de desarrollo del Milenio, al menos cuatro tienen vínculos estrechos con las metas de El Cairo:

- El acceso universal a la salud sexual y reproductiva es una cuestión de derechos humanos, pero también un requisito para el desarrollo.

- Habilitar a las personas para elegir el tamaño de su familia disminuye el crecimiento de la población que todavía socava los esfuerzos de reducción de la pobreza en los países menos desarrollados, donde precisamente se concentra el crecimiento de la población mundial.
- El acceso a la información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva son críticos para la reducción, consecución de otras metas y otros objetivos como la mortalidad materna e infantil, así como para contener y revertir la epidemia del SIDA.
- La prevención de embarazos precoces, no deseados, sobre todo entre adolescentes, contribuye a retener a las niñas y adolescentes en el sistema educativo y, por consiguiente, propicia el empoderamiento de las mujeres.

Todas estas son metas del Milenio, pero eran también metas de El Cairo.

1.3. La participación de las organizaciones de sociedad civil en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

...A las organizaciones no gubernamentales, en especial las que se ocupan de la salud sexual y reproductiva y de la planificación familiar, las organizaciones de mujeres..., a las organizaciones de jóvenes..., a otros grupos..., se les debería invitar a participar en los órganos decisorios de nivel local, nacional e internacional, incluido el sistema de las Naciones Unidas, para asegurar la aplicación, supervisión y evaluación eficaces del presente Programa de Acción. Párrafo 15.5. del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

Uno de los factores innovadores de la conferencia de El Cairo, mencionado anteriormente, fue la apertura a la sociedad civil, cuya participación abrió el curso a otras conferencias posteriores.

La **participación ciudadana** en salud es un derecho humano que garantiza la participación de la población en la toma de decisiones en los ámbitos estatal, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector, incluyendo la participación en la formulación e implantación de las políticas públicas.

Incluye la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de

mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la supresión de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural.

Esta participación se concibe no como un instrumento para abaratar costos, sino como el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los procesos que afectan el propio bienestar.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva en particular, El Cairo⁷ simboliza la irrupción de la sociedad civil en el debate internacional de los temas relacionados con los derechos de las mujeres, pero no exclusivamente. Por primera vez las ONG nacionales e internacionales, fundaciones privadas, organizaciones comunitarias, irrumpen en el debate internacional y, de hecho, desbordan la presencia de los gobiernos. Y evidentemente, esa apertura al debate y esa participación de la sociedad civil se va consolidando hasta prácticamente institucionalizarse de ahí en adelante. Pero eso no era una norma y mucho menos un hábito antes de El Cairo.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Conferencia Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) reconocen que la participación de las mujeres en las políticas de población y desarrollo es crucial para garantizar la calidad de la atención y promover los derechos reproductivos y subrayan la importancia de una amplia colaboración entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Desde esta perspectiva proponen la creación de mecanismos de interlocución y destacan como crucial que las organizaciones de la sociedad civil participen en todas las etapas del proceso de instrumentación de las recomendaciones: el diseño y la elaboración de políticas y programas, así como la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las mismas.

En todo el proceso que conduce a la CCMM y la CIPD, las mujeres de

⁷ Las iniciativas de defensa y promoción de las organizaciones no gubernamentales (ONG) han sido vitales para crear un nuevo consenso en el sentido de que el empoderamiento de las mujeres es fundamental para el desarrollo social y económico. Más de 4.000 representantes de más de 1.500 ONG de 100 países asistieron al Foro de ONG orientado a distintos temas que tuvo lugar paralelamente a la CIPD oficial en 1994. Los líderes de las ONG ofrecieron un punto de vista pragmático de la política internacional y de cómo responder a las necesidades de las personas y los hogares, en especial las mujeres y los pobres que frecuentemente están subrepresentados en los foros internacionales. La presencia de las ONG surtió un efecto decidido sobre el documento que fue redactado y adoptado de común acuerdo en El Cairo y ha tenido un efecto duradero en la forma en que las instituciones multilaterales y gubernamentales se relacionan con los actores de la sociedad civil.

los países tanto del Sur como del Norte defendieron eficazmente la necesidad de políticas que empoderen a las mujeres y promuevan la equidad de género. La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad en un sentido amplio, y de género en particular.

Las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC), en virtud del derecho a participar en el proceso de elaboración y aplicación de políticas públicas que afectan directamente al bienestar de la ciudadanía, tienen un papel fundamental de vigilancia social en el cumplimiento de esas metas por parte de los gobiernos.

Las OSC contribuyen a este escrutinio al ejercer el **control social** interviniendo en la gestión pública—orientando las acciones y los gastos estatales y públicos— y **la rendición de cuentas**—exigiendo el acceso a la información—.

Ambos ejercicios son necesarios para la democratización del funcionamiento del sector salud y la defensa de los intereses de la ciudadanía.

En todo el proceso que conduce a la CCMM y la CIPD, las mujeres de los países tanto del Sur como del Norte defendieron eficazmente la necesidad de políticas que empoderen a las mujeres y promuevan la equidad de género. La participación social desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad en un sentido amplio, y de género en particular.

La movilización de las OSC con motivo de las conferencias mundiales de El Cairo, Copenhague y Beijing dio como resultado una amplia difusión de los conceptos de salud y derechos sexuales y reproductivos y de los acuerdos internacionales a públicos diversos, así como el fortalecimiento de los lazos y redes de ONG y una mayor visibilidad y reconocimiento público de sus contribuciones y acciones.

Es evidente que un sector activo de ONG es un elemento catalizador importante para la ejecución completa y eficaz del Programa de Acción de la CIPD y el Plan de Acción de la CCMM.

De acuerdo con El Cairo, los jóvenes deberían participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria, particularmente en lo que respecta a las actividades y los servicios de información, educación y comunicación sobre la salud reproductiva y sexual, incluida la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual así como la prevención

del VIH/SIDA y de otras infecciones que se transmiten sexualmente. Asimismo se debería garantizar el acceso a esos servicios, así como su carácter confidencial y privado.

2. LA GLOBALIZACIÓN: EL IMPACTO DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SANITARIO EN LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

2.1. La reforma del sector de la salud

«Es importante resaltar la necesidad de tener precaución con la introducción de elementos de mercado en el sector salud. Dejado a sus vicios el mercado libre producirá, entre otros, problemas en el acceso a la población sin capacidad de pago, problemas en la calidad de atención en cuanto que los proveedores tienen un incentivo para promover los servicios de menor costo, baja producción de bienes públicos como vacunas, control del SIDA, etc., y la selección de riesgo dejando a los más pobres y más enfermos en el sistema público». (Banco Mundial, EDI-WB, CCSS, Ministerio de Salud, 1997, p.72).

Las políticas macroeconómicas han generado impactos negativos en los sectores sociales y han afectado a servicios básicos como la salud⁸ que son esenciales para el desarrollo a largo plazo y la realización de los derechos económicos, sociales y culturales de la ciudadanía.

La reforma del sector salud ha sido uno de los procesos de transformación sectorial más extendidos como consecuencia de la implantación de políticas macroeconómicas de ajuste estructural de carácter neoliberal, en el contexto de la globalización.

El proceso de reforma del sector salud se ha propuesto introducir cambios sustantivos en los diferentes organismos del sector salud, sus relaciones y las funciones que realizan, con miras a aumentar la equidad en los

⁸ El objetivo de «Salud para Todos en el año 2000», acordado en la Declaración de Alma Ata, se ha visto gravemente minado por las reducciones introducidas por los gobiernos en los presupuestos de salud a medida que los objetivos sociales y de desarrollo iban siendo sustituidos por imperativos financieros. En el diseño de los programas de ajuste estructural, el FMI y el Banco Mundial no han conseguido proteger los presupuestos de salud, alimentación y educación. Comisión de Derechos Humanos, 55 período de sesiones, «Efectos de las políticas de ajuste estructural en el goce efectivo de los derechos humanos», 24 de febrero de 1999.

beneficios, la eficiencia en la gestión y la eficacia en la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.

La reforma sectorial ha formado parte del proceso de reforma del Estado y sus políticas se han centrado principalmente en cambios institucionales y financieros en los sistemas de salud. Sus ejes centrales han sido la reducción del gasto público⁹, la privatización¹⁰, la separación de funciones entre la provisión y la regulación de los servicios, la descentralización y la apertura a la participación social, el ordenamiento del marco legal y regulador del sector, y la reforma de los sistemas de seguridad social.

A pesar de que el proceso de reforma fue concebido como un medio para incrementar la equidad en la provisión de servicios y satisfacer las necesidades de salud de la población, las consideraciones en torno a las inequidades de género han sido escasamente abordadas.

Por lo tanto, no es posible que la reforma del sector salud contribuya a reducir las inequidades si no se abordan las necesidades y condiciones específicas de los hombres y las mujeres desde su concepción.

2.2. Las inequidades de género en la reforma del sector de la salud

Qué es la equidad de género en salud

«...más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas pro-

⁹ Según Stewart (1992), en dos terceras partes de los países de África subsahariana y América Latina se produjeron caídas significativas del gasto real per cápita en los sectores de la educación y la salud a principios de los años ochenta. El gasto en salud real de Jamaica descendió el 20% entre 1982 y 1986. Estos recortes atribuibles directamente a los programas de ajuste estructural afectaron sobre todo a los gastos periódicos no salariales y a los gastos de capital. Como la mayor parte del presupuesto sanitario se destina a los salarios, de ello se deduce que los servicios, el mantenimiento, el equipamiento y las instalaciones fueron los más dañados, hasta 80%.

¹⁰ Los cambios en la forma de financiación del sector han incluido la participación del sector privado, mecanismos de recuperación de costos y subcontratación para desempeñar la gestión.

porcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar¹¹». Sudir Anand y Amartya Sen, 1995.

La **equidad** es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social, que lleva asociada responsabilidad estatal frente al sufrimiento innecesario.

La **equidad en salud** es el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

La equidad en salud distingue entre estado de salud y atención de la salud. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico y social de las personas, mientras que la atención de la salud es sólo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, la utilización, la calidad, la asignación de recursos y la financiación.

La equidad en la atención de la salud implicaría que:

- los recursos se asignen según la necesidad,
- los servicios se reciban de acuerdo con la necesidad¹², y
- el pago por servicios se haga según la capacidad económica.

La equidad de género en salud implica considerar al menos cuatro dimensiones¹³:

a) En el estado de salud y sus determinantes: la eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud y en la probabilidad de enfermar, sufrir una discapacidad o morir por causas prevenibles.

b) En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo a las necesidades. Incluye los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres que se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones

¹¹ Anand, Sudhir y Sen, Amartya, «Gender inequality in human development: Theories and Measurement». New York, Human Development, Report Office, *Occasional Papers*, No. 19, 1995, p.2.

¹² La noción de necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

¹³ Gómez, Elsa (2000). *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS.

que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.

c) En la financiación de la atención en acuerdo con la capacidad económica, y no con relación a necesidades o riesgos. Involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.

d) En el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud. Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea éste remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisión dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

Adoptar la perspectiva de género¹⁴ en salud implica vincular la división por sexo del trabajo y del poder dentro de una población, con los perfiles epidemiológicos, y con las características de accesibilidad, financiación y gestión del sistema de salud de esa población.

La falta de compromiso con la equidad de género

Como señala Elsa Gómez, las formulaciones de política aparentemente neutras, como «reducción de costos», «eficiencia», «descentralización», generalmente esconden profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres.

Una de las premisas que sostienen algunas medidas de ajuste estructural y de reforma es la de que el Estado puede reducir gastos recortando servicios –por ejemplo, reduciendo estancias hospitalarias, cuidado de ancianos, atención de enfermos mentales– porque suponen

¹⁴ El concepto «género» se refiere al significado social atribuido a la diferencia biológica entre hombre y mujer, y que se deriva fundamentalmente de la división del trabajo por sexo, mientras que «sexo» alude exclusivamente a la diferencia biológica entre ambos. La relevancia de género en el nivel macro radica en su función articuladora de dos dimensiones complementarias de la economía: por un lado, asegurando la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce y es puesta en circulación (trabajo reproductivo) y, por el otro, condicionando las alternativas en el ámbito del trabajo remunerado (trabajo productivo).

que este tipo de servicios serán garantizados por el núcleo familiar. Estas medidas se basan en el supuesto de elasticidad infinita y gratuidad del tiempo de las mujeres, y en la expectativa de que ellas estén siempre disponibles, dispuestas y moralmente obligadas para proveer su asistencia en el hogar a los dependientes, los enfermos, los ancianos y los discapacitados.

Estas políticas adolecen de cualquier consideración relativa al impacto que las expectativas de disponibilidad, obligación y gratuidad de su tiempo ejercen sobre la situación de empleo y remuneración, y sobre el desgaste físico y emocional de las mujeres.

Por otra parte no tienen en cuenta la necesidad de estructuras de apoyo para la provisión de la atención en el hogar ni la revisión de la eficiencia y sostenibilidad de la medida en el largo plazo.

Hillary Standing, en su publicación *El género y la reforma del sector salud*¹⁵, explica la falta de encuentro entre la agenda de la CIPD y los procesos de reforma del sector salud desde:

a) La brecha entre los discursos; mientras que la reforma se inspira en un lenguaje gerencial y tecnócrata, la agenda de la CIPD asume un discurso de promoción y defensa.

b) Si por un lado la reforma se centra en intervenciones en los mecanismos de financiación o gestión de los recursos humanos, por otro la CIPD gira en torno a la entrega y la calidad de los servicios.

En definitiva, tanto el Plan de Acción de El Cairo como la Plataforma de Acción de Beijing sitúan sus objetivos bajo el paraguas de los derechos humanos, mientras que el conjunto de medidas que implica el proceso de reforma prioriza la eficiencia de los sistemas con escasos resultados en la equidad, alejándose así del espíritu de derechos humanos que toda política pública debe tener.

Las medidas que conlleva el proceso de reforma repercuten especialmente en las mujeres por las siguientes razones:

- Dada su función reproductiva biológica y mayor longevidad, cualquier deterioro de la provisión de servicios les influye de manera desproporcionada.

¹⁵ Publicado originalmente como el documento «Frameworks for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues» No 99.06 de la serie de *Working Papers* del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health, June 1999.

- Tradicionalmente la mujer ha soportado las cargas de la reproducción social. Los recortes en los servicios de salud trasladan a los hogares parte de la atención que debe proveer el Estado, con lo que aumenta la carga de cuidados que asumen predominantemente las mujeres en el seno del hogar y la comunidad.

De acuerdo a Elsa Gómez¹⁶, todo parece apuntar a que algunos componentes de las actuales reformas del sector salud están contribuyendo con demasiada frecuencia a exacerbar inequidades de género¹⁷, tanto en el ámbito de la utilización como de la provisión de atención.

Las repercusiones adversas para la equidad en salud de medidas como la recuperación de costos en el sector público, la privatización de la financiación de la atención, la reducción del gasto público en salud y ciertas estrategias de descentralización tienden a afectar desproporcionadamente a las mujeres, particularmente a las de menos recursos económicos, por las siguientes razones:

- La feminización de la pobreza precariza la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, por lo que tienen menos acceso que los hombres a los recursos económicos y laborales que permiten la «compra» de servicios y la participación directa en sistemas de salud.
- Por razón del «riesgo de embarazo», el acceso de las mujeres en edades reproductivas a la salud frecuentemente implica cuotas económicas más altas que para los hombres. Adicionalmente, por su mayor necesidad de servicios, las mujeres tienen que pagar más que los hombres en gastos de bolsillo para la salud, gastos que por su carácter regresivo resultan ser los menos equitativos.
- Pese a la función protagónica de las mujeres en la gestión de la salud –ya sea en el ámbito institucional o en el seno del hogar y la comunidad–, éstas permanecen infra representadas en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos. La poca participación de las mujeres en la toma de decisiones hace que con frecuencia sus necesidades no lleguen a considerarse prioritarias ni a recibir asignaciones apropiadas de los recursos

¹⁶ Elsa Gómez, consultora del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud.

¹⁷ La noción de inequidad utilizada por Elsa Gómez se refiere a las «desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas».

disponibles. Los recortes en los servicios de salud¹⁸ trasladan a los hogares parte de la atención que debe proveer el Estado, con lo que aumenta la carga de cuidados que asumen predominantemente las mujeres en el seno de los hogares y la comunidad.

Podríamos afirmar que los efectos de la reforma sobre las mujeres son tanto directos como indirectos. Entre los primeros figura la imposición de tarifas a las usuarias por la atención de la salud y el deterioro de la calidad de los servicios tras los recortes presupuestarios del sector. Entre los segundos, la caída de los ingresos reales en los hogares ligada a los programas de ajuste estructural puede afectar de manera desproporcionada a las mujeres, ya que éstas se concentran en los percentiles más empobrecidos de la población.

En estas consecuencias negativas para la salud de las mujeres subyace el lenguaje de la globalización económica. Una globalización que ignora la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres y las relaciones entre el trabajo remunerado y no remunerado. Así, según Elson¹⁹, la no contabilización del trabajo de las mujeres en el hogar y la no remuneración del trabajo comunitario han conducido a erróneas prescripciones de una mayor descentralización y mayores responsabilidades en las actividades de salud y desarrollo comunitario basadas en la premisa de que la mujer es una fuerza de trabajo subocupada que puede con facilidad asumir una carga laboral adicional.

La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores de pobreza tiene sus raíces, primero, en la preeminencia que la sociedad da al rol reproductivo en la vida de las mujeres, preeminencia que limita las oportunidades de las mujeres para participar en la esfera productiva. Y, en segundo lugar, en la desvalorización social del trabajo «femenino» tanto en el hogar como en el mercado laboral.

Los efectos sanitarios asociados al aumento de la pobreza en la economía en el período de ajuste pueden conllevar incrementos de la incidencia de las enfermedades, aumento de las tasas de mortalidad materno- infantil y una mayor proporción de recién nacidos de bajo peso.

¹⁸ Por ejemplo, la reducción de la duración de la hospitalización subvencionada o los programas que evitan dicha hospitalización tienden a imponer un mayor costo de tiempo y trabajo a las mujeres. p.ek.Leslie (2000).

¹⁹ Elson, D. (1992) «Male bias is structural adjustment». En Asfhar, H; Dennis, C. *Women adjustment policies in the third world*. Bsaingstoke: Macmillan.

3. LA INCIDENCIA DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Escogeremos alguno de los componentes de la reforma señalados por Ana Gúezmes (2004)²⁰ con importantes implicaciones en la equidad de género:

- **La financiación**

Desde una perspectiva de género, cualquier cambio en los mecanismos de financiación, orientado a la participación en el pago no basada en impuestos generales, afecta particularmente a las mujeres puesto que tienen mayor necesidad de servicios de salud.

Cuando la financiación de los servicios de salud descansa fundamentalmente en el pago de bolsillo de los hogares, «*mecanismos de copago*» o «*mecanismos de recuperación de costos*», se compromete gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario.

Cuando el cambio que conlleva la reforma del sector salud significa la privatización de este derecho, el principio de equidad por el cual el pago por la atención se haría según capacidad económica, es vulnerado doblemente .

Por las necesidades particulares dada su función reproductiva y su mayor morbilidad, las mujeres terminan pagando más que los hombres por mantener su salud. Y esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales al tomar en cuenta la menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.

Las mujeres tienen menor capacidad de pago que los hombres porque constituyen la mayoría dentro de los pobres debido a su predominio entre los clase trabajadora sin remuneración y a su inserción desventajosa en el mercado de trabajo remunerado, tienen menor acceso a recursos para pagar directamente por servicios o acceder a planes de seguros privados. Por ejemplo, la sobrerrepresentación en ocupaciones no cubiertas por seguridad social, tales como empleo de tiempo parcial y en el sector informal.

²⁰ Resumen del documento de Ana Gúezmes (2004): «Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos: Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género».

En conclusión, la supeditación de la salud al pago de bolsillo con el objetivo de reducir el gasto público en salud incide en la salud de las mujeres puesto que: a) elude su mayor necesidad de inversión por sus necesidades específicas derivadas de su función reproductiva, b) obvia que su capacidad de pago no es similar a la del hombre por su historial laboral, y c) recorta la cartera de servicios, particularmente los preventivos que son los más demandados por las mujeres –revisiones ginecológicas, detección de cáncer de mama y uterino–.

A estas inequidades de género que provoca la privatización de la financiación, hay que añadir que las medidas de la reforma no reconocen la contribución no remunerada de las mujeres a la salud en el hogar y la comunidad.

• **Descentralización**

Las conferencias celebradas durante la década de los noventa introdujeron la participación de la sociedad civil en la formulación, seguimiento y ejecución de políticas públicas como una cuestión de derechos de la ciudadanía a la salud y a participar en los procesos que afectaban directamente a su bienestar.

La descentralización ha sido uno de los componentes esenciales del proceso de reforma con el fin de asegurar una mayor distribución de poder entre los entes locales y centrales de un Estado.

Esta medida podría ser una oportunidad para introducir cambios reales en los programas de salud sexual y reproductiva tradicionalmente organizados de forma vertical y para incrementar la capacidad de incidencia de las mujeres y de las OSC en las políticas y programas concernientes a sus intereses. Aunque frecuentemente se han transferido responsabilidades al poder local, la estructura organizativa mientras tanto ha seguido funcionando de modo vertical. Es decir, se ha traspasado la responsabilidad de la ejecución, pero no la capacidad de decisión sobre el presupuesto.

Si bien, desde El Cairo y Beijing, la participación política de la sociedad civil organizada y de las organizaciones de mujeres en los ámbitos de decisión ha aumentado, los procesos de reforma del sector salud, según Gúezmes, *«hacen énfasis en la participación de las personas a través de contribuciones en la forma de copagos, trabajo y tiempo voluntario, siendo entendida la participación como parte de la privatización de los*

servicios, o como un mecanismo para aumentar la eficiencia. La mayoría de las definiciones de participación implícitas en las reformas no considera la distribución desigual de poder y recursos dentro de las comunidades según género, clase, origen étnico, raza, edad, orientación sexual y otras razones».

Este abordaje de la participación dista del enfoque de El Cairo y Beijing y tiene serias implicaciones de género, ya que, por un lado, las mujeres ven aumentada su carga de trabajo en el cuidado de la salud en el hogar, al asumir la responsabilidad que la reforma del Estado les transfiere, y, por otro, permanecen al margen de los procesos de toma de decisión sobre el uso de los recursos presupuestarios.

- Las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en el sistema formal de salud.
- Y además las mujeres son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro del ámbito privado de manera gratuita.
- Pese a esa estimable contribución a la salud, permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud, ya que:
 - a) Predominan en los escaños de más baja remuneración dentro del sector formal de la salud.
 - b) Permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para la salud.
 - c) Desempeñan sin remuneración el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.

De acuerdo a Ana Gúezmes (2004)²¹, las medidas de reforma introducidas como la privatización de la financiación, la descentralización, pero también otras como la revisión de la cobertura, han profundizado las inequidades en el ejercicio del derecho a la salud, particularmente a la salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres:

- El concepto de *género se homologa a sexo* en informes estadísticos y epidemiológicos. La consecuencia es la desaparición de la categoría de género como elemento de análisis de las relaciones de poder entre varones y mujeres.
- La *salud sexual y reproductiva se entiende como ausencia de enfermedad* y, por tanto, los aspectos priorizados en las políticas públicas

²¹ Resumen del documento «Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos: Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género». Publicado en la Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud.

no están orientados a la promoción de la salud y el logro del bienestar y los derechos humanos.

- La *salud reproductiva enfatiza el acceso de las mujeres* a determinadas prestaciones, sin consideración alguna de la responsabilidad compartida que varones y mujeres tienen con relación a la regulación de la fecundidad o el ejercicio de la maternidad/paternidad.
- La *salud reproductiva es aplicada en forma de programas materno-infantiles y de planificación familiar*, desconociendo otras dimensiones importantes de la salud de las mujeres y de la propia salud reproductiva. En muchos casos, por ejemplo los programas de prevención y atención a las ITS/VIH, no son parte de los planes de salud reproductiva.
- La salud sexual se implanta a través de programas instrumentales y heterosexistas orientados hacia la pareja varón-mujer y a la prevención de riesgos tales como el embarazo no deseado.
- Algunas políticas públicas incorporan términos como derechos sexuales y reproductivos sin definir sus implicaciones y asumiendo, por tanto, un carácter meramente declarativo. Conceptos tales como decisión informada, interculturalidad, género, están poco desarrollados.
- Los *procesos de reforma prestan poca atención a la participación de los adolescentes y los jóvenes*. Éstos son incluidos en programas infantiles o de personas adultas. Cuando hay planes dirigidos hacia la juventud, ésta es considerada como portadora de múltiples problemas de salud sexual y reproductiva y no como un colectivo para el que la sexualidad es una dimensión central en términos de su desarrollo. Se trata de programas que encuentran su justificación en el aumento de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual y, por tanto, la sexualidad adolescente misma es concebida como un problema y no como un derecho. Asimismo, estos programas tienen como objetivo la adopción de comportamientos «más sanos» desde un paradigma biomédico y son categorizados en términos de riesgo/no riesgo.
- La mayoría de las reformas presentan un *enfoque reduccionista y biológico* en lo que a salud de las mujeres se refiere. En tanto ésta es entendida, fundamentalmente, como salud reproductiva, se medicalizan procesos fisiológicos tales como la menarquía, el embarazo o la menopausia. No se abordan, por ejemplo, problemas tales como la

violencia de género, más específicamente la violencia sexual, y su impacto en la salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

En el transcurso de las últimas décadas se han llevado a cabo, en amplias regiones del mundo, políticas macroeconómicas de ajuste estructural, de carácter predominantemente neoliberal, que han generado impactos negativos en diversas áreas sociales, la salud entre ellas.

El proceso de globalización ha transformado el sector social en aquellos países donde las instituciones financieras internacionales han recetado programas de ajuste estructural, como condición imprescindible para garantizar la estabilidad macroeconómica de los países con una importante deuda externa.

Como consecuencia, estos países en su mayoría de mediano y bajo ingreso han visto muy debilitada la capacidad de intervención del Estado y han tenido un margen de maniobra muy restrictivo que no les ha permitido aumentar el gasto público de manera sustantiva.

La reforma del sector salud, con la consiguiente reducción de costos, el traspaso de la responsabilidad sanitaria al sector privado y desmantelamiento de la seguridad social han incidido negativamente en los más vulnerables de la población, y ha prestado poca y errónea atención a dimensiones cruciales como el género.

Frente al paradigma «revolucionario» de un enfoque de derechos y de equidad de El Cairo y Beijing, los procesos de reforma del sector salud han obviado la perspectiva de género y, en ocasiones, han profundizado las inequidades en el ejercicio del derecho a la salud, particularmente a la salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres.

En definitiva, mientras que la CIPD sienta las bases del derecho a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, los procesos de reforma del sector salud obvian el concepto de la salud y de los bienes sanitarios como bienes públicos y un derecho para toda la población. En este proceso subyace una teoría extendida por el fenómeno de la globalización de garantizar los derechos sociales mínimos, a diferencia de la concepción de derechos sociales universales, y un pobre sentido de ciudadanía con relación al derecho a la salud.

Para la consecución de las metas establecidas en el Programa de Acción de la CIPD y de la Plataforma de Acción de Beijing, actualizadas en los consiguientes plazos quinquenales, es necesaria la revisión de las medidas de reforma que refuerzan los obstáculos estructurales a la salud sexual y reproductiva.

Estos obstáculos estructurales se manifiestan en la ausencia de marcos políticos o jurídicos favorables, dictámenes discriminatorios que limitan o prohíben el ejercicio de estos derechos en lugar de salvaguardarlos, la falta de normas y de mecanismos para promover y vigilar los derechos en el ámbito de los servicios de salud, el insuficiente contenido y la escasa prioridad que se otorga a los programas y asignaciones presupuestarias en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y perspectiva de género más allá del lenguaje y el discurso, la incompleta consideración del hombre en las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva; así como el limitado avance logrado en la mejora de la relación entre proveedores y usuarias y en la consideración y respeto a los aspectos socioculturales y étnicos.

No cabe duda de que no existe neutralidad de género en las políticas surgidas desde el sector sanitario e impulsadas por la globalización económica. El mercado es ciego a la equidad y no invierte en áreas clave para el desarrollo humano sostenible como la salud y educación.

En complementariedad con las iniciativas que tienen que emprender los países afectados por las reformas, corresponde a los gobiernos de los países ricos –que las proponen– facilitar la eliminación de los obstáculos estructurales que impiden la inserción de los países pobres en los mercados internacionales: apertura comercial, flujos de mano de obra, alivio de la deuda, asistencia técnica y financiera en cantidad y calidad adecuadas. Y esto pueden hacerlo a través de muchos canales, en el plano bilateral, de país a país, y a través de las instituciones financieras internacionales donde tienen voz y voto para cambiar las reglas del juego.

Corresponde a las organizaciones de la sociedad civil reforzar la vigilancia de los impactos adversos de las reformas en materia de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Legal para los Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) (2001): «Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante».
- Federación de Planificación Familiar Internacional (IPPF), página web www.ippf.org.
- González Rossetta / O. Mogollón: *La reforma de salud y su componente político: Un análisis de factibilidad*. London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM). Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).
- Gómez Gómez Elsa: *Equidad, género y salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS.
- Gómez Gómez Elsa: *División de Salud y Desarrollo Humano*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS. «Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe».
- Güezmes, Ana (2002): *Compromisos sociales y políticos en salud*. Lima: Department for International Development DFID.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda. 2000. «Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: Desafíos y oportunidades». Informe de investigación, México, D.F., México: Banco Interamericano de Desarrollo, Population Council e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Matamala Vivaldi, M. (2001): *Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en el Contexto de la Reforma*.
- Naciones Unidas (1994). *Programa de Acción: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto.
- Naciones Unidas (1995): *Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, China.
- Naciones Unidas (1995): *Declaración y Programa de Acción: Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Copenhague: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1999): *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo*. Informe del Comité Especial. Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones. 30 de Junio - 2 de Julio. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1999): *Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York.
- Organización Panamericana de la Salud, Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género, 18 y 19 de octubre 2001, Santiago de Chile, OPS/OMS - FONASA.
- Organización Panamericana de la Salud, Hoja Informativa Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Resumen del documento Ana Güezmes (2004): «Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos: Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género».
- Red de Información Jurídica, Jurisprudencia y decisiones internacionales, Comisión de Derechos Humanos, 55 período de sesiones, *Efectos de las políticas de ajuste estructural en el goce efectivo de los derechos humanos*, 24 de febrero de 1999.
- Dra. Roses, Mirta. «Desigualdades ocultas. Género y reforma del sector salud». Artículo publicado en *Le Monde Diplomatique* n° 43, enero de 2003.
- Standing, Hilary (2002): *Towards equitable financing strategies for reproductive health*, Brighton: Institute of Development Studies.
- Plan de Acción de la C...
- Plataforma de Acción de ...
- Fondo de Población Naciones Unidas (UNFPA): Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2003, Nueva York, 2004.
- Fondo de Población Naciones Unidas (UNFPA): Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2003, Nueva York, 2003.
- Fondo de Población Naciones Unidas (UNFPA), Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2003, Nueva York, 1999

- Standing, H. (2000): *Impactos de Género de las Reformas en Salud: El actual estado de las políticas y la implementación*. La Habana: Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, 3 - 7 de julio.
- World Health: *Organization, Primary Health Care: Report of the International Conference on*.
- *Primary Health Care: Declaration of Alma Ata*. Washington.

EL FENÓMENO DE LAS COLABORACIONES GLOBALES PÚBLICO-PRIVADAS EN SALUD Y SU IMPACTO SOBRE LA GOBERNANZA GLOBAL DEL SECTOR

EDUARDO MISSONI*

En el contexto global del final del milenio, nuevos actores se presentaron en la escena sanitaria internacional pretendiendo un rol proporcional a su peso financiero: el sector privado, especialmente el de las grandes transnacionales, entre ellas las farmacéuticas.

Los nuevos actores se proponen a la comunidad internacional como interlocutores directos o a través de asociaciones y fundaciones que son sus emanaciones filantrópicas.

Alianzas y asociaciones de diferente naturaleza entre estos nuevos donantes y los tradicionales actores bilaterales y multilaterales representan la más reciente evolución del proceso de transformación del escenario de la cooperación internacional al desarrollo, que desde los noventa ha progresivamente modificado roles y equilibrios anteriores.

La noción de *partnership*** para el desarrollo no es nueva. Ya en 1969, la Comisión Pearson hacía hincapié en la importancia de una *partnership* entre donantes y países beneficiarios para los fines del desarrollo. La asociación tendría que basarse en la «especificación de recíprocos derechos y obligaciones» entre los participantes y el «establecimiento de objetivos claros que produzcan beneficios para ambas partes».¹

En los años setenta la distancia entre las Naciones Unidas y el sector privado era consistente. La ONU estaba comprometida en normativizar las acti-

* Miembro del Observatorio sulla Salute Globale.

** Nota de los editores: Hemos dejado en el texto la palabra inglesa *partnership* porque su traducción castellana (asociación, colaboración) deja poco claro el carácter, en última instancia mercantil, que tiene en este caso.

¹ Pearson LB., *Partners in development: Report of the Commission on International Development*, London, Commission on International Development, 1969.

vidades de las transnacionales² consideradas entre las causas del subdesarrollo de los países del Tercer Mundo.

Durante los ochenta hubo varias experiencias de introducción de códigos internacionales de conducta en relación a la producción, la promoción y el uso de algunos productos: en 1981, OMS y UNICEF erogaron el Código Internacional para la Comercialización de los Substitutos de la Leche Materna; en 1985, la FAO introdujo el Código de Conducta para la distribución y el uso de los Pesticidas; en 1988, la OMS adoptó los Criterios Éticos para la promoción de los Fármacos. Pero, contemporáneamente, se registró una significativa variación de tendencia: en vez de tratar de reglamentar las inversiones extranjeras, las Naciones Unidas comenzaron a promover aquellas inversiones en los países en desarrollo y a incentivar la desreglamentación.³

En 1996, la OCDE se refería a la idea de *partnership* todavía como a un «valor» más que como a un instrumento, indicando el «modelo de *partnership*» como el nuevo marco de la cooperación para el desarrollo. Se indicaban los diferentes roles de los participantes, pero insistiendo sobre la «propiedad» local como principio guía. Los objetivos de desarrollo se habrían alcanzado sólo a través de «acciones concertadas a desarrollarse mediante un proceso de diálogo y acuerdo en un verdadero espíritu de *partnership*». Para lograr el éxito se consideraban esenciales «un acercamiento comprensivo, basado sobre los recursos, la energía y el compromiso de instituciones e individuos en todos los niveles de gobierno, en el sector privado, en las organizaciones no gubernamentales en los países en desarrollo y en aquellos industrializados, y en las organizaciones internacionales», así como un «acercamiento individual que reconociera la diversidad entre los países y las sociedades, respetando la titularidad local del proceso de desarrollo».⁴

Con el fin de evaluar el progreso alcanzado en los objetivos de reducción de la pobreza y definir una visión común hacia el futuro, respondiendo a una solicitud específica de los países del G8, en el mes de junio del 2000 Naciones Unidas, OCDE, FMI y Banco Mundial presentaron conjuntamente el informe «A better world for all» (Un mundo mejor para todos). Los obstáculos para el aus-

² Se constituyó en aquellos años la agencia de las Naciones Unidas para reglamentar ese sector, el *United Nations Centre on Transnational Corporations* (UNCTC), cerrada en 1992.

³ Utting, P., UN-Business: «Partnerships: whose agenda counts?», presentado al seminario *Partnerships for Development or Privatization of the Multilateral System?*, North-South Coalition, Oslo, Noruegia, 8-12-2000.

⁴ DAC, *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*, OECD, Paris, 1996.

piciado «esfuerzo de desarrollo para alcanzar estrategias de crecimiento sustentables y más rápidas en favor de los pobres» fueron identificados en: «Una gobernanza débil. Malas políticas. Abusos de los derechos humanos. Conflictos, desastres naturales y otros choques externos. La difusión del HIV/SIDA. El fracaso en enfrentar las desigualdades en el ingreso, la educación y el acceso a la asistencia sanitaria, y las desigualdades entre hombres y mujeres (...) Obstáculos al acceso de los países en desarrollo a los mercados globales, el peso de la deuda, el declinar de la ayuda para el desarrollo y, a veces, la inconsistencia de las políticas de los donantes...».

¿Cómo superar estos obstáculos? La respuesta fue: «Una partnership verdadera, y un compromiso continuado para la eliminación de la pobreza (...). Partnership estratégicas que capitalicen la fuerzas intrínsecas de cada participante, reflejen metas y objetivos comunes y construyan sobre la base de los logros existentes».⁵

En el lenguaje de los encuentros internacionales patrocinados por, o con la participación de agencias de las Naciones Unidas y otros actores públicos internacionales y bilaterales, la retórica de la partnership se volvió dominante y el concepto se fue concentrando progresivamente en la «necesidad» de crear *empresas conjuntas* público-privadas.

Por ejemplo, en un encuentro copatrocinado y realizado por la OMS, la declaración final introdujo el siguiente imperativo: «Para llevar la salud al centro de las estrategias de reducción de la pobreza y de desarrollo se requiere la construcción de partnership público-privadas entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil (*otro concepto definido seguido muy vagamente*), el sector privado y las agencias internacionales, tanto a nivel de país como a nivel internacional».⁶ Pero de esa declarada necesidad no se entregó ninguna evidencia.

Así, en años más recientes, en el marco de la reducción de los recursos destinados a la ayuda para el desarrollo y de crecientes dudas en relación al papel y la eficiencia de las Naciones Unidas y de sus agencias, se ha ido afirmando progresivamente un nuevo mecanismo de colaboración entre las mismas organizaciones de las Naciones Unidas y la empresa privada, extendiéndose hasta asociar todo tipo de sujeto público (gobiernos y organizaciones internacionales).

⁵ UN, World Bank, IMF, OECD, «A better world for all». Foreword, 26 June 2000, www.paris21.org/betterworld.

⁶ World Health Organization, World Bank, UK Department for International Development, European Commission, A common Agenda for Partnership on Poverty and Health, joint Statement of the meeting «Partnership in Health and Poverty: Towards a Common Agenda», Geneva, 12-14 June 2000, *Development*, 2001, 44 (1) 10-13.

les) y privado (empresas nacionales y multinacionales, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, universidades, etc.) en *Global Public-Private Partnerships (GPPP, Asociaciones Globales Público-Privadas)*.

Estas, más allá de deseables, iniciativas de colaboración entre los diversos sectores de la sociedad se han concretado en nuevas estructuras con reglas y órganos directivos propios y se están imponiendo como modelo universal de referencia.

Mientras entre los Objetivos del Milenio para el Desarrollo (*Millennium Development Goals – MDG*) se indicaba la partnership con el sector privado, dejando espacio para una interpretación en términos de valores, objetivos y responsabilidades compartidos, en dos líneas de un solo párrafo de la correspondiente Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el mes de septiembre de 2000, se afirmaba el compromiso para el desarrollo de «fuertes partnership con el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil en búsqueda del desarrollo y la erradicación de la pobreza».⁷

Por lo tanto, detrás de principios y valores indiscutibles, cual el esfuerzo necesario de toda la sociedad para enfrentar la pobreza mundial, con la idea del partnership global se estaba contrabandeando un nuevo modelo operativo basado en la formación de nuevas organizaciones mixtas público-privadas.

Al comienzo del tercer milenio, las *Global Public-Private Partnerships* se han vuelto una de las características más notables de la arena global. En cada cumbre se vuelve a presentar este modelo como la respuesta a los más distintos y dramáticos problemas que el mundo enfrenta hoy en día. Uno de los resultados más controvertidos de la Cumbre Mundial de Johannesburgo 2002 fue la adopción de las partnership público-privadas como el mecanismo preferido para el suministro de servicios (de agua y saneamiento). Frente a la resistencia de los gobiernos en establecer metas y cronogramas específicos, no obstante la urgente necesidad de medidas concretas, algunos delegados indicaron que las partnership podrían tal vez constituir un valor agregado para superar la supuesta incapacidad de los gobiernos para enfrentar solos las necesidades del desarrollo, pero «jamás una excusa para que los gobiernos eviten sus compromisos».⁸ La Cumbre de Johannesburgo terminó con centenares de propuestas de partnership,⁹ con imaginables consecuencias en términos de coordinación y fragmentación de los recursos.

⁷ United Nations, Resolution adopted by the General Assembly, United Nations Millennium Declaration, 18 September 2000, A/Res/55/2.

⁸ Fiorilli J, «Sustainable Development: Top UN Officials Address Summit; more», UN Wire, 29 August 2002, www.unfoundation.org/unwire/current.asp

⁹ Johannesburg Summit 2002, World Summit on Sustainable Development, Highlights of commitments and implementation initiatives, www.johannesburgsummit.org

Entre los factores que justificarían el recurso a la constitución de GPPP están la insatisfacción y la desconfianza hacia las instituciones gubernamentales, la reducción de los recursos destinados a la asistencia a los países pobres, el proceso de globalización que con el crecimiento de las comunicaciones contribuye a evidenciar los problemas ligados a la pobreza y a las desigualdades en salud, un creciente llamamiento al sector privado a hacerse cargo de responsabilidades sociales (*corporate social responsibility*), y un igualmente creciente interés de aquel sector en presentarse socialmente responsable.

Los promotores del nuevo modelo llegan a afirmar que «trabajando separadamente, ni el sector público, ni el privado tienen todas las capacidades, los recursos y los fondos necesarios para superar las desigualdades en salud». ¹⁰ En este sentido, algunos han definido la colaboración como «inevitable». ¹¹ El modelo se funda en el convencimiento que «sólo la empresa privada puede ofrecer las capacidades de investigación, la tecnología y el desarrollo adecuados para enfrentar los desafíos globales en salud, ambiente e información de la próxima década». ¹² Paralelamente, para las Naciones Unidas la colaboración con la comunidad de los negocios estaría motivada por el intento de volver a ganar relevancia política en el contexto globalizado, revitalizando su misión y estructura gracias a la acogida de actores no gubernamentales en sus foros de decisión y en sus órganos de dirección.

Pero el fenómeno de las GPPP debe ser examinado en el contexto más amplio del neoliberalismo dominante y la presión generalizada hacia la liberación del mercado y la reducción del rol regulador del Estado. ¹³

En ese contexto, las GPPP ofrecen una oportunidad a la transformación de los modelos organizativos y de gobierno de las transnacionales, que se hizo

¹⁰ Initiative on Public-Private Partnerships for Health, www.ippph.org

¹¹ Lucas A.O., trabajo presentado al *Workshop on Public-Private Partnerships in Public health*, Dedham, MA, 7-8 april 2000, www.hsp.harvard.edu/partnerships

Lucas basa su afirmación sobre la experiencia del Programa Especial UNDP/Banco Mundial/OMS para la Investigación y la Formación sobre Enfermedades Tropicales (TDR) que él mismo dirigió entre 1976 y 1986 y que se cita frecuentemente como modelo de experiencia exitosa entre OMS y sector privado. Para Lucas, por ejemplo, no existirían otras alternativas a dicha colaboración para resolver el problema del desarrollo y de la distribución de los medicamentos. En la dirección del TDR a Lucas le sucedió el noruego Tore Godal. Él también gran estimador de la colaboración con el sector privado, después de haberse jubilado de la OMS fue nombrado director del GAVI.

¹² Tesner S., *The United Nations and Business: a Partnership Recovered*, St. Martin Press, New York, 2000; citado in Utting, P., op.cit.

¹³ Puede ser interesante notar cómo el modelo GPPP reproduce a nivel global instrumentos y principios entonces adoptados en el Reino Unido por el gobierno Thatcher. Cfr. Lo Cicero M., «Dal Project finance alla public private partnership. Una ricognizione dell'esperienza anglosassone a confronto con le aspettative italiane». *CEIS newsletter*, 2001 (6):7-9.

necesaria debido a la exigencia de competitividad a nivel global. De una estructura vertical con responsabilidades hacia los accionistas (*shareholders*), las transnacionales tienden a pasar a modelos basados en la constitución de «redes» con una responsabilidad difusa hacia un número mucho más grande de sujetos «interesados» (*stakeholders*), incluyendo gobiernos, grupos de presión e institutos de investigación, con el fin de promover su imagen y crear consenso alrededor de su logo. En esta perspectiva pueden leerse entre otras las crecientes iniciativas filantrópicas de la comunidad empresarial, así como la constitución de fundaciones benéficas o las grandes donaciones de medicamentos en apoyo a los programas de las Naciones Unidas, que originaron las primeras iniciativas de *partnership* global.¹⁴

En base a las estimaciones de la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud, para enfrentar sólo algunas de las necesidades básicas en salud, los donantes deberían invertir alrededor de 29 billones de dólares. En un documento sobre salud en el contexto de la política exterior de Estados Unidos y del Reino Unido, se indica que para alcanzar dicho objetivo sería necesario trabajar en *partnership* que involucren a los países beneficiarios, los donantes, las organizaciones no gubernamentales y muchos otros, incluyendo los representantes del sector privado. Además, se señala que la OMS no dispondría de los recursos humanos, ni de una organización adecuada para manejar directamente los necesarios programas de asistencia, que –según se lee en el mencionado documento– no haría ni parte del mandato de la OMS. Por eso, se subraya, «deben ser identificadas nuevas estructuras públicas y privadas y deberán desarrollarse muchas diferentes formas de *partnership*, con países beneficiarios y donantes, con las ONG, y con los intereses comerciales y los profesionales de la salud».¹⁵

Obviamente, según evidencian algunos autores, para establecer un pacto de colaboración con el sector privado, es indispensable antes de todo que las instituciones públicas acepten el principio lucrativo que mueve la empresa privada.¹⁶ Sin contradecir dichos principios, por su lado las empresas reivindican importantes «responsabilidades globales», como se deduce de una respuesta del representante de la industria farmacéutica a un artículo publicado en *Lan-*

¹⁴ Utting, P. op.cit.

¹⁵ Lister G., Anthony R., Lee K., Williams O.,: *Global Health and Foreign Policy*, The Nuffield Trust and Rand, 2000.

¹⁶ Muraskin W., trabajo presentado al *Workshop on Public-Private Partnerships in Public health*, Dedham, MA, 7-8 abril 2000, www.hsp.harvard.edu/partnerships

cet: «La dimensión del apoyo de la industria farmacéutica va mucho más allá del ámbito de la filantropía tradicional y pone esa industria en una posición líder entre todas las industrias en enfrentar el tema del acceso limitado a los medicamentos». Eso, justamente gracias a su participación «en más de 50 diversas partnership». «Desde 1998 (en cuatro años) a través de las partnership la industria ha contribuido con donaciones a los países en desarrollo por 1,9 billones de dólares en productos. Además participamos en muchas iniciativas que proporcionan educación, infraestructuras y asistencia técnica a los países en desarrollo».¹⁷

Roy Widdus, entre los pioneros de las alianzas público-privado, mientras nos pone en guardia de las críticas que no hacen distinción entre las distintas realidades clasificadas indiferentemente como GPPP, subraya: «La razón de la colaboración público-privado en salud no es solamente aquella de atraer dinero desde las empresas lucrativas o de facilitar la intrusión del mercado en la definición de las políticas públicas. La verdadera partnership es en realidad la unión de habilidad, experiencia y recursos diferentes (...) para un fin común, que una acción independiente no podría alcanzar».¹⁸

Las GPPP en salud pueden ser definidas como una relación de colaboración que supera los límites nacionales y asocia por lo menos tres sujetos, entre ellos una empresa (y/o una asociación industrial) y una organización intergubernamental, con un objetivo común de promoción de la salud y una división de las tareas mutuamente concordada.¹⁹

Las características de las iniciativas y sus modelos organizativos pueden variar considerablemente, así como las contribuciones y los beneficios de y para cada uno de los participantes; no obstante se pueden identificar algunos elementos comunes a todas las GPPP: el compartir los objetivos entre todos los asociados; la constitución de órganos de gobierno y de consulta que incluyan representantes tanto del sector público como del privado y procesos decisionales comunes; la utilización de técnicas derivadas del sector privado para alcanzar objetivos sociales; la participación activa de los representantes del sector privado en la realización de las actividades.

¹⁷ Bale H. Jr., «International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations», *Letter, The Lancet* 2002, 360; 953.

¹⁸ Widdus R., «Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation», *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81 (4) 235.

¹⁹ Buse K.; Walt G., «Global public-private partnerships: part I – a new development in health?» *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4): 549-561.

Cuando la colaboración con el sector privado se fue imponiendo, la OMS sintió la necesidad de fijar algunos principios éticos esenciales, entre los cuales figuraban la salvaguardia de su reputación y de sus valores, además de la clara contribución de la colaboración al mejoramiento de la salud pública.²⁰ Algunos grupos, por otro lado, consideraron aquellos principios insuficientes para limitar los potenciales conflictos de interés intrínsecos a la colaboración entre OMS y empresas comerciales.²¹ Las normas del juego permanecen todavía fluidas y ambiguas y la construcción de *partnership* eficaces implica esfuerzos y riesgos considerables. Cabría preguntarse cómo será posible que organizaciones con valores, intereses y visiones del mundo diferentes puedan asociarse estructuralmente para enfrentar y resolver problemas esenciales de salud pública; cuáles puedan ser los criterios para evaluar el éxito de las *partnership* público-privadas; quién establecería aquellos criterios, a quién respondería y con cuál responsabilidad (*accountability*); cómo se aseguraría un adecuado nivel de transparencia.²² Estas últimas dos –*accountability* y transparencia–, junto a legitimidad representativa y conflictos de intereses, son las principales cuestiones que según Widdus deben ser enfrentadas por cualquier organización que reivindique trabajar en el interés público.²³

Kent Buse y Gill Walt han señalado los peligros que pueden derivar de las GPPP para el sistema de las Naciones Unidas; principalmente el temor que las nuevas formas de asociación puedan minar las características de credibilidad, imparcialidad e integridad de la ONU. Las *partnership* tendrían la tendencia a «diluir» la universalidad de las instituciones multilaterales con carácter universal, por los desequilibrios existentes entre los diferentes socios. Por analogía, se pondría en discusión la neutralidad de la acción multilateral, ya que las GPPP tienden a privilegiar intervenciones en aquellos países que estén en condiciones de garantizar mayores éxitos (y visibilidad) más que en aquellos donde es mayor la necesidad. Los dos autores incluso avanzan la hipótesis que, con la atención de las GPPP centrada en actividades «*más convenientes*», tocaría a las Naciones Unidas enfrentar los problemas de mayor dificultad y com-

²⁰ WHO, *Guidelines on interaction with commercial enterprises to achieve health outcomes*, EB107/20 (Annex).
http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB107/ee20.pdf. El primer borrador era de junio 1999.

²¹ Health Action International. Comments on WHO Guidelines on Interaction with Commercial Enterprises (Preliminary version July 1999), Amsterdam, 22 december 1999.
www.haiweb.org/news/HAI_comment_WHO_Guidelines.html

²² Reich M.R., «Public-private partnerships for public health», *Nature Medicine*, 2000, 6 (6): 617-620.

²³ Widdus R., op.cit.

plejidad (como por ejemplo el apoyo a los sistemas de salud y la formación de recursos humanos). En definitiva, las GPPP podrían servir para debilitar los sistemas de *governance* multilateral, transfiriendo la autoridad (y la función reguladora) que pertenece hoy en día a los órganos de gobierno de la ONU, a los órganos ejecutivos y de dirección de las GPPP donde el sector privado pesa más.²⁴

Análoga opinión expresa Yamey, editor del *British Medical Journal*: «Al modificarse la arquitectura de la salud global, su gobernanza se está trasladando hacia los donantes. La Asamblea Mundial de la Salud puede ser lenta y burocrática, pero tiene las ventajas de la legitimidad representativa –192 países, pobres y ricos, tienen todos el mismo poder de voto– y responde a aquellos mismos países. Las nuevas iniciativas globales están afuera de la gobernanza de la Asamblea y responden en gran medida a sus donantes –fundaciones privadas y gobiernos ricos–. Al escoger qué intervenciones sanitarias financiar (sobre todo el control de las enfermedades infecciosas), qué estrategias adoptar (mayoritariamente programas verticales) y qué países puedan recibir apoyo, estas iniciativas están debilitando de modo discutible la influencia de las Naciones Unidas sobre la manera de gastar el dinero para la salud global».²⁵

Paradójicamente, según declaró Gro Brundtland, entonces director general de la OMS, la participación de Naciones Unidas en *partnership*, tales como GAVI y Fondo Global, serviría justamente para conferir credibilidad a las nuevas organizaciones globales público-privadas.²⁶

La Global Alliance on Vaccines and Immunisations (GAVI, Alianza Global para las Vacunas e Inmunización) es el ejemplo más citado de GPPP en el sector salud. Se trata de una organización independiente que incluye gobiernos nacionales, instituciones públicas e instituciones académicas, agencias técnicas, filántropos, la empresa farmacéutica, la OMS, el Banco Mundial y la Unicef. GAVI fue instituida en enero de 2000 con una donación inicial de 750 millones de dólares de la Bill and Melinda Gates Foundation, que como en otros casos representa el intermediario filantrópico entre el donante real –la empresa detrás de las cortinas– y los participantes del sector público.

Por sus objetivos de interés público y la presencia contemporánea de parti-

24 Buse, K.; Walt, G., «Global public-private partnerships: part II - What are the health issues for global governance?» *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (5): 699-708.

25 Yamey G., «WHO in 2002, Why does the world still need WHO?» *BMJ*, 2002, 325: 1294-1298.

26 Yamey G., *ibidem*.

cipantes públicos y privados (GAVI, Alianza Global para las Vacunas e Inmunización), puede ser definida como una autoridad casi pública (*quasi-public authority*),²⁷ un preocupante híbrido organizacional. Debido a su importante actividad proveedora de fármacos y biológicos, la presencia en el consejo de administración de representantes de las industrias productoras evoca un evidente conflicto de intereses, con la presencia de la ONU para conferir legitimidad a toda decisión. Por otro lado, si importantes decisiones estratégicas –por ejemplo sobre políticas de inmunización– son tomadas en el nuevo contexto público-privado, la autoridad propia de la ONU está socavada. A esto se le añade otra preocupación: como varios países miembros de la ONU participan autónomamente a la partnership, la ONU pierde ulteriormente legitimidad representativa y su rol se reduce a la pura asistencia técnica. No obstante, esta evidente transferencia de poder y autoridad, la OMS ha promovido con determinación la GAVI sin cuestionarse.²⁸

Sin considerar estos significativos «efectos colaterales», y sin alguna evidencia de resultados positivos, no obstante las críticas^{29 30 31 32} (algunas de las cuales desechadas por el director ejecutivo de la alianza como «tontería total» –«complete nonsense»–³³), GAVI fue adoptada como modelo para el Fondo Global de lucha al HIV/SIDA, tuberculosis y malaria (*Global Fund to fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria - GFATM*), la iniciativa conjunta G8-Annan, lanzada con ocasión de la Cumbre de Génova en 2001. Una vez más, un modo barato para enfrentar una situación compleja, escondiendo detrás de la supuesta falta de recursos públicos los aspectos políticos, sociales y económicos, y las desigualdades que subyacen a los emergentes problemas de salud.³⁴

De hecho, hoy debemos tomar conciencia de la ausencia de «buena voluntad y compromiso» que algunos autores atribuyeron a la entonces naciente iniciativa G8-Annan.³⁵ Para enfrentar solamente la epidemia de SIDA, Kofi

²⁷ Mitchell-Weaver C, Manning B. op.cit.

²⁸ Missoni E, «Salute per tutti entro l'anno 3000?» *Salute e Sviluppo*, 2000 (1) 2-3.

²⁹ Brugha, R., Starling, M., Walt, G., «GAVI, the first steps: lessons for Global Fund». *The Lancet* 2002; 359; 435-438.

³⁰ Hardon, A., «Immunization for All? A critical look at the first GAVI partners meeting». *HAI Europe*, February 2001, vol.6, n.1 (www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/index.html)

³¹ Boseley, S. «Charity attacks vaccine alliance». *The Guardian*, January 16, 2002.

³² Yamey, G., «Global vaccine initiative creates inequity, analisis concludes. News roundup». *BMJ* 2001; 322; 754.

³³ Godal, T., «GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund». *The Lancet* 2002; 360; 175-176

³⁴ Missoni E, «The Global Health Fund: a global bluff»,

www.bmj.com/cgi/eletters/323/7305/152#16179, 22 Aug 2001.

³⁵ Brugha R, Walt G. «A global health fund: a leap of faith?» *BMJ* 2001; 323; 152-154.

Annan había solicitado recursos globales adicionales de 7 billones de dólares al año (mientras para combatir las tres enfermedades blanco del GFATM las necesidades se estimaban entre 10 y 20 billones al año). En enero de 2004, el total de los recursos prometidos al Fondo Global no alcanzan los 5 billones de dólares (de aquí hasta 2008) y de esos sólo 2,1 han sido efectivamente depositados.³⁶ Los gobiernos del G8 se encuentran ahora bajo presión para que cumplan con las promesas y su credibilidad está ulteriormente comprometida por los datos proporcionados por la OCDE sobre el volumen de su ayuda pública al desarrollo: un 0,19% de su PIB, no obstante la repetida adhesión de aquellos países, cumbre tras cumbre, al objetivo del 0,7% suscrito hace más de dos décadas.

Por otro lado, el sector privado se ha mantenido bastante frío en cuanto a contribuciones. La idea del secretario general de la ONU de que un Fondo Global «gobernado por un comité independiente», y externo a la ONU habría atraído a otros «a juntarse a la lucha»,³⁷ no dio resultado.³⁸

Que se trataba de una apuesta lo tenía claro Richard Feachem, director del Fondo Global, que al tomar posesión de su cargo había declarado: «Mientras el Fondo Global avanza, nosotros caminamos hacia lo desconocido y la obscuridad. Nadie ha ido donde estamos yendo. La única luz es la de nuestras imaginaciones...».³⁹

En total contradicción con la línea finalmente asumida a nivel internacional, que se estaba moviendo hacia un concepto integrado de salud en el contexto de políticas de lucha a la pobreza, el modelo GPPP y la construcción de una *partnership ad hoc* para cada problema vuelven a enfatizar aquella interpretación selectiva de la atención a la salud que durante dos décadas negó la estrategia indicada en Alma Ata.⁴⁰ Es la «balcanización» de la salud global con duplicación de esfuerzos, despilfarro de recursos y pérdida de eficiencia de las

³⁶ The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Pledges and Contributions, www.globalfundatm.org/ (6 febrero 2004).

³⁷ Highlights from the noon briefing, by Manoel de Almeida e Silva, deputy spokesman for the Secretary-General of the United Nations UN Headquarters, New York, Thursday, May 17, 2001 (www.un.org/News/press/docs/2001/20010517.unsg.hilites.htm)

³⁸ Aproximadamente el 89% de las contribuciones originarias de los países del G8 (incluyendo la UE), 8% de otros países del Norte, 2% de organizaciones no lucrativas (pero el 99,9% de éste viene de la Bill & Melinda Gates Foundation), 1% de países pobres, 0,03% de individuos y un porcentaje análogamente insignificante del sector privado, www.globalfundatm.org/ (enero 2004).

³⁹ Feachem R, Speech at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Senior lecture, 9 July 2002 www.globalfundatm.org/journalists/speech_Feachem090702.html

⁴⁰ Missoni E., «Salute per tutti entro l'anno 3000?». *Salute e Sviluppo*.

intervenciones. Aún con la disponibilidad de nuevos fondos, muchos de los países que más los necesitan podrían no lograr beneficiarse por falta de los recursos locales indispensables (humanos, logísticos, infraestructurales) para hacer frente a las condiciones y a los procedimientos requeridos para acceder a ellos y utilizarlos.^{41, 42}

⁴¹ Yamey G., «WHO in 2002. Why does the world...» op.cit.

⁴² Dare L., «WHO and the challenges of the next decade», *The Lancet*, 2003, 361: 170-171.

Consecuencias de la globalización en los sistemas sanitarios

NEOLIBERALISMO EN ESPAÑA: EFECTOS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

CARLOS PONTE MITTELBRUM*

EL MUNDO DE HOY

El propósito de este trabajo es estudiar los efectos de la política neoliberal sobre la salud en España: en su financiación y provisión, en la gestión y el modelo organizativo, en la práctica de los profesionales y la salud de la población, así como su influencia ideológica sobre la noción y la trama de la salud.

El proceso de globalización es muy antiguo, fue iniciado por los grandes imperios ultramarinos preindustriales y ha alcanzado su madurez con el desarrollo de capacidad e instrumentos para penetrar en red y promover la interrelación e interdependencia de todas las sociedades y países del mundo. La pluralidad no ha quedado anulada, no estamos en los albores de una sociedad única, pero es evidente que se ha quebrado el orden mundial heredado de la Segunda Guerra Mundial (que ha producido entre otros fenómenos las sociedades de bienestar) para ser sustituido por un nuevo orden, el neoliberalismo, en expansión después de los ataques terroristas contra Estados Unidos en septiembre del 2001.

El mundo ha entrado en una fase de red integrada y, como tal, en un entramado que abarca a todos los pueblos del planeta, generando efectos muy diversos y desiguales entre sus partes. La expansión sin fronteras de los movimientos de capital, especialmente de los flujos financieros, las actividades comerciales, las migraciones internacionales, la distribución mediática transnacional de imágenes, símbolos, ideologías y mitos, la generalización de la democracia liberal como fórmula política..., permite

* Jefe de Servicio UCI Hospital de Asturias. Presidente FADSP.

afirmar que estamos en un intenso proceso de mundialización o globalización, expresión que se usa como sinónimo. La globalización existe cuando un fenómeno determinado tiene repercusiones simultáneas e inmediatas con carácter «global». Por ejemplo, la distribución de la riqueza, el poder militar, los conocimientos técnicos, Internet, las políticas de salud...

Sus consecuencias son heterogéneas y exigen, en cada caso, una evaluación concreta. Así, por ejemplo, la democracia liberal es una realidad con niveles muy desparejos en cada región del mundo y, en general, con escasa libertad efectiva, como ha denunciado Joseph Stiglitz: «En teoría, el FMI apoya las instituciones democráticas en las naciones que atiende; en la práctica, socava el proceso democrático mediante la imposición de sus políticas.» Lo mismo ocurre con la salud:

El mapa de salud de la globalización: desigualdades		
Países	El 20% más rico	El 20% más pobre
Población	1.200 millones	1.200 millones
Crecimiento población	1% en descenso	3%
Esperanza vida	72 años	45-55, menos en área subsahariana
Gasto sanitario %PIB	8%	2-4%
Gasto sanitario per cápita	1.458 euros	3,1 – 15,4 euros
Ayuda al desarrollo (%PIB)	0,28%	20% del gasto sanitario depende de esa ayuda.

En el futuro, si se mantienen estas tendencias, la diferencia actual de 70 veces será en 20 años de 120 veces entre los más ricos y los más pobres. Por tanto, las repercusiones de la mundialización sobre la salud son incuestionables, pero no es tarea simple analizar sus efectos sobre un determinado país. La globalización, como se ha apuntado con anterioridad, no es un sistema cerrado sino que coexiste con formas de capitalismo menos maduro, incluso con modalidades muy atrasadas o precapitalistas –como ha señalado Rosa Luxemburgo en *La acumulación de capital*–. En la fase actual convive estrechamente con formas de capitalismo tradicional de Estado y no es fácil identificar los límites entre lo que es neoliberalismo, expresión política del sistema global, y lo que puede ser atribuido a estrategias propias de capitalismo de Estado, con interconexiones y contradicciones entre ambas.

Otro importante factor en juego es el surgimiento de una oposición activa a las políticas neoliberales: ¡Otra globalización es posible! Con creciente protagonismo en la realidad social y política, como se puso de manifiesto en las movilizaciones contra la guerra de Irak. La opinión pública, en tanto en cuanto toma conciencia de la necesidad de la defensa de los derechos sociales, es un importante elemento de restricción a las políticas neoliberales, exigidas de refrendo y legitimidad. No podemos olvidar que en el mundo occidental se gobierna, en alguna medida, según las encuestas de opinión.

Por consiguiente, las políticas de salud son la resultante de la interacción de estos factores y su traducción es muy diferente según en qué áreas geográficas y países. En América Latina, por ejemplo, bajo el auspicio del Banco Mundial, nunca se había vivido en la historia contemporánea de los sistemas de salud una época de cambios tan intensos como la actual, con procesos de descentralización que han conducido al desmantelamiento de los servicios públicos. Mientras en Europa las sociedades de bienestar resisten el acoso, aunque no sin dificultades y contradicciones. En ocasiones con consecuencias paradójicas, como en el Reino Unido, uno de los países neoliberales más aplicados, en donde las privatizaciones generalizadas han sido compatibles con la renacionalización del ferrocarril, pese a las fuertes protestas de la Unión Europea y la Organización Mundial del Comercio.

NEOLIBERALISMO Y SALUD

El nuevo paradigma ha sido explícitamente formulado en el Consenso de Washington: el Estado Benefactor es culpable del estancamiento económico —«la década perdida de los ochenta»—, del déficit fiscal y de la ineficiencia de los servicios públicos. Sus propuestas —«únicas salidas posibles»— residen en el achicamiento del Estado, el libre acceso a los capitales transnacionales y la privatización de los servicios públicos, privilegiando el valor financiero respecto al productivo. El objetivo es que el Estado se retire paulatinamente de su rol de garante de los derechos sociales básicos, delegando su capacidad reguladora en el «libre mercado», responsabilizando a los individuos y su «capacidad» para acceder a la salud, educación y seguridad social. Por lo tanto, bienes sociales imprescindibles como

salud, educación, seguridad social, conquistados como derechos, comienzan a ser cuestionados y progresivamente transformados en mercancías.

Los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo) –con la complicidad de los Estados– intervienen en el diseño y la ejecución de las reformas políticas y sociales, facilitando el acceso del capital transnacional en esas áreas en respuesta a los requerimientos de la etapa actual del capitalismo, que demanda nuevos campos de acumulación, mientras pretende legalizarse a través de la Organización Mundial del Comercio, el Área de Libre Comercio para las Américas o la Unión Europea.

En el terreno de la salud, el proceso de reforma adopta diversas máscaras que conducen a un mismo fin: la generación de mercados sanitarios que abran expectativas de inversión y de rentabilidad en términos costo-beneficio, aunque no tengan concordancia con las necesidades del sujeto / paciente, fragmenten la salud y cercenen las políticas salubristas de prevención y promoción en salud.

Los ejes del neoliberalismo en salud pueden considerarse transversales, aunque adquieren diferentes particularidades en cada espacio. Uno de los ejemplos más importantes es la política de medicamentos, que será analizada en otro capítulo de este libro. Lo mismo se puede decir con respecto a la tecnología biomédica (una de las vías preferentes para la circulación de capitales) que, a escala global, promueve el apartheid tecnosocial: un abismo entre quienes tienen acceso a las nuevas tecnologías y los que se quedan fuera.

Otro de los vectores fundamentales es la reforma de la organización y gestión de los servicios sanitarios a través de la descentralización y autonomía de los centros públicos con la pretensión de conseguir una gestión más eficiente. Esta reforma apunta hacia uno de los espacios claves del proceso salud / enfermedad / atención con el fin de promover la competencia entre los servicios sanitarios y, de forma indirecta, la participación del capital financiero en el mercado de la salud.

LA ESPECIFICIDAD DEL CASO ESPAÑOL

El sistema sanitario en España se puede definir como un Servicio de Salud propio de un Estado social y democrático, vinculado a la Seguridad

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

- 1855 Ley Básica de Salud. Primer marco organizativo, dependiente del Ministerio de Interior. Los servicios de Caridad se desarrollan y pasan a depender de las provincias.
- 1900 Se aprueba la Ley de los Accidentes de Trabajo (inicio de los seguros sociales).
- 1908 Se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP). Protege a la población de algunos riesgos.
- 1929 Seguro Estatutario de Maternidad. Garantiza los cuidados del embarazo y parto.
- 1931 Consultas con expertos y políticos para la elaboración de un seguro social unificado.
- 1934 Ley de Coordinación de Salud: responsabilidades públicas en salud pública y prevención de enfermedades infecciosas.
- 1936 Se aprueba en el Parlamento el Seguro Social Unificado, que después serviría de base para el Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942.
- 1942 Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- 1944 Aprobación de la Ley Básica de Salud.
- 1963 Ley Básica de la Seguridad Social, implica la transición de un sistema de seguros a un sistema de seguridad social que protege a los trabajadores.
- 1967 Se inicia la implementación del Acta del 63.
- 1977 Creación del Ministerio de Salud y Seguridad Social. UCD.
- 1978 Constitución. Creación del INSALUD.
- 1981 Primer Ministerio de Salud independiente. Transferencia sanitaria a Cataluña.
- 1984 Se inicia la Reforma de Atención Primaria. Transferencia sanitaria a Andalucía.
- 1986 Ley General de Sanidad.
- 1987 Transferencias a País Vasco y Valencia.
- 1989 Se impulsa la financiación a través de impuestos y no por cotizaciones.
- 1990 Transferencias a Galicia y Navarra.
- 1991 Informe Abril (Comisión Parlamentaria). Propuestas organizativas y de contención del gasto.
- 1992 Contratos explícitos con hospitales y financiación prospectiva.
- 1993 Exclusión de una lista de medicamentos de la financiación pública. Libre elección de pediatra y médico de primaria.
- 1994 Acuerdo de financiación Gobierno y autonomías, cuatro años. Transferencia sanitaria a Canarias.
- 1995 Se aprueba el primer Plan Nacional de Salud.
- 1996 Libre elección de especialista (12 especialidades, territorio Insalud). Decreto del PP de autonomía de los centros sanitarios. Seguro ocupacional de salud, se contrata con el sector privado (accidentes y enfermedades laborales). Decreto liberalizador de las oficinas de Farmacia (flexibilidad horaria y nuevas farmacias comunitarias).
- 1997 Ley de autonomía de los centros sanitarios.
- 1998 Nueva lista de exclusión de medicamentos. Nuevo acuerdo de financiación autonómica.
- 1999 En la Ley de Presupuestos se incluye una reforma del IRPF que permite la creación de Seguros Privados de Empresa. En la misma ley se crean las Fundaciones Públicas Sanitarias, que reconvierte a los hospitales públicos en agencias independientes.
- 2001 Nuevo acuerdo de financiación autonómica.
- 2002 Cierre del proceso de transferencias sanitarias. Traspaso de competencias a las 10 CCAA restantes.
- 2003 Ley de Cohesión. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Modificado de «Health care systems in transition». OMS.

Social, con financiación pública de naturaleza teóricamente solidaria, aunque en la práctica se han producido modificaciones después de la introducción del IVA y el Acuerdo de Financiación autonómica, cobertura de prácticamente toda la población (40 millones de habitantes), prestaciones gratuitas y funcionamiento descentralizado bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas. Los últimos 20 años del Servicio de Salud han sido decisivos para su consolidación como servicio público, pero también por iniciativas reiteradas en dirección opuesta, hacia su privatización.

Los progresos del SNS

Fundamentalmente en la década de los 80 e inicios de los 90, el sistema sanitario español ha sufrido transformaciones substanciales y positivas: la extensión de la cobertura a toda la población, la creación y desarrollo de la red de atención primaria, las medidas de racionalización de las estructuras sanitarias, la Ley General de Sanidad de 1986, la descentralización autonómica... Un significativo esfuerzo en la expansión del Estado del bienestar que se reconoce por la universalidad y gratuidad de las prestaciones y se manifiesta por el apoyo y el incremento del nivel de satisfacción de los usuarios.

	1991*	1993	1994	1995	1996**	1997	1998
1. En su conjunto, el sistema sanitario funciona bien	-	20	17	20	14**	20	20
2. Son necesarios algunos cambios para que funcione mejor	21*	33	37	41	30**	41	43
3. Son precisos cambios fundamentales	49*	30	31	29	34**	30	28
4. Es necesaria una reestructuración total	28*	18	14	10	14**	8	7
Índice de satisfacción España (1+2)-(3+4)	-56*	5	9	22	-4**	23	28
Índice de satisfacción media UE	-32*	-	-	-	13**	-	-

*Fuente: Ministry of Health and Consumption Affairs and CIS, 2000. *Blendon et al., 1992. **Mossialos, 1997.*

Por lo tanto, el respaldo social ha aumentado (en la encuesta del CIS 2002, el 47,7% consideraba que el sistema funcionaba bien o muy bien) y, en esa medida, ha disminuido la posición de los que proponen la reestructuración total del sistema, que ha bajado en los últimos años del 30% al 7%.

Entre las grandes virtudes del sistema de salud cabe destacar las siguientes:

- El SNS garantiza el acceso de toda la población en razonables condiciones de equidad. La equidad es esencial en cualquier sistema sanitario y se fundamenta en la universalidad y gratuidad de sus prestaciones y, entre otras cuestiones, por la casi total ausencia de copagos. Un buen ejemplo de la facilidad de acceso lo encontramos en la Atención Primaria y la Atención Especializada:
 - Acceso a la Atención Primaria, aunque su organización territorial ha tenido un desarrollo más lento de lo esperado, ya daba cobertura en el año 2000 al 81% de la población, con una distancia máxima entre la residencia y el centro de salud de menos de 30 minutos. El grado de satisfacción de los usuarios es del 80%.
 - Acceso a la Atención Especializada, prácticamente la totalidad de la población vive a menos de 1 hora de un centro hospitalario con urgencias de 24 horas y una cobertura básica de medicina, cirugía, obstetricia y otras especialidades. La satisfacción de los usuarios, menor que con la AP, es del 70%.
- La cobertura universal y gratuita de la sanidad pública con una estimable amplitud de prestaciones es un poderoso instrumento de cohesión social con efectos sobre la redistribución de rentas y riqueza (aunque devaluado por el peso creciente en la financiación de los impuestos indirectos). Un logro de justicia social con un gasto en sanidad pública razonablemente bajo: 5,8% del PIB.
- Efectividad y buena calidad en sus prestaciones, hasta el punto de que quizás pueda ser catalogado como el mejor servicio público del país, como demuestra el aprecio de la población en reiteradas encuestas de opinión. En el ranking de la OMS, el SNS está clasificado como el sexto mejor del mundo.

Las deficiencias del SNS

Con antelación a las estrategias neoliberales, es preciso señalar que dentro de la valoración positiva que merece el SNS, se arrastran desde su

origen algunos problemas, enraizados en los servicios sanitarios, que perviven y se confunden con las nuevas iniciativas de la competencia y el mercado. Estas deficiencias se pueden clasificar en dos grupos:

1. Problemas comunes a todos los sistemas sanitarios (el crecimiento del gasto, la variabilidad injustificada de la práctica clínica, los desafíos tecnológicos, el reto del envejecimiento, las expectativas crecientes de la población, nuevas necesidades...).
2. Problemas específicos que derivan de la peculiar historia (en su origen fue un sistema de seguros sociales, con raíces en la dictadura franquista) y de las particularidades de la Administración pública española; estos problemas son múltiples, pero los más importantes se pueden enumerar en los siguientes:
 - Insuficiencia crónica de recursos, principal determinante, aunque no único, de listas de espera elevadas, de la carencia frecuente de camas, de la masificación en las consultas y la atención a los pacientes, de la debilidad del sector sociosanitario.
 - Ineficiencias en la gestión del sistema e inapropiado modelo y cultura organizativa. Existe una escasa cultura de servicio (deficiente información, trato despersonalizado, arbitrariedades organizativas, escasa atención al mobiliario y mantenimiento). Ausencia de una verdadera política de personal, el cortoplacismo, la politización de los directivos... Todos ellos son problemas que afectan básicamente a la organización y gestión de los recursos, problemas que si no se abordan, pueden llegar a deslegitimar el sistema.
 - La dualización del aseguramiento. Importantes sectores de la ciudadanía: funcionarios, militares y judiciales gozan de servicios mutuales privados a través de MUFACE, ISFAS y MUGEJU, y de las Entidades Colaboradoras (periodistas, RTVE, Banca, eléctricas...) que constituyen sectores privilegiados que detraen fondos públicos y que si son reintegrados a la provisión pública, harían más exigente el sistema.
 - La ausencia de participación de profesionales y usuarios. La carencia de cauces y mecanismos de intervención y control es especialmente negativa para el sistema: resta legitimidad democrática y devalúa el protagonismo y la capacidad de los trabajadores sanitarios y de los ciudadanos.

POLÍTICAS PRIVATIZADORAS DEL SERVICIO DE SALUD EN ESPAÑA

En paralelo con el desarrollo del sistema de salud, y de forma muy especial en los últimos doce años, se fueron solapando iniciativas tendentes a la desregulación y privatización del sistema público. De hecho, la puesta en marcha del Servicio de Salud coincide con el inicio de la era Reagan / Thatcher. Esto es, el SNS se desarrolla en un contexto internacional muy desfavorable para los intereses de los servicios públicos. Cuando tan sólo habían transcurrido cinco años de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) se elabora el «Informe Abril» (1991), una verdadera propuesta de Contrarreforma que tuvo continuidad a través de propuestas de competencia y mercado, que ya estaban enunciadas en los programas electorales de los partidos políticos de la derecha (Partido Popular y Convergencia y Unión). Una opinión pública contraria a estas políticas ha limitado, en algunos casos, su puesta en marcha, pero en todo caso han tenido un efecto importante sobre el sistema de salud.

El significado de las privatizaciones

Conceptualmente estamos ante una nueva proposición de ruptura con el sistema simbólico ideológico que caracteriza al Estado social, que patrocina la mercantilización de las actividades de la salud. No obstante, aunque las privatizaciones conducen al mismo resultado, existen diferentes modalidades. Según el diccionario de la Real Academia, privatizar es transferir de lo público a lo privado, y este proceso de transferencia incluye no sólo la propiedad pública sino también la actividad pública. Por tanto, existen distintas posibilidades de privatización:

1. Transferencia de la producción a manos privadas aunque la provisión siga siendo pública (se rompe la premisa tradicional de que la provisión pública implica producción pública). Esto es, se mantiene el acceso de los ciudadanos a ciertos bienes y servicios (sanidad, educación...), pero la producción pasa a manos privadas. Es el caso del Área de Alzira.
2. Transferencia de la regulación: El mercado (la libre competencia) sustituye a la autoridad pública en el establecimiento de las relacio-

- nes y el marco de ordenamiento. En este terreno hay un amplísima gama de privatizaciones, actualmente denominadas «liberalizaciones». Una buena muestra de liberalización es la reforma del IRPF.
3. Introducción de mecanismos de competencia en la producción pública, generando mercados internos, separando financiación de provisión y otorgando autonomía a los centros. Por ejemplo, las Fundaciones Públicas Sanitarias.
 4. Privatizaciones «originales»: se suprime un servicio público y se crea con sus empleados una empresa sin ánimo de lucro o una cooperativa. Hasta ahora lo público representaba el interés general y lo privado el interés particular, pero el desarrollo de un sector no lucrativo, que no obedece empresarialmente (al menos de manera finalista) a la lógica del beneficio, es también una forma de privatizar que va a ser muy utilizada en el futuro. Las cooperativas de Atención Primaria o muchos servicios del ámbito sociosanitario responden a esta variante.

El proceso de privatizaciones es importante, más allá de los efectos directos que se puedan derivar del traspaso al ámbito privado de una actividad en concreto. En términos cualitativos, la transferencia de lo público a lo privado siempre entraña un trasvase de derechos a mercancías e implica necesariamente un cambio en el pensamiento económico, político e ideológico. Además, en términos cuantitativos, en España el proceso privatizador ha sido masivo en los últimos años: Endesa, Argentaria, Telefónica, Iberia... Esto es, sectores estratégicos del transporte, la comunicación, las finanzas, la industria..., están hoy en manos privadas.

El «Informe Abril»

La primera advertencia sobre una nueva orientación de la política sanitaria vino de la mano de una comisión parlamentaria, creada en 1991, para analizar los problemas de la sanidad española con el apoyo de todos los grupos parlamentarios. Sus conclusiones, conocidas como el «Informe Abril», eran favorables a las siguientes reformas del SNS:

- Financiación pública básica y financiación privada complementaria para los que escogieran este tipo de cobertura.
- Separación de financiación y compra.

- Gestión privada de los servicios sanitarios públicos.
- Mayor contratación con la medicina privada (particularmente la alta tecnología).
- Extensión del copago de las recetas (que ya existía para los trabajadores en activo) a los jubilados.

Hay que indicar que en ese año gobernaba el Partido Socialista, que con anterioridad había desempeñado un papel positivo en el desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Las recomendaciones del «Informe Abril» no fueron llevadas a la práctica porque suscitaron un amplio rechazo popular, pero es indudable que marcaron un referente ideológico con trascendencia en el ulterior desarrollo de las iniciativas de contrarreforma favorables a un modelo sanitario mixto. Desde el «Informe Abril» también se puede observar un cambio terminológico en ulteriores propuestas neoliberales, a fin de diluir el lenguaje empresarial y mercantil: se sustituye mercado por «análisis de las necesidades»; compras por contratos; vendedores por proveedores..., con el evidente propósito de evitar la asimilación entre mercado y salud. Así, en el año 93, en el contexto de una fuerte restricción de gasto público, se eliminaron de la financiación pública algunos medicamentos (real decreto de financiación selectiva de los medicamentos). Después del triunfo del Partido Popular en 1995 se acentúa la tendencia hacia el mercado interno y un modelo mixto. La hegemonía de la derecha, en el Estado y en muchas regiones, permite que se aprueben las recomendaciones de una Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Mejora del Servicio Nacional de Salud (1996), dando cobertura legal a la gestión privada de los servicios sanitarios públicos y al aseguramiento.

El amplio abanico de medidas de contenido neoliberal que se han desarrollado en España se puede resumir en las siguientes:

- Acerca de la gestión de los servicios sanitarios:
 - La separación de financiación y provisión.
 - Creación de las fundaciones: Hospitales a los que se les dota de personalidad jurídica propia y carácter privado (como Arriondas, Manacor, Verin...) y el intento de reconvertir todos los hospitales en fundaciones (FPS).
 - La concertación con empresas privadas para la atención integral de la salud: el experimento de Alzira (La Ribera de Valencia) o más recientemente Torrevieja, las entidades asociativas.

- Sobre el Sistema de Salud:
 - Las políticas de restricción del gasto sanitario en un contexto de insuficiencia financiera.
 - La dejación de la Salud Pública, la integración de cuidados o el espacio sociosanitario.
 - La bipolarización en salud.
 - El acuerdo de financiación autonómica de 2001 en la medida en que no asegura la equidad financiera de las autonomías.
 - El cierre de las transferencias sanitarias (2002) que no contempla la coordinación efectiva de los 17 servicios autonómicos de salud.
- Con relación al sector privado:
 - Ley de Reforma del IRPF que permite a las empresas contratar seguros médicos privados con exenciones fiscales y otras ventajas.
 - El crecimiento del aseguramiento privado.
 - La expansión del gasto y la medicina privada.
 - Las propuestas de un catálogo restrictivo de las prestaciones, de copago...

La separación entre financiación y provisión

Uno de los grandes debates sobre el Estado del bienestar es la separación de financiación y provisión de los servicios sociales. El modelo separado es común en los sistemas sanitarios tipo Bismark (basados en seguros sociales, como ocurre en Francia y Alemania) o en EEUU con los programas Medicare (cobertura sanitaria a los ancianos) y Medicaid (cobertura federal y autonómica de la población considerada médicamente indigente) que tienen financiación pública y provisión privada. Lo mismo sucede con la escuela en España, en donde una buena parte de la educación primaria y secundaria está concertada con centros privados.

Pero es una controversia nueva en los sistemas sanitarios tipo Beveridge (que tradicionalmente integra ambas funciones) después de la reforma Thatcher (1988-89), que sustituyó la responsabilidad única y pública de la financiación y la provisión por una agencia financiera que contrata a los proveedores de servicios (que podían ser públicos o privados).

La intervención de separar financiación y provisión no es una cuestión técnica, sino de gran alcance político, ya que abre la puerta, de hecho es un paso imprescindible, a la posterior generación de un modelo de mercado. Tampoco se puede identificar exclusivamente con las posiciones conservadoras, puesto que en el pensamiento socialista hay una corriente de «socialismo de mercado» basada en la separación entre ambas funciones, con experiencias concretas como la sueca, promovida por el partido socialdemócrata, o en EEUU, en donde la frustrada reforma Clinton (inspirada en el sistema canadiense) tenía esta misma orientación.

La separación en España ha sido introducida en la legislación central y autonómica a lo largo de la década de los 90. El modelo teórico de ruptura entre comprador y proveedor fue aprobado en varios servicios autonómicos de salud, como en Cataluña, en el País Vasco y, de forma más tímida, en otras comunidades, con el propósito de descentralizar las prestaciones mediante el criterio de establecer la independencia de la «función de compra», en ocasiones con regulación jurídica de naturaleza privada.

Por tanto, estamos ante una medida necesaria para la implementación del mercado, aunque su desarrollo en la práctica se haya visto limitada por la persistencia de la hegemonía, en muchos casos monopolio, de la provisión pública (con la salvedad de Cataluña) y por la pervivencia de los mecanismos de intervención y planificación centralizada que han funcionado como «dependencia de la senda», con reproducción del sistema integrado.

Los cambios en la gestión y organización

Los cambios en la gestión de los servicios sanitarios han entrado en la agenda política desde mediados de los 90. El propósito es introducir la competencia en los Sistemas Públicos de Salud con fórmulas muy diversas, desde el mercado planificado (tipo Saltman) hasta modalidades más radicales como el mercado regulado o incluso el mercado puro. Para ello, los primeros pasos residen en desarrollar la «función compras» (como se ha señalado en el epígrafe anterior) y en efectuar los cambios precisos en la gestión de los servicios sanitarios.

La gestión de los recursos, como se puede comprobar en la siguiente escala de Jakab, se correlaciona estrechamente con el modelo sanitario, en los tres primeros niveles el desplazamiento a la derecha implica un cambio

en la naturaleza de los incentivos. En el nivel 4º y 5º, un desplazamiento a la derecha supone un cambio en la naturaleza de las estructuras, pero no asegura los objetivos de responsabilidad y función social.

Escala de la estructura organizativa de los hospitales		
	Burocracia pública	Organización privada
Autonomía	Limitada	Total
Exposición mercado	Ninguna	Total
Beneficio residual	Monedero público	Organización
Responsabilidad	Directa	Contratos / regulaciones
Funciones sociales	Implícitas	Reguladas y financiadas

Acerca de las nuevas formas de gestión

Sin duda, en la sanidad española existen problemas de gestión. Es probable que la inadecuada gestión de los centros sanitarios esté en el origen de múltiples disfuncionalidades e ineficiencias; sin embargo, la reforma propugnada por el Gobierno central (desde el mandato ministerial de Romay Becarria) y por algunas CCAA, acuñada como «Nuevas Formas de Gestión», tiene una intención estratégica que no radica en devolver a los centros sanitarios capacidad real para resolver sus problemas con mayor autonomía y descentralización, sino que busca la separación entre los compradores y los proveedores; la sustitución de la cooperación por relaciones basadas en contratos y en la competencia entre los servicios; el establecimiento de incentivos de mercado, y la transformación de los hospitales en empresas o de los médicos generales y los equipos de Atención Primaria, con presupuestos propios, en cooperativas médicas...

Por tanto, el centro del debate sobre las nuevas formas de gestión no reside en la autonomía, sino en la apuesta que hacen los reformadores por unidades independientes de financiación (en donde el primer paso es dotar a los centros sanitarios de personalidad jurídica propia como entes públicos, fundaciones, consorcios, etc.) y, en consecuencia, por la desconexión y emancipación de los proveedores de servicios (tengan o no ánimo de lucro) y el establecimiento del mercado sanitario.

LAS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN. Modelos desarrollados en el Estado español	
Sin personalidad jurídica Derecho público, sin personalidad jurídica propia.	<ul style="list-style-type: none"> – Servicio Valenciano de Salud – Institutos Clínicos / Unidades Clínicas – Agencia de Evaluación Tecnológica Andalucía
Organismo autónomo administrativo Entidad de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio.	<ul style="list-style-type: none"> – Servicio Andaluz de Salud – Servicio Navarro de Salud – Servicio Gallego de Salud
Ente público Personalidad jurídica pública, que ordena sus recursos bajo el ordenamiento privado.	<ul style="list-style-type: none"> – Hospitales Costa del Sol, Poniente, Andújar... – Empresa Pública de Emergencias Sanitarias – Servicio Catalán de Salud – Servicio Vasco de Salud
Consortio Ente público territorial o institucional que permite la asociación de entidades privadas sin ánimo de lucro.	<ul style="list-style-type: none"> – Consorcio hospitalario de Cataluña, de Vic, Consorcio de hospitales de Barcelona...
Fundación Derecho público y privado, sin ánimo de lucro, regida por un patronato. Régimen del personal: laboral.	<ul style="list-style-type: none"> – Hospitales Verin, Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa, Manacor, Alcorcón...
Sociedad mercantil pública Derecho privado. Sociedad mercantil en el que un organismo público cuenta con la mayoría de las acciones.	<ul style="list-style-type: none"> – Entidades asociativas de profesionales
Contratación externa a entidades privadas	<ul style="list-style-type: none"> – Entidades de bases asociativas (Cataluña) – Concesión de Alzira o Torrevieja

Nuestro punto de vista es que parece razonable apoyar un mayor margen de autonomía en la gestión de los servicios sanitarios, porque ello implica proximidad en la toma de decisiones y una mayor flexibilidad. También es necesario impulsar mayores responsabilidades locales mediante la descentralización o desconcentración (transferencia de decisiones a niveles inferiores de forma limitada y de índole básicamente administrativa). Si bien hay que tener presente que a más autonomía y más descentralización, más se incrementa la necesidad de nuevas regulaciones, generando un escenario complejo y con aspectos contradictorios.

Por lo tanto –aunque dentro de las «nuevas formas de gestión», hay algunas fórmulas con escaso contenido político–, de manera genérica se puede afirmar que la propuesta va más allá del carácter meramente instrumental y limitado al campo específico de la gestión (de hecho gestionar es coordinar y motivar a los miembros de una organización para que cumplan los objetivos generales de la misma) y su propósito es configurar un modelo de los servicios sanitarios definido como «Mercado Interno», que implica una ruptura con el sistema de provisión pública y abre profundas vías hacia la privatización de los servicios de salud.

Como ha señalado Milton Terris, la reconversión de los sistemas públicos está diseñada hasta sus últimos detalles, pero dado que la privatización directa de la sanidad es impopular y, por lo tanto, políticamente incorrecta, la estrategia de privatización se apoya en dos mecanismos indirectos: la autonomía y la descentralización de la gestión.

Las fundaciones sanitarias

Diseñadas para que los hospitales tengan autogobierno, carácter empresarial, mayor flexibilidad financiera y órganos de administración de carácter privado. A finales de 1999, 46 centros sanitarios se habían dotado de «nuevas formas de gestión» siguiendo las directivas de la Ley 15/1997, posteriormente desarrollada por el Plan Estratégico del Insalud, aprobado en 1998.

La apuesta por reconvertir a los hospitales en entidades con personalidad jurídica propia tuvo su momento álgido con la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos a finales del 99 que promovía la transformación de los hospitales en las llamadas «Fundaciones Públicas Sanitarias». La generalizada oposición a las fundaciones dio al traste con esta estrategia. Sin embargo, las fundaciones originarias persisten y paulatinamente algunos hospitales de nueva creación se van incorporando a este modelo.

Un estudio de M. Martín y M. Sánchez Bayle comparando 17 fundaciones con otros tantos hospitales públicos tradicionales, de similar nivel y tamaño asistencial, concluye que las fundaciones tienen menores recursos humanos y materiales, menor actividad asistencial y, esencialmente, menores costes.

Sobre la base de estos datos, se puede concluir que las «nuevas formas

Diferencias	Fundaciones	Hospitales
Plantilla/10.000	8,87	12,38
Médicos/10.000	19,9	63,35
Camas/1.000	1,68	2,39
Ingresos/1.000	61,8	81,4
Urgencias/1.000	286	395,7
Consultas/1.000	1.139	1571
UPH totales	3.033	5.443
Gasto persona	238,5	354

de gestión» responden cardinalmente a una política de contención de costes, aunque su propósito declarado es conseguir una mayor eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios, pero en realidad su estrategia está orientada hacia la disminución global de los costes y, en segundo término, a la disminución de los costes fijos (a menor grado de integración, menores son los costes fijos y mayores los costes variables, esto es, la contratación externa en sanidad intercambia costes fijos por variables). Hasta la fecha, las fundaciones no han podido mostrar eficacia o eficiencia, pero sí hay suficientes evidencias que prueban que las políticas de ahorro de recursos comportan una merma en las prestaciones y la calidad asistencial.

También se pueden evaluar las fundaciones por su implicación con un nuevo modelo de salud de naturaleza competitiva, que descentraliza la función de compra, con provisión independiente, y por tanto fragmentaria, por la unión de contratos e incentivos económicos o por la opción de concertar servicios con entidades ajenas al sistema público. La evidencia empírica de este modelo en otros países (EEUU, RU) enseña que a más competencia y hospitales en una comunidad, mayores precios y costos (los costes de transacción, la competencia entre centros estimula la oferta tecnológica, duplicando y encareciendo los servicios...). En realidad, en el ámbito sanitario, la demanda no crea la oferta, es la oferta la que crea la demanda. Por tanto, el mercado lo determina el proveedor (el hospital o el médico) y no el usuario.

Gestión y provisión privada del sector público. AP: Entidades Asociativas y otras. AE / AP: El modelo Alzira

Entidades asociativas. En Cataluña, en 1991, se contrata la Atención Primaria de tres áreas básicas de salud con entidades ajenas al Instituto Catalán de la Salud. Con posterioridad estos contratos se amplían a entidades constituidas por profesionales sanitarios que asumen la gestión de los servicios, siendo pionera la experiencia de Vic (1993). Estas entidades tienen personalidad jurídica propia, similar a una sociedad anónima, en donde al menos el 51% del capital social debe de pertenecer a los profesionales sanitarios.

En Cataluña hay 360 áreas básicas de salud, 71 están gestionadas por entidades ajenas al Instituto Catalán de la Salud, con la previsión de extender todavía más este modelo, bien sea como entidades asociativas (7), consorcios, fundaciones...

El caso Alzira. La contratación en la comarca de La Ribera (Valencia) de toda la atención especializada a una empresa privada en régimen de monopolio es una experiencia de privatización radical de la atención especializada y la gran apuesta sanitaria actual del Partido Popular, como con anterioridad lo fue MEDTEC en Galicia. Alzira es un hospital público gestionado por una UTE: «Ribera Salud», constituida por Adeslas (51%), Bancaja, CAM, Dragados y Lubasa, mediante una concesión administrativa de diez años en régimen de monopolio de la atención especializada. Inicialmente la concesión, enero de 1999, fue establecida por un canon fijo per cápita anual de 225 euros. Pero a finales de 2002 se pudo comprobar que la rentabilidad del negocio era dudosa. El periódico económico *Cinco Días* titulaba: «El modelo Alzira: de la idílica teoría a la cruda realidad».

El proyecto fracasó económicamente pese a que, además de la financiación fija por habitante de la comarca, el hospital consiguió cuantiosos ingresos a través de pacientes de otras comarcas sanitarias a los que facturaba por proceso (y no capítativamente). La Generalitat colaboró activamente con esta vía de ingresos, facilitando el flujo de pacientes mediante la descapitalización de los hospitales comarcales vecinos o convirtiendo al hospital de Alzira en referencia de determinadas técnicas radiológicas o tratamientos (radioterapia...). En paralelo, deriva Alzira a los hospitales públicos un gran número de pacientes de difícil rentabilidad económica.

La experiencia de Alzira no puede ser juzgada exclusivamente en tér-

minos económicos, el hospital tiene menos plantilla y peor remunerada que los hospitales públicos, su gestión es particularmente reacia a dar información sobre sus resultados (por ejemplo, memorias anuales en donde no se aporta la mortalidad o la tasa de reingresos), su eficiencia tampoco ha podido ser demostrada, con listas de espera superiores a los 6 meses en varias especialidades quirúrgicas...

Sin embargo, la Consejería de Salud de la Generalitat no está dispuesta a renunciar a su estrategia estrella y ha rescatado la concesión administrativa, pagando a la UTE una indemnización de 25 millones de euros en concepto de «lucro cesante», y la explotación volvió a salir a un nuevo concurso, mejorando las condiciones económicas: 379 euros per cápita, e incluyendo en el lote a todos los centros de Atención Primaria (13 centros de salud).

El modelo de Alzira, en la variante que engloba la atención primaria y especializada, ha sido aprobado en otra comarca (Torrevieja, Alicante) de la Comunidad Valenciana y es probable que pueda convertirse, pese a sus resultados, en un referente para otras CCAA gobernadas por el Partido Popular.

IMPACTO SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Mas allá de las estrategias de gestión, las políticas neoliberales en salud tienen un considerable impacto sobre el conjunto del sistema sanitario, generando tendencias sobre el gasto sanitario y la orientación y conformación de los cuidados de la salud.

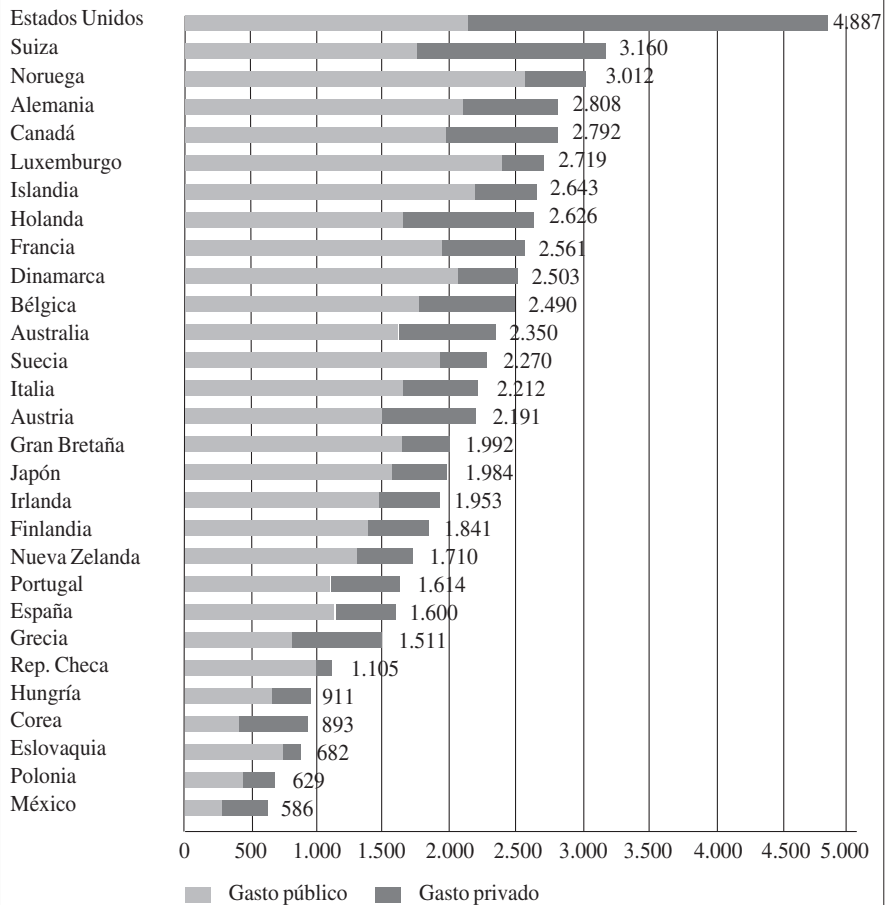
La insuficiencia financiera

Tradicionalmente, el gasto en salud en España ha sido insuficiente. Cualquier comparación internacional corrobora esta afirmación (gráfico 1).

Esto es, invertimos per cápita en salud (pública y privada) por debajo de los países de la UE antes de la ampliación (con la excepción de Grecia) y estamos lejos de los grandes de la Europa continental (por encima de los 2.000 dólares) y a distancia sideral de los 4.358 dólares de EEUU.

Lo mismo ocurre en términos de participación del gasto sanitario en el Producto Interior Bruto (PIB), uno de los indicadores más utilizados para definir el grado de penetración del Estado del bienestar, que tiene la ventaja de reflejar el esfuerzo financiero y de sostenibilidad del sistema sanitario.

GRÁFICO 1. Gasto sanitario per cápita en dólares. 2001



Fuente: OCDE 2003.

Gasto salud % PIB	1990	2000	2001
España	6,7	7,5	7,5
OCDE promedio	7,3	8,1	8,1

Las diferencias son todavía mayores si nos circunscribimos al Gasto Sanitario Público (5,2% como porcentaje del PIB). En la última década ha aumentado el Gasto Sanitario Total con respecto al PIB, pero el Gasto Sanitario Público ha caído un 9,8%, y estas cifras son todavía peores si se

excluye el capítulo de los medicamentos, que como es sabido financia a las grandes multinacionales del sector farmacéutico, y que en España sobrepasa el 25% del total del gasto sanitario.

Tasa de crecimiento anual per cápita en %. Período 1990/ 2001		
	Crecimiento del gasto en salud	Crecimiento del PIB
España	3,4	2,3
OCDE	3,4	2,1

Con respecto a la tendencia de crecimiento del gasto sanitario, si observamos los últimos años, 1990-2001, vemos que ha sido similar al promedio de los países de la OCDE (3,4% anual). Sin embargo tampoco es satisfactoria esta tendencia, ya que el PIB en España ha tenido un crecimiento superior al promedio de la OCDE.

Es importante reseñar, además, que el gasto sanitario ha tenido un crecimiento irregular, con dos importantes puntos de inflexión:

Evolución del gasto sanitario								
Gasto sanitario en salud	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Valor en billones de pesetas	3,468	3,865	4,366	4,616	4,819	5,110	5,448	5,762
Valor en millones de dólares	31.670	35.012	38.045	39.466	39.721	41.694	44.049	46.509
Valor per cápita en dólares	815	900	974	1.010	1.015	1.042	1.115	1.168
% PIB	6,9	7,0	7,3	7,5	7,4	7,3	7,4	7,4
Valor en pesetas constantes per cápita	106.398	112.070	120.297	122.548	124.979	127.320	-	-
% del gasto público sobre el gasto sanitario total	78,7	78,9	78,9	79,7	78,8	78,3	78,5	76,1

Fuente: OCDE 1999.

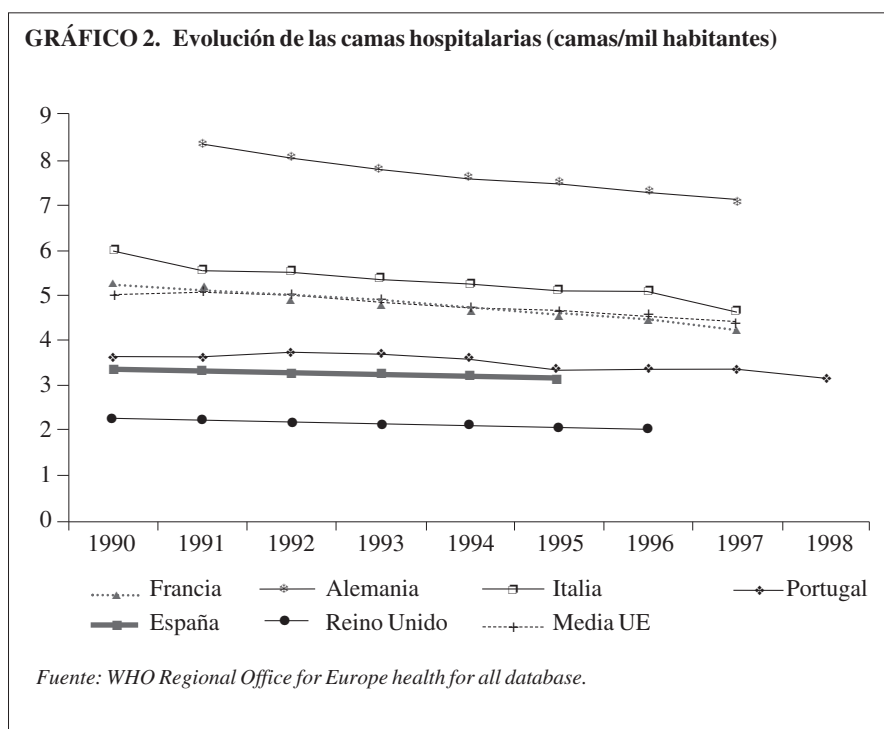
En la evolución del gasto del Servicio Nacional de Salud, podemos diferenciar nítidamente tres períodos:

- Fuerte período de expansión económica en salud (necesaria para la universalización de las prestaciones y el desarrollo de nuevos servicios como la Atención Primaria) desde el año 1986 hasta 1991, el crecimiento fue del 110%.
- Período de 1991 a 1996, el crecimiento continúa, pero de forma más limitada (40% de incremento). En el año 93 se alcanza el 7,5% del

PIB. En ese año se inician políticas de restricción del gasto. En todo caso, la suma de estos dos períodos triplica el gasto en salud.

- A partir de 1996 se entra en una fase prolongada de estancamiento del gasto sanitario con estrictas medidas de contención presupuestaria, que apenas permite, mantener el porcentaje del 7,5% con respecto al PIB y siempre por debajo de la media de la Unión Europea.

Aunque parece innecesario analizar las consecuencias de la subfinanciación, podemos, por ejemplo, comprobar sus efectos sobre la dotación de camas hospitalarias de agudos, en la cola de Europa, en el período 1990-99, en comparación con otros países de nuestro entorno:



Pero no sólo el gasto sanitario es insuficiente, los presupuestos destinados a la protección social en su conjunto (sanidad, invalidez, familia, vejez, desempleo, vivienda y exclusión social) nos sitúan en la cola de Europa occidental, con el agravante de que, después de un período inicial de recuperación hasta 1993, están disminuyendo paulatinamente en la última década.

Como secuela de la dictadura franquista, en 1975 el gasto social era sólo del 14% del PIB, mientras que la media de la UE estaba en el 22,9%. En el año 93, España alcanzó su máxima cota: 24%, con la media de la UE en el 28%. Pero desde entonces la brecha no ha hecho más que aumentar, sobre todo desde 1996, en lo que Vicente Navarro ha definido (*El País*, 8 septiembre de 2003) como «la desconvergencia social con la Unión Europea». Así, en el año 2002 el porcentaje de gasto social sobre el PIB era sólo del 19,2%, en la cola de la UE, únicamente Irlanda dedica a gasto social un porcentaje menor que España. Esto es, mientras se multiplican los beneficios empresariales, el gasto social continúa descendiendo y separándose cada vez más del promedio de la Unión Europea.

LOS PROBLEMAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA

La descentralización del sistema sanitario, contemplada en la Ley General de Sanidad de 1986, tiene indudables ventajas potenciales para el Servicio de Salud, pero también genera oportunidades para el desarrollo de políticas neoliberales, sobre todo por los términos concretos en los que se efectuó el traspaso de competencias. De forma resumida, estos problemas son los siguientes:

- La descentralización ha expulsado al Estado (al Ministerio le corresponde únicamente el 17% del total de los presupuestos sanitarios de 2004), dejando en manos de las CCAA unos Servicios de Salud independientes, cuya coordinación no ha sido resuelta por la Ley de Cohesión de 2003.
- Las CCAA tienen el poder de elaborar su propia política sanitaria y, por lo tanto, la opción por parte de los gobiernos conservadores de poner en marcha leyes de ordenación sanitaria, nuevas formas de gestión u otras iniciativas neoliberales como reiteradamente está ocurriendo en Galicia, Cataluña, País Valenciano o Madrid.
- El acuerdo de financiación autonómica de 2001 es un importante factor de inequidad. Los presupuestos pactados por los distintos Servicios de Salud ya mostraban claras diferencias entre los recursos económicos pactados por:

Presupuesto recibido por las CCAA en las transferencias 2002		
CA	Financiación total (millones de euros)	Euros / habitante
La Rioja	293,3	996,6
Cantabria	480,8	905,2
Asturias	937,6	870,9
Extremadura	913,5	854,2
Aragón	989,7	831,7
Castilla La Mancha	1.390,1	801,6
Castilla y León	1.983,3	800,0
Murcia	883,5	767,3
Baleares	613,1	724,9
Madrid	3.726,3	715,8

Fuente: FADSP.

Pero, además y fundamentalmente, el sistema de financiación, que está basado en la recaudación de impuestos –la mayoría sobre el consumo –, da lugar a que no todas las autonomías recauden lo mismo, de la misma forma que no todas tienen recursos similares o las mismas necesidades. En consecuencia, a medio y largo plazo es previsible un incremento de las desigualdades territoriales. En el breve plazo de dos años ya se puede apreciar que las diferencias crecen:

Evolución de la dispersión del gasto presupuestado de las CCAA entre 2002 y 2004		
	2002	2004
Diferencia entre el valor máximo y el mínimo	191,36	483,41
Coefficiente de variación	0,06	0,12

Fuente: Marciano Sánchez Bayle (FADSP).

- El Fondo de Cohesión sólo tiene capacidad para la financiación de los pacientes desplazados. La posibilidad de solicitar al Estado, vía Consejo Interterritorial, fondos adicionales para paliar desigualdades o para nuevas prestaciones se formula de manera imprecisa sin especificar cómo o dónde se pueden obtener recursos económicos para preservar la equidad territorial.

LA PRIVATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS SOCIALES

Según el *Anuario Social de la Caixa* 2003, 9 de cada 100 personas presentan alguna forma de minusvalía, aunque esta tasa es sólo de 4,45% en menores de 64 años, mientras que en los mayores de 65 años alcanza el 30,2%. Por tanto, un problema social y sanitario de envergadura que se incrementará en el futuro puesto que España, en los próximos decenios, será uno de los países de la UE con mayores porcentajes de tercera edad.

En el sector público, los cuidados a largo plazo, crónicos, paliativos, terminales, discapacitados y ancianos están sin desarrollar y los escasos recursos disponibles se encuentran desperdigados en estructuras organizativas diferentes. Una carencia básica de nuestra sociedad de bienestar.

Aproximadamente un 30% de los españoles, cuando cumplen 65 años, buscan una residencia en la que vivir. Se calcula una insuficiencia de 125.000 plazas para cubrir la demanda de los próximos cinco años.

En esta situación deficitaria, el sector privado se ha implantado con fuerza. La mayoría de las residencias de ancianos (también las más caras) eran privadas. Según el INSERSO, en el año 2001:

- Camas residencias privadas: 125.194.
- Camas residencias públicas: 55.289.

En el año 2002 se mantiene esta tendencia, las camas privadas se incrementan un 6,8%, contabilizándose 3.370 residencias privadas y un total de camas privadas de 169.120, casi tres veces más que los recursos públicos. El 20,7% de las plazas están concertadas con la Administración pública, lo que representa un total de 35.000 camas concertadas.

Los centros privados tienen un tamaño medio de 50 plazas, aunque en los últimos años las grandes compañías tratan de consolidarse y formar centros y agrupaciones de mayores dimensiones. Así por ejemplo, Novaire es una empresa que gestiona 17 residencias y 2.380 plazas en la Comunidad Valenciana, o el Grupo Sar que gestiona 2.600 plazas en Cataluña...

Asimismo, la atención domiciliaria pública (con provisión directa o indirecta) tiene pocos recursos: la cobertura domiciliaria a mayores de 65 años en España es del 2,8%, mientras que la media de la UE se sitúa en el 8,1%. Por tanto, el sector privado presta servicios de ayuda en el domicilio, con una cobertura en el 2003 a un total de 387.000 personas:

- Teleasistencia a domicilio: 139.000 personas.
- Asistencia a domicilio: 248.000 personas.

Estos servicios están aumentando a un ritmo anual del 16% debido a que todos los municipios de más de 5.000 habitantes disponen de un programa de ayuda a domicilio.

La bipolarización de la salud

Una buena muestra del desarrollo contradictorio de la salud en España –si extendemos esta reflexión a un ámbito más amplio que el de los sistemas sanitarios– lo encontramos en los indicadores poblacionales de salud. La expectativa de vida, por ejemplo, no ha hecho más que crecer en los últimos 70 años, terceros en hombres y segundos en mujeres, en relación con otros países europeos (debido a una menor mortalidad en cardiopatía isquémica, cáncer y ACV), también la mortalidad infantil, que decrece a un ritmo similar al de la UE. No obstante, aumenta la inequidad en salud: desde la era Reagan y Thatcher el mundo global no sólo ha hecho más ricas a las naciones ricas y más pobres a las naciones pobres, sino que ha acelerado esta misma bipolarización dentro de las propias naciones. Así, en EEUU y Gran Bretaña los ingresos de las clases desfavorecidas disminuyeron en los últimos quince años, incrementándose la desigualdad.

Con respecto a la mortalidad, en España, al principio de los 80, la mortalidad estandarizada era un 30% más alta en trabajadores manuales que en profesionales y gestores; pero a principios de los 90, esta diferencia se ensancha al 70%. Esta desigualdad también se traslada al ámbito subjetivo: el 40% de las clases sociales más bajas consideraban que su estado de salud era muy malo, mientras que esto sólo ocurría en el 27% de las clases más altas.

Lo mismo se puede decir en relación con la morbilidad: la prevalencia de diabetes es 2,5 más alta en mujeres pobres que en mujeres ricas, o la discapacidad que es 6 veces mayor en los pobres.

Pese a la alarmante carencia de estudios sobre los importantes problemas de equidad, algunos trabajos (Benach y Urbanos) ponen en evidencia que la inequidad crece como expresión de la debilidad del Estado del bienestar, en estrecha relación con el triunfo electoral del Partido Popular en el año 95, revalidado cuatro años más tarde. El incremento en la distancia de la renta y la exclusión social demuestran ser los factores más determinantes en el crecimiento de la inequidad.

Naturalmente, estas tendencias de mayores beneficios empresariales y

menor protección social empujan en la dirección de un incremento de la polarización socioeconómica que hace al rico más rico y al pobre más pobre, hacia una sociedad con mayor división social en donde coexiste el aumento de la renta per cápita y la capacidad de consumo, con el crecimiento de la pobreza, la marginación, los sincasa o los emigrantes en situación de exclusión social. Factores que son especialmente malignos para la salud y que hacen mucho más compleja la tarea de los servicios sanitarios.

El caso de la población inmigrante es paradigmático por su vulnerabilidad y desprotección en el trabajo, la vivienda, la educación..., prerrequisitos para la salud (OMS). En situación de especial gravedad se encuentra el colectivo de inmigrantes sin papeles, superior a los 600.000 ciudadanos, con la asistencia de urgencia como único derecho. Hay que reseñar que la actual Ley de Extranjería permite y favorece estas situaciones de marginación, explotación y, en consecuencia, de precariedad en salud.

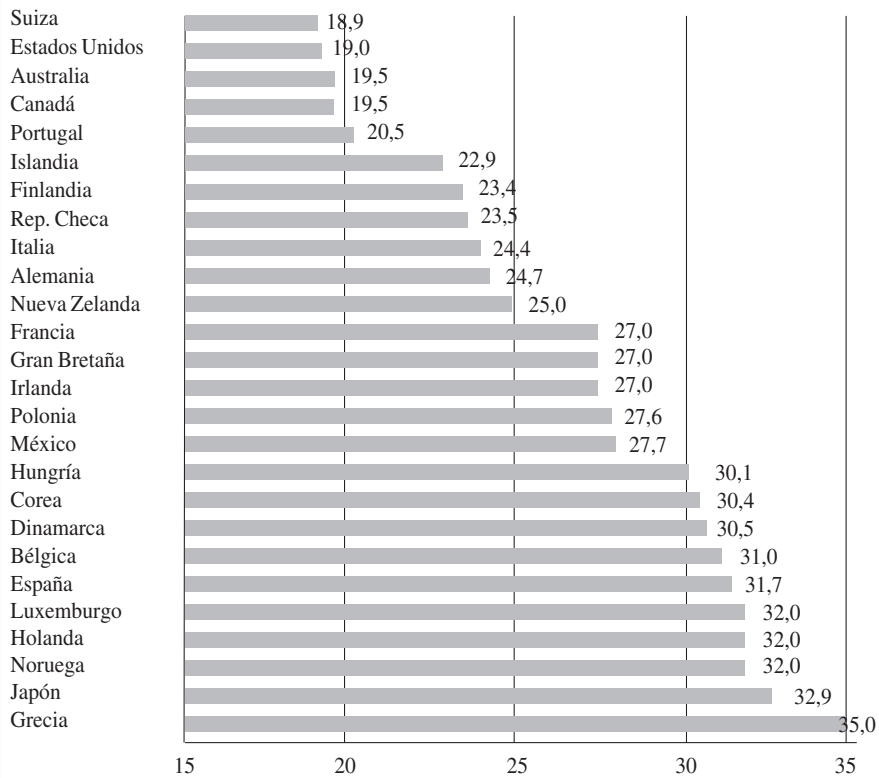
El abandono de las políticas de salud pública

Algunas políticas de salud no interesan al mercado, incluso aunque hayan probado su valor coste-efectivo. Es el caso de la prevención primaria, el autocuidado o la promoción de la salud que tienen en España un débil desarrollo. Contrasta la precariedad de medios y políticas de salud pública con la evidencia de problemas de salud pública críticos: tabaquismo (entre los países europeos con mayor número de fumadores), «vacas locas», legionella, intoxicaciones alimentarias, siniestralidad laboral, accidentes de tráfico (98.443 accidentes con víctimas en 2002)...

Un indicador del biologismo de nuestra sanidad, con inversiones millonarias en genoma o cáncer, y manifiesto subdesarrollo de los servicios de salud pública que en la estructura del gasto sólo llega al 5% del total presupuestario:

Estructura del gasto	
Atención Primaria	13,8%
Atención Especializada	49,3%
Farmacia	26,5%
Inversiones	2,7%
Salud Pública	5,2%
Otros	2,5%

GRÁFICO 3. Porcentaje de adultos que fuman diariamente



Fuente: OCDE 2003.

En este mismo orden de cosas, es muy significativa la renuncia a un Plan Integrado de Salud (como obligaba la LGS del 86 en un plazo de 18 meses). Por tanto, el desarrollo de los Servicios de Salud Pública, desde la formación e investigación hasta la provisión, es una asignatura pendiente que incluye la higiene laboral, ambiental, mental y la protección del consumidor, que precisa recursos apropiados y un marco normativo con la suficiente autoridad inspectora, evaluadora, coordinadora, sancionadora y correctora, en el marco de una organización en donde quizás los municipios deberían de ser las entidades gestoras de los servicios de salud pública.

La dispersión de los recursos sanitarios

La Sanidad Pública, pese a reunir todas las condiciones para funcionar como un sistema integrado, ha sido incapaz de adaptar su estructura y objetivos a una gestión constructiva, de «viaje integrado del paciente» a través de todo el sistema, con independencia de la ubicación de los recursos. Parece incuestionable que los pacientes deben ser tratados en su apropiado nivel de cuidados, configurando los cuidados de acuerdo con las necesidades a través de los episodios de enfermedad o, en el caso de los crónicos, a través de la vida del paciente. Pero nuestro sistema público tiene descoordinados sus recursos, con su diario de navegación atascado en el sector hospitalario, largas listas de espera y sensación de escasez. Ni siquiera la atención sanitaria de urgencias se planifica coordinadamente.

En el cambio del Servicio de Salud hacia un sistema integrado, los hospitales tienen que entender que un día de estancia innecesaria es un grave defecto y los especialistas que es básico en su trabajo la coordinación de cuidados y no sólo la prestación de cuidados. Las tasas de utilización hospitalaria son un simple test de integración de cuidados y, según algunos autores, es razonable suponer que una estrategia de continuidad asistencial podría reducir dramáticamente las listas de espera y los episodios de hospitalización. Pero el desafío va más lejos que la mera cooperación entre médicos de primaria, especialistas y hospitales, requiere el desarrollo de una visión global que reconfigure los recursos sobre la base de las necesidades de la población.

Paradójicamente, en la organización de los servicios sanitarios, los sistemas de información han permanecido enquistados durante estos años, manteniendo la carencia de un banco de datos con criterios homogéneos, quizás porque es una deficiencia clave desde la perspectiva de la planificación sanitaria y no una prioridad del mercado.

Por el contrario, la sanidad privada, que es en esencia un modelo competitivo desintegrado, está apostando por subsistemas basados en la cooperación.

Tecnología y dependencia

La circulación de capitales encuentra una vía regia en las nuevas tecno-

logías, en la medida en que los adelantos científicos y las transformaciones tecnológicas en el campo de la medicina requieren una gran aportación de capital, que a su vez genera grandes beneficios en un proceso que no está gobernado por los derechos primarios de los ciudadanos y en donde la prioridad son los intereses de la industria. A modo de ejemplo, en la cardiopatía isquémica, el sistema sanitario da prioridad a la trombolisis, la angioplastia o la cirugía coronaria, mientras coloca en segundo plano a la dieta, el ejercicio físico o la aspirina, que son las medidas más coste-efectivas.

Según el informe de la OCDE de 2002, España cuenta con una dotación de equipos de tecnología equiparable a la media de los 15 de la UE, con un ritmo de crecimiento más alto, con respecto a estos países, en las últimas décadas. Esta expansión tecnológica tiene características que definen su alineación neoliberal:

- Gran protagonismo del sector privado. Así, de los 18 PET en funcionamiento en enero de 2003, 16 son privados. Las resonancias nucleares magnéticas de centros privados lucrativos doblan en número a las RNM de centros públicos...
- Grandes diferencias territoriales en la distribución de las tecnologías con prioridad a las grandes áreas urbanas y mayores niveles de renta.
- El ciclo de innovación es cada vez más corto: la tecnología se incorpora y se difunde sin que haya suficientes evidencias con respecto a la tecnología que suplanta. El ciclo responde a un entramado profesional industrial y financiero de ordenación mercantil, que no evalúa el beneficio social.

Pese al énfasis tecnológico no se observa el mismo esfuerzo en el ámbito de la investigación, generando una creciente dependencia tecnológica con las grandes empresas extranjeras. España invierte poco en investigación y el sector privado español todavía menos.

Según el Servicio de Información de la UE, el cuadro europeo de Innovación en el 2002 es el siguiente:

Indicador	España	Unión Europea
Investigación y desarrollo público / PIB (%)	0,44	0,67
Investigación y desarrollo empresas / PIB (%)	0,52	1,28
Patentes de alta tecnología depositadas en la Oficina Europea de Patentes / millón de habitantes	3,10	27,80

Esto es, la financiación de la investigación es muy pobre y, en consecuencia, la producción investigadora está 9 veces por debajo de la media de la UE.

La situación es todavía más comprometida en el sector privado, si tenemos en cuenta que en las empresas de biotecnología se incluyen las empresas creadas por el Estado (por ejemplo, la Fundación Genoma España creada por los Ministerios de Sanidad y Ciencia y Tecnología) o las CCAA, en donde la aportación privada es minoritaria. Por tanto, la investigación privada en salud se puede considerar puramente testimonial.

LA EXPANSIÓN DEL SECTOR PRIVADO

De la misma forma que hay una tendencia inequívoca hacia la privatización de la gestión, el sector privado también está ganando posiciones en la provisión y la financiación de los servicios sanitarios. Su crecimiento es notable en toda Europa, en donde en la última década se ha invertido la tendencia de predominio del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario privado. Esto es, la participación privada está creciendo a mayor ritmo que la pública.

El gasto sanitario privado en relación con el PIB ha subido en 11 de los 15 países de la Unión Europea y el mayor incremento corresponde a España (64,4%). Sin duda, el sector privado de la salud en España tiene futuro y así lo prueban las inversiones de aseguradoras y empresas sanitarias transnacionales en los últimos tiempos. Por ejemplo, la USP, que es una empresa sanitaria californiana, ha efectuado compras por valor de 241 millones de euros en los últimos tres años, adquiriendo una red de hospitales diseminados por el país (Policlínico Santa Teresa en A Coruña, Clínica Dexeus en Barcelona...).

La sanidad española, cada vez más privada

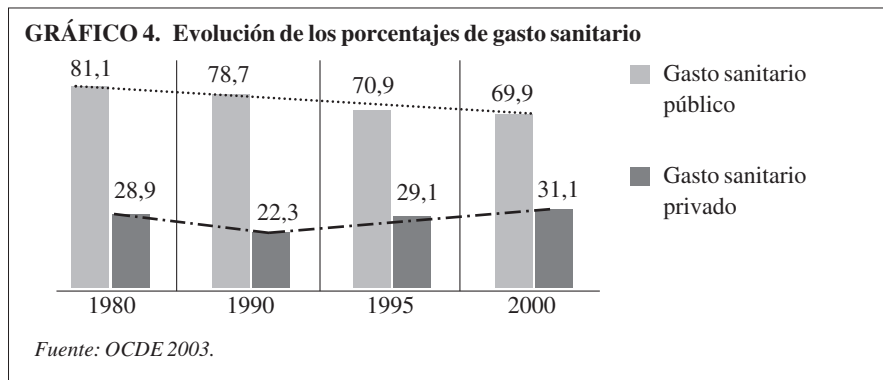
Las privatizaciones han extendido gradualmente su campo de intervención: limpieza, seguridad, hostelería, servicios técnicos y de mantenimiento, laboratorios de análisis, historiales clínicos e incluso servicios de atención a los pacientes, como ocurre con la atención domiciliaria. Más del

Gasto sanitario privado como porcentaje del gasto total en 1999	
Suecia	16,5%
Dinamarca	17,5%
Reino Unido	19,7%
Japón	23,6%
Irlanda	23,5%
Alemania	24,3%
Francia	24,5%
Finlandia	24,6%
Italia	26,9%
Bélgica	28,7%
Canadá	29,3%
Portugal	29,8%
España	29,9%
Australia	30,6%
Austria	30,9%
Holanda	34,1%
Grecia	46,0%
Estados Unidos	56,2%

50% de los hospitales españoles contratan al menos uno de los servicios generales (el más habitual, la limpieza y los menos frecuentes, lavandería y alimentación).

El proceso de externalizaciones ya ha penetrado en el núcleo básico de la atención sanitaria pública (servicios médicos y de enfermería), como es el caso de los modelos de Alzira o Vic y está adquiriendo un peso muy importante en el conjunto de la provisión del sistema sanitario.

Traducido en gasto sanitario en España, en los últimos años la sanidad privada ha traspasado la frontera del 30% del total del gasto sanitario, con una relación entre gasto público / privado favorable a este último.



Ratio Gasto Sanitario Privado / PIB (%):

1993	2003
1,4 %	2,3 %

Hay, pues, un crecimiento de 9 décimas en porcentaje de PIB en los últimos diez años.

Según fuentes del propio sector, este crecimiento debe de ser atribuido al copago de farmacia y, fundamentalmente, a los beneficios que provienen de la tecnología médica (PET, RNM, TAC), en donde tiene una mayor oferta que el sector público.

Las clínicas privadas

Su volumen de negocio en el 2001 fue de 3.219 millones de euros, con un crecimiento del 6,8% con respecto al año anterior. Obtiene las siguientes fuentes de ingresos:

– Volumen total	3.219 millones euros
– Compañías de seguros y mutuas	1.954 millones euros
– Concertación con el sector público	961 millones euros
– Clientela exclusivamente privada	304 millones euros

Hay más centros privados que públicos, pero los privados son de pequeño tamaño: su dotación global de camas es inferior al sector público (32,3% de un total de camas públicas y privadas de 162.179). Sin embargo, en algunas autonomías el número de camas privadas es más elevado (Cataluña 72,65%, Baleares 61,5%).

Tamaño hospitales público/privado	
Número medio camas hospital público	328
Número medio camas clínica privada no benéfica	91

Hospitales y camas públicas / privadas		
	Hospitales	Camas
Público	386	67,7%
Privado	469	32,3%

Otro rasgo que define el sector de las clínicas privadas es su orientación hacia especialidades que tienen mala cobertura en el sector público (con escasez de camas, grandes listas de espera) o que no están incluidas en las prestaciones públicas. La medicina bucodental, la oftalmología, la cirugía estética y la asistencia a las personas mayores son las áreas de mayor desarrollo.

La oftalmología, por ejemplo, ha experimentado una gran demanda debido al monopolio sobre la cirugía de corrección de miopías, hipermetropías y astigmatismos, que no oferta la sanidad pública. Por el mismo motivo, la cirugía estética vive una época dorada (la Corporación Dermoestética prevé un volumen de negocios de 60 millones de euros en el ejercicio de 2003). La operación más solicitada es el aumento del pecho, con un coste aproximado de 4.000 euros por operación.

EL SECTOR PRIVADO DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

Algunos servicios privados son contratados por el sector público, aunque habitualmente esta modalidad no genera competencia entre los proveedores. El sistema hospitalario público contrata con el sector privado (la mayoría sin ánimo de lucro) entre el 15-20% de la provisión hospitalaria total, con la excepción de Cataluña, en donde la contratación externa es 2/3 del total.

El sector privado en el espacio sociosanitario

Como ha quedado reflejado con anterioridad, el espacio sociosanitario es donde mayor desarrollo ha tenido el sector privado. En términos de volumen de negocios, según DBK, las cifras son las siguientes:

- Residencias de la tercera edad (2003): 1.750 millones de euros.
- Crecimiento anual: 11,1%.
- Ayuda a domicilio: 550 millones de euros.
- Crecimiento anual: 16%.

El aseguramiento privado

El mercado de los seguros sanitarios prospera cada año, aun cuando el

rol de las compañías de seguros es todavía relativamente menor, no hay duda que su importancia es progresiva. A ello han contribuido algunas disposiciones normativas que apoyan al aseguramiento privado, en especial la Ley de reforma del IRPF, incluida en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 1999, que introduce exenciones y otras ventajas fiscales en el ámbito de las empresas a fin de que los empleados contraten seguros privados de empresa.

El aseguramiento privado se puede desglosar en varias categorías:

Voluntarios

Las compañías aseguradoras tienen cobertura sobre el 17% del total de la población, con una distribución geográfica heterogénea (en las grandes ciudades este porcentaje puede alcanzar el 20 o 25%) y un número de asegurados próximo a los 8 millones, debido a la contratación de 3,2 millones de pólizas. Estos números crecen persistentemente, en el año 2002 el aumento de primas de seguros fue del 3,6%, con un volumen total de negocio de 3.290 millones de euros. La mayoría de las compañías ofrecen combinadamente servicios médicos y seguros de otro tipo.

Seguros privados en cifras	
Número de pólizas	3.200.000
Crecimiento anual	+ 3,6%
Número de asegurados	8.000.000
Crecimiento anual	+ 4,6%
<i>Fuente: DBK, 2002.</i>	

Por otra parte, se trata de un sector con una gran concentración del mercado: las cinco empresas más importantes absorben el 70% de los seguros. Las cinco grandes son las siguientes:

1. Adeslas.
2. Asisa.
3. Sanitas.
4. Mapfre Caja Salud.
5. DKV Seguros.

Todas con una cobertura que oscila entre los dos millones (Adeslas) y un millón de asegurados, y están desarrollando grandes inversiones en el sector de la salud.

Mutualismo administrativo

MUFACE, ISFAS y MUJEJO (funcionarios, jueces y militares). Estas mutuas ocupan una posición de monopolio (casi público) y pueden representar aproximadamente a 2,5 millones de beneficiarios, alrededor del 6% de la población. La mutua más importante es la de los funcionarios: MUFACE, con 1,6 millones de asegurados, que pueden elegir entre la provisión pública o una provisión privada que está financiada con dinero público (70% del Estado y 30% por contribución de los propios funcionarios). La opción es excluyente, sin embargo es relativamente común que los funcionarios elijan mayoritariamente la provisión privada (90%) y recurran al hospital público para intervenciones complejas o de alta tecnología, pese a que la norma excluya explícitamente esta alternativa. Asimismo, sólo pagan el 30% del precio de los medicamentos. En los últimos años se han incrementado las subvenciones estatales a estas mutuas.

Empresarios que compran servicios privados

1,9% de la población.

Mutuas de accidentes laborales y enfermedades profesionales

Hasta 1996, los accidentes y enfermedades del trabajo eran atendidas por una mutua de la Seguridad Social o por el propio sistema público, pero desde entonces estos servicios han pasado a ser contratados por mutuas privadas, que reciben una parte de la cotización de las empresas para cubrir los riesgos asociados a enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. Como es lógico, esta medida ha potenciado notablemente a las mutuas que, asimismo, tienen competencias en la gestión de las bajas por enfermedad.

EL DISCURSO NEOLIBERAL EN SALUD

La necesidad de consenso social e incorporar a los sectores más amplios, incluso a aquellos directamente perjudicados por sus políticas, de

construir legitimidad encubriendo las verdaderas razones estructurales y de poder, obliga al neoliberalismo a promover nuevos referentes ideológicos: el darwinismo social, el mercado libre globalizado como medio de selección natural en todos los ámbitos; el individualismo; la eficiencia de lo privado; el conservadurismo moral (intransigencia religiosa y de costumbres). En resumen, el pensamiento único, que intenta descalificar el análisis crítico de la realidad.

La crítica a la ineficiencia de la burocracia pública es el complemento de esta estrategia. Un Estado mínimo, limitado al orden público, justicia, defensa y política exterior, que no interviene en los desequilibrios sociales, cuyas deficiencias nunca son atribuidas a la insuficiencia financiera de las políticas de ajuste, sino a fallos estructurales del propio sistema.

Estas ideas invaden los medios de comunicación y llegan a los ojos del candidato a usuario-consumidor con la presunta libertad de elegir según sus deseos individuales. También los profesionales de la salud son blanco preferente de estos nuevos paradigmas que bañan los discursos sobre la gestión, la calidad, la organización y la función de los profesionales y los servicios sanitarios, con el apoyo de opiniones expertas, académicas o de líderes de opinión. El discurso se presenta como la única salida posible con el colapso inevitable del Estado del bienestar y la deslegitimación de las posiciones críticas.

Algunas cuestiones relevantes

La ideología neoliberal ha penetrado con fuerza en el mundo de la salud y su influencia condiciona desde la terminología hasta el núcleo central de las nuevas propuestas sanitarias, sus principales componentes son:

El proceso de salud y enfermedad

La salud deja de ser un bien social, con valor de uso, para transformarse en un bien individual, con valor de cambio. Por su parte, la enfermedad es el resultado de los estilos de vida y los comportamientos individuales, al margen del análisis y la intervención poblacional y colectiva.

Una nueva ética de la salud

La convicción es que la competencia del mercado es una ley natural más

que un concepto humano, en donde las decisiones de los consumidores son siempre las más sabias y la mejor elección es la que produce mayor beneficio. Las fuerzas del mercado son las únicas que pueden resolver los problemas sociales y el ciudadano pierde su condición como sujeto de derecho, entre otros el derecho a la salud, para transformarse en consumidor / cliente, con acceso a la salud como mercancía. La «asistencia gestionada» o de mercado responde al equilibrio de la oferta y la demanda, a la competencia para asignar recursos y al beneficio económico ligado al ahorro (incluyendo las decisiones clínicas y el control de los profesionales por las empresas).

La producción de la salud

El conflicto de la asimetría de información y la selección adversa de los servicios sanitarios no existen para la medicina privada, que considera que el médico actúa siempre por el mejor interés del paciente. Sin embargo, sólo es posible un cierto grado de convergencia, a través de incentivos, entre los intereses del agente (médico) a los del principal (empresa) sin apenas espacio para el paciente. De hecho, el beneficio económico (asociado a altos costes de transacción y complejos contratos) impide una relación de plena confianza médico-paciente como mecanismo de relación.

La libertad de elección

Emblema habitual de las reformas y uno de los componentes estelares del mercado: el apoyo a la capacidad del paciente de elegir los centros sanitarios (la elección de los consumidores). Aun en el supuesto de que el Estado siga financiando, se rompe el balance entre servicios preventivos y curativos, entre servicios de baja y alta tecnología, y se genera un incremento del gasto en vez de controlarlo. Sin embargo, para los defensores de este modelo, estas posibles contradicciones se verían contrapesadas con los incrementos de eficiencia del mercado. Lo cierto es que no puede haber eficiencia si no hay efectividad (que lo que se compra realmente funcione) y esta es una disfunción del mercado sanitario por su incapacidad de definir el producto sanitario y por la incertidumbre de las decisiones. La efectividad es una condición necesaria para la eficiencia, pero no es una característica del mercado, determinado por la fragmentación, el secretismo y los beneficios a corto plazo.

El rol de los profesionales

La lealtad de los profesionales es básica para cualquier sistema sanitario. Cuando Bevan fundó el NHS, realizó un compromiso histórico con la autonomía de los profesionales, consciente de que éstos, en un marco socializado: «de todos según su capacidad a todos según sus necesidades», pueden modificar este precepto por ser los únicos jueces tanto de la capacidad como de la necesidad, aunque se trate de un servicio del Estado y se desarrollen las mismas relaciones de producción que en otros campos.

En el mercado los problemas de los profesionales son diferentes, la gestión clínica se basa en los incentivos –como motor de la práctica clínica– vinculados al riesgo financiero. Los profesionales no sólo han de conseguir lo mejor para la empresa aunque entre en contradicción con los intereses del paciente, sino que deben tener poder real ante el paciente, la organización sanitaria e incluso sobre su propio trabajo. Responsabilidad sin poder, este es el problema.

Tecnología y seudociencia médica

Las inversiones en instalaciones y equipos tecnológicos, con prioridad sobre las medidas básicas, modifican la práctica asistencial y remodelan los sistemas de salud, abdicando de los cuidados continuados: más cura (episódica) y menos cuidado (continuado). Hay un traspaso del peso simbólico del acto de salud, de la relación médico-paciente a la relación aparatología - paciente. El médico se apoya en la tecnología y la usa en demasía para cubrirse frente a juicios por mala praxis y para desligarse de la abrumadora demanda de los pacientes, posicionándose en desventaja frente a la alta tecnología, cuando el mayor valor en los cuidados de la salud no es la tecnología sino los recursos humanos.

La proposición de la ciencia es otro elemento central. La ciencia como valor neutro que se incorpora a la política económica neoliberal como si fuera parte inherente al mismo concepto. La consecuencia es que el conocimiento científico está integrado en la concepción liberal y, por lo tanto, oponerse a la política económica neoliberal es oponerse a la racionalidad científica.

Rasgos básicos del modelo de competencia, en oposición al modelo estructurado (Bodenheimer)

- Dispersión de los recursos y ausencia de coherencia organizativa.

- Flexibilidad de medios y de personal.
- El paciente entra en el sistema en cualquier nivel.
- La primera consulta suele ser de especialistas.
- Énfasis en la especialización y la tecnología con ruptura del balance entre cuidados críticos, especializados, atención primaria, prevención y promoción.
- Pocos médicos generalistas (13% en EEUU frente a 66% en Gran Bretaña).
- Mayores costes de los cuidados.

CONCLUSIONES

La segunda revolución del capitalismo o posindustrial, la de la sociedad de la información, la que nos lleva de la máquina de vapor al ordenador, define una nueva era que decreta la liquidación de la era precedente: la muerte de la ideología, de la política, de la lucha de clases, el compromiso..., para poner en marcha la sociedad del determinismo económico, de los managers, de las élites de la «tecnología intelectual», de la «sociedad de la ciencia», de la jerarquización y del modelo EEUU en todo el mundo. El cambio afecta de lleno a los sistemas de salud, a su concepción y estructuras fundamentales. La sanidad está inmersa en esta dinámica de la globalización contraria a la sociedad del bienestar, los servicios públicos y la propia existencia del Estado. En este contexto es imprescindible salvaguardar la racionalidad colectiva y sus valores de solidaridad y bien común... Hay que afirmar la racionalidad colectiva –la lógica de los intereses generales– que es compatible e interdependiente con la racionalidad individual –intereses individuales–, pero a su vez irreductible.

En los últimos años los sistemas públicos de salud están expuestos a múltiples presiones económicas, políticas, ideológicas, para cambiar sus estructuras, su financiación y su provisión. El denominador común de estas reformas es la competencia, una propuesta que no tiene nada que ver con la calidad de los cuidados y relega las estrategias preventivas y los determinantes sociales de la enfermedad, que impide el cambio de la atención hospitalaria a la comunitaria, que rechaza la participación social en la política sanitaria. La defensa de los sistemas públicos de salud es, pues, la tarea prioritaria, un compromiso que tiene que ir acompañado de una acti-

tud crítica para consolidar y mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia de los propios servicios públicos de salud.

El derecho de un país a organizar su propio servicio de salud está siendo desafiado. Ha llegado el momento de que los ciudadanos exijan de sus poderes públicos un compromiso sin ambigüedad: la salud, la educación, el medio ambiente, la cultura y los servicios públicos esenciales son espacios en los que la Organización Mundial del Comercio no debería tener competencias y en los que los gobiernos y sus parlamentos deben conservar sus plenos poderes.

REFERENCIAS

- Pollock A. Price D.: «Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care systems». *Lancet*, 2000; 356: 1995-2000.
- Stiglitz Joseph: «The insider (Lo que aprendí de la crisis económica mundial)». *The New Republic*, 17 de abril de 2000.
- Tudor Hart J.: Función social de la medicina en el capitalismo incontestado. Conferencia. Perugia, IAHP, Septiembre, 1998.
- Petrella R.: «Mundialización y tecnología». *El País*, 30 septiembre, 2000.
- Navarro V.: «El concepto de la salud pública de las poblaciones y sus implicaciones en la sanidad y la salud». *Revista de Administración Sanitaria*, 2003. 24 (728): 153.
- Álvarez-Dardet C. Peiró S. «Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud». Informe SESPAS 2000.
- Benach J. Urbanos R.: «Objetivo 1: Equidad en salud». Informe SESPAS 2000.
- Bindman A.B. «Whose health care is more efficient?» *BMJ* 2002.
- Coulter A. «Managing demand at the interface between primary and secondary care». *BMJ* 1998; 316: 1974-1976.
- European Observatory on health care systems: Spain 2000. www.observatory.dk
- Martín García M.: «La atención sociosanitaria en España». *Salud 2000*. 1999; 74: 5-8.
- Freire J.M.: «Fundaciones sanitarias públicas». *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 9: 69-92.
- Heath Iona: «Threat to social justice». *BMJ* 1997; 314:598.
- Himmelstein D.U.: «Woolhandler S. Getting more for their dollar». *BMJ*. 2002. 324(7349): 1332.
- Jakab M. Preker A. Hardins A.: «Organizational structure and the external environment». En *Hospitals in a changing Europa*. 2003. pp 177-200.
- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. «Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data». *BMJ* 1999; 318: 1515-1520.
- Martín J.J.: «Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias». Fundación Alternativas. Documento de trabajo 14/2003.
- Mattelart A.: «La sociedad de la información». *Le Monde Diplomatique*, septiembre, 2000. pp 34-36.
- Ortún V. López Casanovas G. *El Sistema Nacional de Salud en España. Informe de una década*. Fundación BBV, Bilbao. 1999.
- Ortún V. Lopez Casanovas G. *Evolución reciente (1987-1998) del Sistema Sanitario español*. Fundación BBV, Bilbao. 1999.
- Pollock A., Shaoult J., Vickers N.: «Private finance and «value for money» in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?» *BMJ*, 2002; 324: 1205-9.

- Revue des Chambres Francaises*. 2003, N° 298: «La sanidad en España».
- Rey J.: *¿Es necesario un nuevo modelo para el Sistema Nacional de Salud?* Temas para el Debate, 1999; 55: 35-36
- Sánchez Bayle M.: «Después de las transferencias sanitarias». *Salud 2000*, 2002;85:3-5.
- Smith R. «Oh NHS, thou art sick». *BMJ* 2002; 324: 127-128.
- Starfield B.: «Is primary care essential?» *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
- Wasson JH, Sasuvigne AE, Mogielnicki P, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al. «Continuity of outpatients medical care in elderly men: a randomized trial». *JAMA* 1984; 252: 2413-2417.

GLOBALIZACIÓN, GÉNERO E INMIGRACIÓN: LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN ESPAÑA

LUCÍA MAZARRASA ALVEAR^{*1}, MARÍA LUISA MARTÍNEZ BLANCO^{**}, ALICIA
LLÁCER GIL DE RAMALES^{***1}, SUSANA CASTILLO RODRÍGUEZ^{**** 1}

INTRODUCCIÓN

La similitud de la situación de discriminación de las mujeres en todo el mundo, caracterizada por la pobreza y la exclusión social, las desventajas frente al trabajo, la violencia sexual y la desigualdad en los puestos de responsabilidad política, tiene consecuencias en su salud que hace que sean necesarias políticas adecuadas para paliar las consecuencias de esta discriminación.

El último ciclo económico, unido a las crisis y los programas de ajuste estructural, han dejado al descubierto la extrema vulnerabilidad de la situación de la mujer: la feminización de la pobreza es un hecho creciente en todo el mundo y especialmente en las sociedades más desprotegidas y en los países más empobrecidos. Los recortes en gastos sociales en educación y salud, la dependencia alimentaria, la marginación crónica del acceso a la propiedad o a los sistemas de financiación, los desplazamientos por proyectos de gran impacto medioambiental, han obligado a millones de mujeres a emigrar a las ciudades o a otros países, donde luchan por sobrevivir asumiendo las ocupaciones más marginales y en ambientes cada vez más xenófobos.

La progresiva globalización del modo de producción capitalista, internacionalizando el mercado de trabajo, provoca el desarraigo de sus lugares de ori-

* Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

** Servicio de Promoción de Salud de la Comunidad de Madrid.

*** Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

**** Dpto. Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid.

¹ Integrantes de la Red de Investigación en Salud y Género (RISG)TM.

Este trabajo ha sido realizado con la financiación de la Red de Investigación en Salud y Género, RISG.

gen de aquellas personas que se plantean la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida trasladando su fuerza de trabajo a países más prósperos, lo que les conduce a un complejo proceso de reinserción en las sociedades receptoras demandantes de mano de obra. Este fenómeno ha supuesto que la población inmigrante en España, en los últimos diez años, se haya cuando menos triplicado.

Lo que caracteriza a esta inmigración económica es la selección de poblaciones—tanto hombres como mujeres—jóvenes y sanas, con capacidad de integrarse en el mercado laboral, pero en las que concurren unas condiciones de vida y trabajo en las sociedades receptoras caracterizadas por la precariedad social y económica que son determinantes de su situación de salud; estas condiciones, a su vez, están mediadas por cómo se desarrollan sus respectivos roles de género, a caballo entre sus sociedades de origen y de acogida.

Desde la comunidad de origen se espera de las mujeres no sólo beneficios económicos a través de las remesas de envío de dinero, sino también la reproducción social y simbólica de un orden de relaciones de dominación de género que implica el cumplimiento de sus roles asignados como madres y esposas. Su cuerpo es sexualizado y convertido en metáfora de la identidad nacional, del honor del esposo y lugar de expresión de la violencia simbólica. Y también en su cuerpo sexualizado y racializado se encarnan significados desvalorizantes con la pretensión de excluirlas del espacio social en el contexto de la inmigración (1).

El enfrentamiento a situaciones sociales y culturales generalmente distintas, inicialmente con escasa seguridad legal y laboral, condicionaría situaciones de discriminación (2) favorecedoras de gran parte de los problemas de salud de la población inmigrante en general y de las mujeres en particular, cuyas causas directas son de complejo análisis (3, 4). La migración económica puede implicar eventos altamente estresantes, incluso con peligro para la propia vida (5), y/o exponer a nuevos riesgos para la salud como son los complejos procesos de readaptación a los que conduce.

Sin embargo, es difícil de valorar la situación de salud con capacidad de discriminar situaciones de desigualdad, lo que se ha constatado en nuestro medio sobre todo desde la perspectiva de clase y género (6, 7). Este hecho es debido tanto a las carencias en la recogida de los datos como a que en su elaboración y difusión no incluyen variables relevantes. A estas lagunas se le suma la invisibilización de la población inmigrante de las fuentes sanitarias, con alguna excepción destacable (8, 9).

EL ENFOQUE DE GÉNERO

La discriminación de clase y etnia interacciona con la de género, constituyendo una trama de asociaciones que condiciona una mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes.

El término género en ciencias sociales y en el pensamiento feminista se utiliza para designar la desigualdad social entre hombres y mujeres. Desigualdad que tiene origen en una asignación cultural de los valores, roles, ritos, costumbres, normas, prescripciones, tareas y limitaciones que se asignan a cada uno de los sexos desde el nacimiento, incluso desde la concepción.

Así, mientras el sexo se refiere sólo a lo biológico, el género se refiere a la construcción social de los seres humanos en función de sus atributos sexuales.

Además de definir la asignación de papeles a hombres y mujeres, el análisis de género define también el tipo de relación que existe entre ambas categorías. El género constituye un principio básico en la organización de la sociedad actual, al igual que lo es la etnia, la clase, la raza, etc.

Esta organización social establece la división sexual del trabajo adjudicando a las mujeres el trabajo reproductivo que no tiene un reconocimiento social ni económico al considerarse ajeno al sistema de producción de bienes y servicios. Además, esta división sexual segrega a las mujeres a sectores productivos considerados apropiados a su «naturaleza» procreadora, cuidadora y transmisora social. Son sectores relacionados principalmente con los cuidados, la sanidad, la educación, las prestaciones a la comunidad, la hostelería, el trabajo doméstico u otros servicios en los que suelen tener salarios más bajos y menor protección social.

Este sistema de organización en función del género establece una jerarquía de poder de un género sobre otro. De forma que aquellos rasgos o actividades asociadas a los hombres gozan de mayor valoración y reconocimiento social, frente a las asociadas a las mujeres que carecen o tienen menos valor. De igual modo ocurre con la asignación en el control y administración de los recursos privados y públicos, mayor en los hombres y prácticamente inexistente en las mujeres, lo que les sumerge en una subordinación global. Este principio organizativo excluye a las mujeres de la toma de decisiones tanto en la vida pública como en la privada.

Esta desigual asignación de poder, las condiciones derivadas de la división sexual del trabajo (con trabajos precarios y peor protección social), los riesgos de la reproducción biológica y de la falta de autonomía en su sexualidad han

supuesto riesgos para la salud de las mujeres evidenciándose de forma más aguda en relación a la propia identidad, con consecuencias sobre su salud mental y física (10).

LA MIGRACIÓN DE LAS MUJERES

Los motivos para la inmigración femenina son amplios y no generalizables, pero son de tal magnitud que más de la mitad de la población inmigrante a escala mundial son mujeres, lo que ha llevado a hablar de una «feminización de las migraciones», hecho influido por factores políticos, económicos y sociales (11). Algunas mujeres emigran por reagrupación familiar, pero otras muchas lo hacen para desarrollar un proyecto migratorio propio, donde confluyen tanto las expectativas personales como un proyecto común en el que familia e hijos dejados en el país de origen dependen de las remesas que ellas les envíen. Las mujeres asumen trabajos acordes con su papel de género en el marco de la internacionalización capitalista de las relaciones de trabajo, con el fin de sacar adelante a sus familias, como sería el caso de las latinoamericanas en España (12), y procedentes de Europa del Este. Este tipo de trabajo que asume «inferiores» condiciones laborales, salariales y de seguridad, un ejemplo de ello sería el trabajo en el servicio doméstico, refuerza objetivamente la discriminación de género.

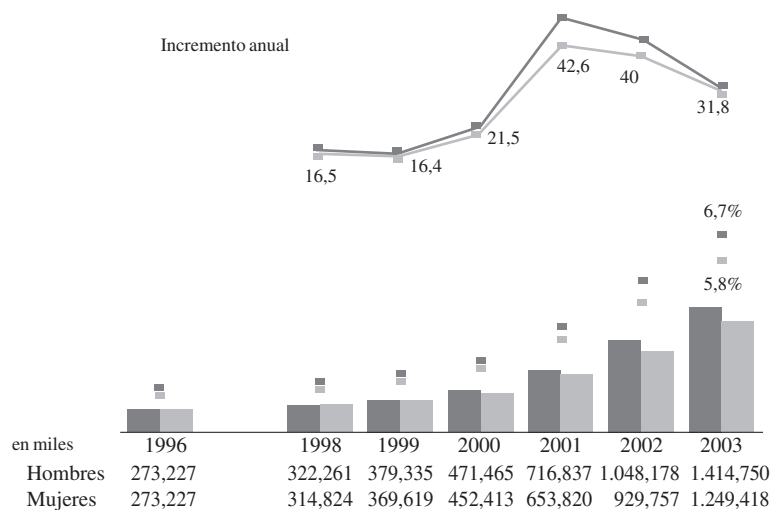
Para algunas mujeres, pues, el hecho de emigrar, sobre todo si consiguen trabajo, puede suponer un incremento de autonomía y libertad, incluso de poder, en relación a la posición que ocupaban en sus países de origen (13). Pero no está tan claro para otras muchas en las que su nueva situación contrasta con la posición de género que previamente ocupaban antes de emigrar (14). Los cambios en las relaciones de género que provoca la emigración, como lo eran sus causas, son por tanto complejos y no generalizables. Los roles de género se modifican con la migración y en el caso de las mujeres se distorsionan sus funciones productiva y reproductiva, se alteran las relaciones de poder y se entremezclan los valores culturales de referencia por la tensión entre las sociedades de origen y de acogida. La resultante será particular y concreta en cada caso y de lo que se trata a efectos de salud pública es de poder detectar situaciones de riesgo para la salud de estas mujeres sobre las que sea posible intervenir. En sociedades como en España, en las que el proceso migratorio es relativamente reciente, va a ser además muy difícil valo-

rar las repercusiones en su salud a largo plazo, incluidas aquellas que afectan a sucesivas generaciones.

SEXO E INMIGRACIÓN EN ESPAÑA: ALGUNAS REALIDADES (15, 16)

En España, en el 2003, estaban empadronadas 1.249.418 mujeres extranjeras, siendo las más numerosas las que proceden de Ecuador (16%), Colombia (11%) y Marruecos (9%). Representaban el 47% del total de extranjeros y un 41% de ellas estarían en situación irregular. Suponían casi el 6% de todas las mujeres residentes en España, con una distribución desigual por comunidades autónomas. Su número total se había multiplicado por 5 desde 1996, por 7 para aquellas procedentes de la Europa comunitaria y por 14 las de América Latina. Las personas que solicitaron asilo en 2003 apenas suponían el 0,2% de la población residente extranjera en España y de ellas 2.048 eran mujeres, la mitad procedentes de Nigeria (gráficos 1 y 2).

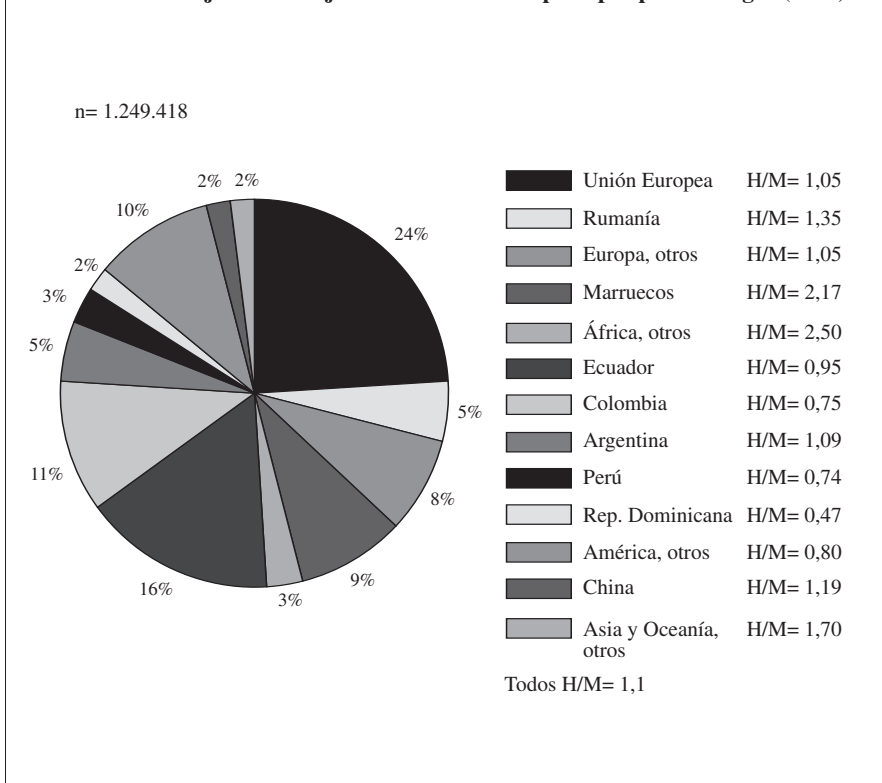
GRÁFICO 1. Población extranjera empadronada



Fuente: INE.

Es una población joven en edad reproductiva: el 67% de las mujeres extranjeras empadronadas tienen entre 20 y 49 años. En el 2003, a nivel del Estado, el 12% de todos los nacimientos fueron de madre extranjera y de ellos, el 45,7%

GRÁFICO 2. Mujeres extranjeras residentes en España por país de origen (2003)



correspondió a mujeres de América (19% de Ecuador y 11% de Colombia), el 26% a mujeres de África (20% de Marruecos) y un 22% a mujeres europeas.

Situación laboral

A lo largo de 2003 se registraron en las Oficinas de Empleo un total de 1.539.547 contratos de trabajo correspondientes a trabajadores extranjeros, lo que supone el 10,50% del total de contratos registrados en España en ese año e implica un incremento del 16,02% respecto a los contratos correspondientes a trabajadores extranjeros suscritos durante 2002. Estos contratos se concentraban fundamentalmente en Cataluña (22%), Madrid (16%), Comunidad Valenciana (13%), Andalucía (9%) y Canarias (6%).

Según régimen de Seguridad Social, 661.498 (67%) trabajadores extranjeros estaban incluidos en el Régimen General (trabajadores por cuenta ajena de

la industria y los servicios), 103.921 (10,4%) en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, 119.501 (12,6%) en el Régimen Especial Agrario, 74.570 (6%) en el Régimen Especial de Empleados de Hogar, 3.035 en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar y 530 en el Régimen Especial de Trabajadores de la Minería del Carbón, entre estos dos últimos representando menos del 1%. Es de destacar que el 45% de trabajadores inscritos en el Régimen de Empleados/as de Hogar son extranjeros, mayoritariamente mujeres, siendo las latinoamericanas y las de los países del Este las más numerosas.

Según continente, el 14,52% trabajadores extranjeros eran nacionales de países pertenecientes al Espacio Económico Europeo, el 11,28% eran europeos no comunitarios, el 32,27% eran africanos, el 36,32% iberoamericanos, 0,19% norteamericanos, el 5,24% asiáticos y el 0,17% nacionales de Oceanía. Según sexo, el 68,68% eran hombres y el 31,32% mujeres. De éstas el mayor número corresponde a iberoamericanas y el menor a africanas y asiáticas. Uno de cada diez afiliados extranjeros de países de fuera del ámbito de la UE es una mujer de Ecuador, siendo las mujeres de este origen el 25% de todas las afiliadas no comunitarias.

La tasa de actividad de las mujeres inmigrantes superaba a la de las españolas en algo más de 11 puntos porcentuales entre 16 y 64 años, aunque es menor que la de los hombres inmigrantes. Las procedentes del Centro y Sur de América y las europeas no comunitarias tenían unas tasas de actividad, en 2001, en torno al 70%, mientras que las africanas se situaban en el 50%, cinco puntos por debajo de las mujeres españolas. Su mayor presencia en el mercado de trabajo se explica por unas tasas de actividad más altas que las de los españoles (varones y mujeres) en edades jóvenes, y por las menores tasas de actividad de las mujeres españolas a partir de los 40-44 años. El grupo de las africanas constituye, por otro lado, una notable excepción, pues presenta las menores tasas de actividad a cualquier edad.

Nivel de estudios

Un rasgo característico de buena parte de la población inmigrante en España es su notable nivel educativo medio según datos del Censo de 2001, que sería, para el conjunto de la población no comunitaria, sólo algo más bajo que el declarado por los españoles en el tramo de edades de 20 a 49 años. Teniendo en cuenta la edad se elimina el efecto de menor nivel educativo medio de los españoles

frente a los inmigrantes por el mayor peso de la población española de edades más altas, a la que se asocian grados formativos más bajos.

Por zonas de nacionalidad sólo los inmigrantes procedentes de Europa y del Centro y Sur de América tendrían un nivel equiparable (bien que ligeramente inferior) al de los españoles, mientras que los procedentes de Asia y, sobre todo, de África lo tendrían claramente inferior. La población africana presenta, además, una proporción mucho más elevada de personas analfabetas (un 10% en el total de 20 a 49 años) o sin estudios (más de un 25% en ese mismo total).

Según el Censo 2001 que hace referencia al nivel de estudios de las mujeres extranjeras, el 3% de mujeres sería analfabeta, el 26% tendría estudios primarios, el 56% estudios secundarios y un 14% estudios superiores.

EL MODELO DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES

La educación, las condiciones laborales y el espacio socioafectivo en el que desarrollan el proceso de integración y síntesis entre su medio de origen y su medio de acogida son tres aspectos fundamentales que influyen en la salud de las mujeres inmigrantes al estar condicionando sus oportunidades sociales por su posición de género (10, 17, 18).

Los dos primeros aspectos nos aproximarían más concretamente a la situación socioeconómica, difícil de valorar especialmente en las mujeres inmigrantes y no siempre directamente explicativa de su situación de salud (19, 20, 21).

Aunque el nivel de formación medio de los inmigrantes de uno y otro sexo es notable, las mujeres inmigrantes tendrían además mayor nivel de estudios secundarios y universitarios que los hombres de igual región de procedencia, hecho comparable por ser similar la estructura etaria. Esta situación va a contrastar con las oportunidades laborales reales de estas mujeres, dándose una situación de discriminación comparativa, que en muchas ocasiones se expresan como malestar y mala percepción de salud (18, 22).

El trabajo es uno de los determinantes que más puede influir en la salud de la población inmigrante en general. En un primer momento la ansiedad y el estrés que provoca su búsqueda y más tarde sus características (monotonía, esfuerzo físico, exposición a tóxicos, accidentalidad, discriminación, etc.), incluidas las propias condiciones laborales (tiempo en desplazamientos, bajos

salarios, precariedad, etc.), son todas circunstancias claramente influyentes en la salud. Con frecuencia habría que añadir respecto al trabajo de las mujeres, la sobrecarga emocional y física que supone la responsabilidad de tener además que ocuparse del cuidado familiar y de los hijos, tanto aquí como en su país.

Las oportunidades de empleo ofertadas en la sociedad receptora a las mujeres inmigrantes son limitadas, independientemente del nivel de formación, siendo relegadas a nichos laborales concretos como el cuidado de personas mayores, enfermas o niños, servicio doméstico, comercio—en muchas ocasiones callejero—, hostelería y restauración. En ocasiones el espacio que les deja el mercado de trabajo se ve reforzado y segmentado por los estereotipos y prejuicios hacia las mujeres inmigrantes al asignárseles frecuentemente características culturales, psicológicas e incluso sexuales que les abocan hacia los sectores peor reconocidos y pagados, cuando no claramente marginales, como es la prostitución (23). Estos trabajos suelen caracterizarse por su inestabilidad, largas jornadas, escasa especialización o no acorde con la capacitación profesional y en muchas ocasiones les hacen trabajar «invisibilizadas», sin contrato o «papeles», favoreciendo así situaciones de discriminación y abuso que van a condicionar en gran parte los problemas de salud físicos o psicológicos de estas mujeres.

En la cuadro 1 se presenta un resumen de las interrelaciones entre las condiciones de trabajo y salud.

Todas aquellas circunstancias materiales, psicológicas y afectivas que determinan las condiciones de vida de estas mujeres, tales como las características de vivienda y convivencia, los espacio/tiempo propios y la redes sociales y de apoyo, van a tener igualmente efectos sobre su salud. La Encuesta Nacional de Fecundidad del año 1999 (24) proporciona datos de convivencia: el 15% de las mujeres extranjeras de 15-49 años tendrían pareja estable en el hogar (19% de las UE), el 2% fuera del hogar (8,6% de las africanas) y más de la mitad estarían casadas (67% de las latinoamericanas), en contraste con un alto porcentaje de «hogares sin núcleo» entre los varones de la Europa no comunitaria y africanos; aunque se desconoce en qué proporción las mujeres tendrían sus maridos e hijos en España o en sus países de origen. En general, los datos disponibles sobre las condiciones de vida de las mujeres inmigrantes son escasos y no generalizables ya que proceden de encuestas o estudios planteados con otros objetivos (25, 26, 27).

De manera especial, el apoyo social se considera un determinante de la salud con efectos positivos directos y «de choque», porque reduce el impacto del estrés y de las situaciones de vulnerabilidad. Hay que considerar que en una

CUADRO 1. Salud y condiciones		
Condiciones	Problemas físicos	Problemas
Largas jornadas	Cansancio	
Lugar para comer: soledad, escasez, dificultades de adaptación	Epigastralgias	
No seguridad física	Accidentes: caídas...	
Exposición a productos tóxicos (pesticidas...)	Intoxicaciones, lesiones dermatológicas, alteraciones menstruales, infecciones	
Agresiones morales	Violaciones, abusos sexuales y verbales	
Escasa especialización	Accidentes	
Desajuste con la especialización profesional		Baja autoestima
Monotonía, rutina		Estrés, inestabilidad
Inestabilidad laboral		Ansiedad. Depresión
No cotización Seguridad Social		Invisibilidad, vulnerabilidad
Aislamiento, ausencia de relaciones socioculturales		Pérdida de autoestima

proporción importante son mujeres en proceso de inserción: un 33% de mujeres extranjeras llevaban residiendo en España un año o menos (29% de los hombres), sobre todo las europeas no comunitarias (40%) y las latinas (39%) (28). Este apoyo se expresa en el desarrollo de redes sociales informales que muchas mujeres inmigrantes forman, con mayor o menor fuerza dependiendo de los distintos colectivos y que se plasma en ayudas económicas entre amigos y parientes, apoyo para la crianza de los niños, ayudas en la búsqueda de empleo o compartir vivienda y gastos (12).

EL MARCO LEGAL Y LA ATENCIÓN SANITARIA

El marco legal de referencia no sólo actúa como condicionante directo o indirecto de sus condiciones de vida y trabajo, sino que específicamente establece las circunstancias de acceso a los servicios sanitarios.

Cualesquiera sean los problemas de salud con los que se enfrentan las mujeres inmigrantes, su prevención, detección y tratamiento se dan en el marco del sistema sanitario español que se oferta a estas poblaciones según la legislación vigente. Ésta regula el derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros en España inscritos en el padrón municipal, que es el requisito necesario para la obtención de la tarjeta sanitaria. Si bien se detectan barreras tanto para la inscripción en el padrón municipal como para la obtención de la tarjeta sanitaria (64). En octubre de 2003 el número de ciudadanos extranjeros con tarjeta sanitaria para personas sin recursos económicos suficientes ascendía a 619.598, lo que supone un incremento del 9,26% respecto a enero de este mismo año. El 60,45% de los extranjeros con tarjeta sanitaria eran iberoamericanos (15).

Para aquellas personas que no tienen tarjeta sanitaria, la ley contempla su asistencia en situación de urgencia sanitaria, o ante enfermedades graves o accidentes hasta la situación de alta médica, o a menores y embarazadas en cualquier circunstancia (29, 30).

Además se contempla lo dispuesto en reglamentos sanitarios internacionales (31) y se prevé la exigencia de un certificado sanitario en la frontera acreditativo de no padecer ninguna enfermedad cuarentenable. Hay que recordar que normas anteriores garantizaban –en cualquier situación legal– la asistencia sanitaria y demás servicios públicos a los menores (32) y la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto a las mujeres gestantes (33). La nueva reforma del Reglamento de Extranjería¹, en la medida que legalice situaciones irregulares en las que están muchas personas inmigrantes, debería contribuir a mejorar el acceso a los servicios sanitarios.

PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES*

Partiendo de un enfoque de género, se han seleccionado determinados aspectos que se han considerado específicos y potencialmente diferencia-

¹ www.la-moncloa.es, 30-12-2004: Real decreto por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

* Nota: Parte del contenido de este epígrafe está publicado por las autoras en el capítulo «Caracterización de algunos problemas de salud de las mujeres inmigrantes en España y de sus determinantes» del libro *Globalización y Desigualdad de Género* editado por Paloma de Villota en la Editorial Síntesis actualmente en imprenta (2004), si bien se ha actualizado e incluido nueva bibliografía.

les en relación a los hombres inmigrantes, tales como la salud mental, la salud sexual y reproductiva incluyendo el acceso a los servicios específicos y la violencia de género (34).

Sin embargo, queremos resaltar, de acuerdo a algunas investigaciones, que para muchas mujeres inmigrantes, independientemente de su lugar de origen o nivel de estudios, la salud no se vivencia como una prioridad (22, 35) siendo el trabajo el que ordena fundamentalmente su discurso. Otros problemas como la obtención de los «papeles», vivienda, familia y remesas, todos condicionados al hecho de tener trabajo, ocupan un lugar prioritario atribuyéndoles el hecho de sentirse mal física y/o psíquicamente.

Salud mental

Es un hecho aceptado que el proceso migratorio se considera una situación de «crisis», ya que las personas por lo general se enfrentan a procesos similares a los de duelo, debido a la ruptura o interrupción de los vínculos afectivos en los países de origen (36). Esto ha llevado a considerar la inmigración como una situación que pone a los individuos en riesgo para su salud, derivado fundamentalmente del esfuerzo que supone la adaptación a nuevas situaciones y circunstancias vitales (37, 38). Dicho proceso adaptativo puede estar influido por varios factores entre los que se encuentran las semejanzas o diferencias de culturas, la receptividad e integración en el país de destino y la propia personalidad de la persona inmigrante, así como su trayectoria vital antes y durante el proceso migratorio. La interacción y evolución de estos factores tendrá un resultado positivo o negativo en relación con la salud mental.

En el caso de las mujeres inmigrantes es importante considerar que la discriminación de género a la que están sometidas, tanto en sus países de origen como en las sociedades receptoras, constituye una carga añadida al proceso migratorio. Aunque las circunstancias no son generalizables, la ruptura con sus medios y redes de apoyo, la separación en muchas ocasiones de los hijos, parejas y/o familiares, y el acceso a un mercado laboral limitado, precario y con escasas posibilidades de mejora, puede generar en estas mujeres sentimientos de frustración y baja autoestima que repercuten directamente sobre su salud.

A semejanza de lo descrito en aspectos diferenciales de género en salud mental (39), algunos estudios (40, 41, 42) han descrito que las mujeres inmigrantes sufren mayor número de trastornos depresivos y de ansiedad en rela-

ción con los hombres, incluso en las segundas generaciones, siendo los trastornos psicossomáticos frecuentes en ambos (3). En nuestro medio todavía son escasos los estudios sobre salud mental en población inmigrante y no suelen analizar aspectos diferenciales de género.

Una encuesta realizada en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid en población inmigrante, con un 42% de mujeres, entre los principales problemas de salud en el último año se encontraban los dolores musculares, de cabeza y la sintomatología nerviosa y depresiva (43). En atención primaria, sobre los motivos de consulta más frecuentes en una población inmigrante adulta sin regularizar y constituida en un 67% por mujeres jóvenes iberoamericanas, la depresión (11%) y el dolor de espalda (11%) constituyeron la segunda causa en importancia (44). También en Madrid, en un consultorio local de medicina de familia, en una muestra de mujeres iberoamericanas empleadas fundamentalmente del servicio doméstico, se detectó algún tipo de trastorno mental en un 62%, siendo los más frecuentes posibles somatizaciones (cefaleas, dolor de huesos, alteraciones en la regla o molestias gastrointestinales), ansiedad y alteraciones del estado de ánimo (35%), incluida la depresión. Si bien la muestra era pequeña, los autores destacaban en estas mujeres una mayor frecuencia de estos trastornos que la detectada con el mismo instrumento en población general (45). Sin embargo, en otro estudio realizado en un área básica de salud en Barcelona (46) sobre trastornos mentales en minorías étnicas, no aparecieron diferencias significativas con la población autóctona, si bien la población inmigrante—un 47% mujeres— tendía a presentar más síntomas de somatización y depresivos.

En general, en consultas de atención primaria, se considera pertinente tener en cuenta esta sintomatología cuando se valora el estado de salud de las mujeres inmigrantes, si bien hay que prever algunas limitaciones como el riesgo de categorizaciones erróneas al provenir de medios culturales diferentes. Por todo ello se hace necesario desarrollar instrumentos adaptados a los distintos colectivos que resulten válidos y fiables para caracterizar y medir los problemas de salud mental en estas poblaciones (47).

En atención especializada, en dos consultas de neurología ambulatoria en Madrid, sobre datos de primeras visitas de pacientes inmigrantes adultos, con predominio de mujeres (62%), el diagnóstico más frecuente fue la cefalea tensional, seguida de la patología neuromuscular. La cefalea se relacionó con la problemática familiar, laboral o adaptativa propia de la situación de inmigración (48). En otro estudio en una unidad de urgencias adscrita a un hospital

almeriense para determinar el perfil clínico del paciente inmigrante que acude con crisis de ansiedad, se determinó que se trataba mayoritariamente de hombres (71%), sobre todo magrebíes, que asociaban el cuadro a problemas de adaptación (49).

En cuanto a los aspectos de seguimiento, en un reciente artículo sobre pacientes psiquiátricos hospitalizados en cuatro centros de corta estancia de Madrid, se destaca que la continuidad de la atención tras el alta está más relacionada con las condiciones socioeconómicas que con el grupo étnico. Aunque no se diferencia entre hombres y mujeres, el factor más asociado con la interrupción de la continuidad de la atención tras el alta hospitalaria era el ser extranjero sólo si su ingreso mensual es menor de 240 euros (50).

Salud sexual y reproductiva

Las mujeres que vienen a nuestro país con la inmigración económica son mayoritariamente mujeres en edad fértil, y por tanto es fundamental tener en cuenta su historia sexual y reproductiva ya que el proceso migratorio asociado en ocasiones a situaciones de precariedad condicionan mayor riesgo sanitario, con posibles diferencias culturales en las prácticas sexuales y reproductivas.

Proceden en su mayoría de países con tasas de fecundidad superiores a la de España, que en el 2003 era de 1,30 hijos por mujer. El número de hijos nacidos de madre extranjera en España casi se ha duplicado en los últimos tres años, pasando del 6% del total de nacidos vivos en el 2000 al 12% en el 2003, según los datos del Movimiento Natural de la Población (51).

Los problemas detectados en relación con el embarazo en mujeres inmigrantes se asocian a un deficiente o tardío control del mismo (52, 53) que podrían relacionarse con un escaso hábito de realizar estos controles en sus países de procedencia por deficientes desarrollos de los sistemas sanitarios y/o de los programas de prevención. Algunos estudios realizados en España hablan de un incremento de la patología del embarazo, parto y puerperio como preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas o bajo peso al nacimiento (54), si bien en este último punto existen discrepancias. En efecto, un estudio hospitalario de casi 5.000 niños nacidos de madres inmigrantes evidenció variaciones de peso, talla y perímetro craneal de los niños según la nacionalidad materna (55), normales a juicio de los autores, poniendo de manifiesto la necesidad de realizar más estudios epidemiológicos

y de seguimiento de estas mujeres.

Son muy pocos los datos existentes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres inmigrantes en España, dado que el registro estatal del IVE no recoge la variable país de origen y hasta muy recientemente no se han publicado los datos de alguno de los registros autonómicos que sí lo hacen. Como antecedentes comentar que en el período 1998-2002 en un distrito sanitario andaluz, sobre 224 solicitudes de IVE, se observó un aumento significativo de las mismas en población inmigrante (56). Los escasos datos existentes proporcionados por una red de clínicas privadas implantada en varias comunidades autónomas (57) mostraban un incremento progresivo de IVE entre las mujeres inmigrantes en los últimos años, pero era de difícil valoración por el aumento paralelo de la población inmigrante. En una clínica de Madrid en el 2002, el 40% de 7.432 IVE fueron en mujeres inmigrantes y en otra de Málaga los datos alcanzaron el 26% de las realizadas entre enero y septiembre del mismo año. Se destaca que hasta un 37% de estas mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo y un 13% usaban métodos poco fiables (58).

Son datos de algunos registros autonómicos, los de la Comunidad de Madrid para el 2003 en el que se realizaron 18.743 IVE. De las 15.632 IVE realizadas en mujeres residentes en la misma, el 47,5% correspondieron a mujeres inmigrantes y para un 2,9% de mujeres se desconoce su país de origen. El informe correspondiente señala algunas diferencias en las características: sociodemográficas, reproductivas y de las circunstancias de la realización de la IVE entre la población autóctona e inmigrante analizada y que se resumen a continuación: las inmigrantes eran algo más jóvenes y en mayor proporción que las españolas convivían en pareja, estaban casadas, tenían más hijos, referían antecedente de IVE y no habían acudido a un centro de planificación familiar en los dos años previos; además, las mujeres inmigrantes en mayor proporción el motivo de la IVE había sido la salud de la madre, la IVE había sido concertada y era más tardía en cuanto a semanas de gestación (59).

Para la Comunidad Valenciana hay información recogida de una muestra de centros que realizan la IVE y que agrupaban el 54% de todas las notificadas en 2003, señalando que el 31% correspondieron a mujeres extranjeras. Los patrones explicativos de la IVE asientan en componentes de edad, laborales, culturales y de marginalidad, siendo los dos últimos a su vez los que diferencian a las mujeres inmigrantes de las autóctonas (60).

Un estudio cualitativo realizado con entrevistas a personal sociosanitario del circuito de derivación, atención y realización de IVE en la Comunidad de Madrid

durante 2003/4 señala la existencia de circunstancias específicas para las mujeres inmigrantes, sobre todo en el proceso de anticoncepción y en la obtención de la financiación pública de la IVE que se sintetizarían como sigue (61):

IVE en mujeres inmigrantes

Circunstancias del embarazo no deseado que conduce a la IVE:

- No uso de anticonceptivos (por interrupción, por dificultad de adecuación y/o compra de los anticonceptivos que venían utilizando en sus países de origen; por resistencia de la pareja al uso del preservativo).
- Uso de métodos anticonceptivos inadecuados.
- Riesgo asumido (IVE como método anticonceptivo; embarazo como falso mecanismo de escape en circuitos de prostitución).

Factores asociados a la decisión de la IVE:

- Razones laborales de base económica.
- Antecedente de maternidad satisfecha.
- Falta de apoyo a la crianza. Temor al conflicto con la pareja si el embarazo ha sido fuera de esa relación.

Barreras detectadas:

- Inadecuación horaria y de lista de espera de las consultas de control de la anticoncepción.
- Escasez de la oferta, falta de transparencia, demoras y burocratización del circuito público de la IVE.
- Imprevisión del control de la anticoncepción posterior a la IVE.

Respecto al conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos, la información disponible contempla datos de los países de origen que varían en función de las fuentes consultadas, la edad, el medio de procedencia de la mujer (rural o urbano) o su nivel de escolarización. Sin embargo, nuevamente existe poca información sobre utilización de métodos anticonceptivos de las mujeres inmigrantes en España. Un estudio realizado en Cataluña que comparaba el conocimiento, uso y actitudes ante los métodos de planificación familiar entre mujeres españolas e inmigrantes latinoamericanas, concluyó que éstas tenían un menor nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia, preservativo y diafragma y un menor uso de los métodos antes mencionados y de los anticonceptivos orales frente a una mayor utilización del

DIU, comparadas con las españolas (62). Así mismo, en otro estudio realizado con mujeres dominicanas residentes en Madrid, se observó que hasta un 25% refería no utilizar ningún método anticonceptivo en España, independientemente de su situación de pareja, siendo el preservativo el método más frecuentemente mencionado (53%) (63).

Son por tanto necesarios más estudios de utilización y aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos eficaces en los distintos colectivos de mujeres inmigrantes en nuestro país para poder abordar de forma adecuada sus necesidades en materia de salud reproductiva y anticoncepción.

Dentro de las prestaciones en materia de reproducción y sexualidad, el sistema sanitario público afronta el problema de ofrecer una atención sensible a las necesidades y demandas de los distintos colectivos de mujeres inmigrantes. En una encuesta realizada en 1998 a 107 mujeres inmigrantes filipinas, marroquíes y ecuatorianas residentes en la Comunidad de Madrid (64), de 35 años de edad media, se evidenció que un 42% habían utilizado los servicios ginecológicos en España por motivos diferentes a embarazo y/o parto. Este porcentaje es bajo si se compara con el correspondiente de mujeres españolas entre 25 y 44 años, que fue de 83% en 1997 (65). Se han detectado una serie de barreras en relación con la actuación de los y las profesionales y/o del propio sistema que deben tenerse en cuenta a la hora de elaborar programas de actuación específicos y entre los que mencionaremos la dificultad de comunicación lingüística y cultural, la incompatibilidad de horarios, el desconocimiento del sistema sanitario o la falta de recursos económicos para acceder a determinados métodos anticonceptivos (58-64). Otros estudios han puesto de manifiesto la influencia del nivel socioeconómico como barrera indirecta de acceso a programas preventivos ginecológicos por parte de las mujeres inmigrantes (66).

Se considera que las mujeres inmigrantes son un grupo especialmente vulnerable a la infección por VIH/SIDA debido a las desigualdades de género que las sitúan en una posición de inferioridad para decidir sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, unido además al escaso poder de utilización del preservativo por motivos culturales, religiosos o económicos (67). El 2,9% del total de casos de SIDA diagnosticados en España desde el inicio de la epidemia corresponden a personas originarias de otros países. Aunque el porcentaje es bajo, la tendencia ha sido creciente y la proporción anual de casos diagnosticados en extranjeros ha pasado del 0,9% en 1992 al 14% en el 2003 (68), si bien es difícil valorar si este aumento es real o responde al incremento de la población inmigrante, por otra parte difícil de determinar por sus circunstancias de

parcial regularización. La mayor proporción de casos se da en hombres, siendo más de tres veces superior a los de las mujeres. En ellas, la región de origen más frecuente es África (39%), seguida de Latinoamérica (31%) y la principal vía de transmisión son las relaciones heterosexuales de riesgo (69).

La posibilidad de que las *mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución* tuvieran una alta prevalencia de VIH acorde a la registrada en sus países de origen no se confirma en diversos estudios que señalan en estas mujeres bajas prevalencias de uso de drogas inyectadas y de VIH (70, 71, 72), destacando no obstante la mayor prevalencia en las mujeres procedentes del África subsahariana (69). Sin embargo se apuntan otros problemas de salud, como es el elevado número de abortos y también un acceso desigual a los servicios sanitarios siendo muy inferior en las mujeres que ejercen en la calle (71). Las transexuales que ejercen la prostitución (73) –en su mayoría inmigrantes y procedentes de Ecuador– plantean problemas de salud específicos (74).

La invisibilidad de estas mujeres es todavía más acusada que en otras actividades laborales, ya que suelen ser irregulares –en su mayoría– y su número es indeterminado. En los últimos años su importancia ha aumentado en relación a las españolas, y en 2002, Médicos del Mundo estimaba que constituían más del 70% de las mujeres atendidas en su Programa de Atención a las personas que ejercen la prostitución (alrededor de 5.000). De ellas, la mitad eran latinoamericanas, 38% de África subsahariana y 5% de Europa del Este (73). Sin embargo, el origen varía según el dispositivo asistencial desde el que se valore y así, desde las consultas de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), son mucho más importantes las latinoamericanas, indicando indirectamente distintas conductas preventivas (71). Las mujeres subsaharianas se configuran como el grupo más vulnerable, no sólo frente a las ITS, sino también frente al VIH, por su juventud, desarraigo afectivo, falta de integración y de acceso a los servicios (73).

Violencia de género

La violencia contra las mujeres es una de las violaciones más graves de los derechos humanos. Aunque la violencia de género es una práctica ampliamente extendida, toma diferentes formas y tiene diferentes manifestaciones según las culturas, siendo aún aceptada socialmente en algunos países al amparo de la defensa de tradiciones culturales. En todas las sociedades actua-

les las mujeres y las niñas siguen siendo víctimas de violencia, independientemente de su clase social, estado civil, nivel educativo e ingresos.

Las expresiones de la violencia de género y sus consecuencias sobre la salud de las mujeres son múltiples y variadas tales como muerte, suicidio, heridas graves y leves, agresiones durante el embarazo, mutilación genital femenina, violaciones con consecuencias de embarazos no deseados (especialmente en adolescentes), ITS y SIDA, vulnerabilidad a las enfermedades, problemas mentales y desórdenes psicoafectivos.

En el caso de las mujeres inmigrantes, factores tales como la soledad, la pobreza, el desarraigo y la exclusión social, el tipo de trabajo y sus condiciones, la situación jurídica y legal y la falta de redes de apoyo hacen que se generen situaciones de mayor riesgo de sufrir violencia y/o una mayor dificultad para prevenirla (75).

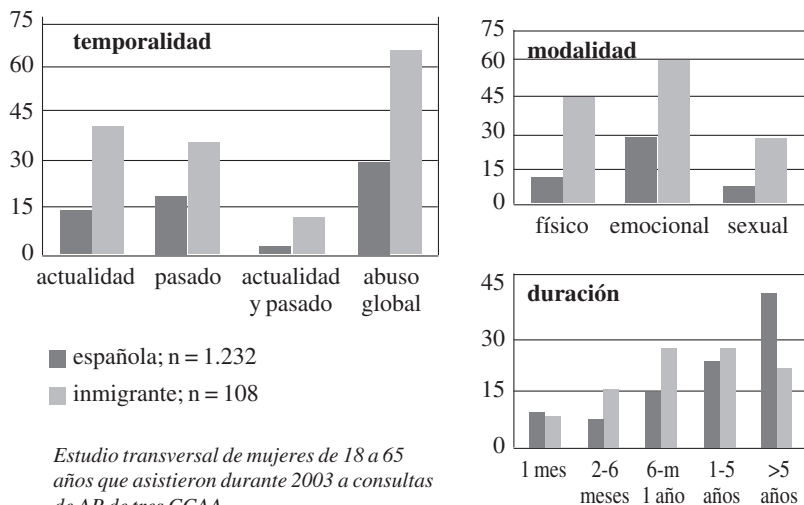
Según datos publicados referidos al 2000, el 30% del total de denuncias por malos tratos registradas en España fueron presentadas por mujeres inmigrantes (76) y eran también inmigrantes el 30% de las mujeres atendidas en asociaciones de asistencia a víctimas de agresiones sexuales (77).

En una investigación realizada recientemente por la Red de Investigación de Salud y Género (RISG) (78) en consultas médicas de atención primaria de tres comunidades autónomas en España, las mujeres inmigrantes decían haber sufrido más violencia de su compañero íntimo –tanto física, psíquica como sexual– a lo largo de su vida (64,8%) que las españolas (29,5%) sobre una población respectivamente de 108 y 1.232 personas. Aproximadamente un tercio de las inmigrantes eran ecuatorianas. El tiempo de duración de la violencia era menor en las inmigrantes sin poder determinar en qué medida podía haber sido interrumpida por el proceso migratorio y tomaban más iniciativas que las españolas tanto en la denuncia como en la separación del cónyuge; sin embargo, contaban con menos apoyo social y familiar que las españolas (79) (gráfico 3).

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

- Se está haciendo un esfuerzo importante por incorporar la perspectiva de clase y género en la investigación epidemiológica y de salud pública en nuestra comunidad científica, pero tendría que incluir también la dimensión de etnia/origen, que sintetiza otros muchos determinantes que pueden expli-

GRÁFICO 3. Violencia contra la mujer en la pareja. Características del maltrato. Proporción de mujeres (%)



car la salud de las poblaciones en un mundo en migración, lo que plantea retos conceptuales y metodológicos. Las fuentes de información sociosanitaria deberían incorporar las variables oportunas que permitan discriminar si se producen desigualdades por razón de género, clase o etnia (80). En algunas fuentes y registros habría que revisar la presentación de sus resultados de forma que se garantice la posibilidad de analizar los fenómenos con esta triple perspectiva.

- La inmigración enfrenta al sistema sanitario español con sus limitaciones en la consecución de alternativas que tengan en cuenta las necesidades y problemas de las mujeres y hombres inmigrantes. Mejorar la accesibilidad de los servicios sanitarios tendría que pasar principalmente por una financiación adicional en función del aumento de la población habida en estos últimos años por la inmigración y a la supresión de las barreras que están dificultando la obtención de la tarjeta sanitaria. La adecuación del sistema sanitario a esta nueva realidad pasaría por la formación y sensibilización del personal de salud en su conjunto y por la incorporación de mecanismos de refuerzo asistencial que, entre otras cosas, contemplara figuras de mediación sociosanitaria, del mismo género, que facilitaran la comprensión cultural en la atención a los problemas y en la promoción de salud de esta población.

- La mujeres inmigrantes están sustituyendo a las mujeres españolas en el espacio doméstico, en su función reproductiva –incluyendo el cuidado de niños, ancianos y discapacitados– y, en gran medida, permitiéndoles su propia incorporación al mercado laboral al no haber recursos sociales públicos que garanticen estas funciones. Pero lo están haciendo en muchos casos a costa de una precariedad laboral a la que se someten por su situación de discriminación. Los poderes públicos deberían reconocer la función social que las mujeres, españolas e inmigrantes, desempeñan en lo doméstico y reconvertir este espacio privado en público, garantizando unas condiciones laborales dignas y no discriminadas. Como señala Helga María Hernes en *El poder de las mujeres y el Estado del Bienestar*, el desarrollo de servicios públicos de atención a las personas es crucial para el empoderamiento de las mujeres al repartir el trabajo doméstico y crear numerosos empleos, hasta ahora en la economía sumergida, aumentando el poder económico y la autonomía de las mujeres (81), condiciones básicas para vivir saludablemente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carmen Gregorio Gil, Carmen Agrela. *Mujeres de un solo mundo: globalización y multiculturalismo*. Ed. Colección Feminae Universidad de Granada, 2002 .P.11-33
- (2) Krieger N. «Discrimination and Health». En Berkman L, Kawachi I,eds. *Social epidemiology*. Oxford : Oxford University Press; 2000.p. 36-75.
- (3) Carballo M., Divino J.J., Zeric D. «Migration and health in the European Union». *Med Int Health* 1998; 3: 36-44.
- (4) Dunn J.R., Dyck I.«Social determinants of health in Canada’s immigrant population: results from the National Population Health Survey». *Soc Sci Med* 2000;51:1573-93.
- (5) «La muerte de 10 inmigrantes eleva a 25 las víctimas de pateras en dos noches en Canarias». *El País* 2003 Agosto 2; p.14.
- (6) Benach J., Urbanos R.M. «Objetivo 1: Lograr equidad en salud». En Álvarez Dardet C, Peiró S eds. *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p.51-55.
- (7) Rohlfs I., Borrell C., Anitua C., Artazcoz L., Colomer C., Escriba V. et al. «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud». *Gac Sanit* 2000;14:146-55.
- (8) INE. *Estadística detallada de causas de muerte 2000*. [accedido julio 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- (9) Castilla J., Sobrino P., Nogueira I., De la Fuente L., Belza M.J., Barrasa A. et al. *VIH y Sida en España. Situación Epidemiológica 2001*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- (10) Izabella Rohlfs y Lucía Mazarrasa. «Género y Salud». En Mazarrasa, Germán; Sánchez M; Sánchez G.; Merelles, Aparicio. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. p.533-555
- (11) Carballo M., Grocutt M., Hadzihasanovic A. «Women and migration: a public health issue». *World Health Stat Q*. 1996; 49:158-64.
- (12) Gregorio C. «Los movimientos migratorios del Sur al Norte como procesos de género». En De Villota P. Ed. *Globalización y género*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p. 259- 88.
- (13) Losada T., Al-Taqa B. *La mujer inmigrante marroquí en España*. Ponencia del Con-

greso Mujeres, Democracia y Desarrollo en el Magreb 1993, Madrid: Sep 23-25 [accedido julio 2003]. Disponible en http://www.afrol.com/es/index_ms.htm.

(14) Gregorio C, Ramírez A. «¿En España es diferente...? Mujeres inmigrantes dominicanas y marroquíes». *Papers* 2000; 60: 257-73.

(15) Ministerio del Interior. *Anuario estadístico de extranjería 2003* [accedido diciembre 2004]. Disponible en: <http://www.mir.es/dgei>

(16) *La inmigración y el mercado de trabajo en España*. Consejo Económico y Social. 2004

(17) Sanz B., Castillo S., Montoya P., Ros M., Bada E. «La salud de la Población inmigrante». En Mazarrasa- Germán-Sánchez M. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. p. 1635-64.

(18) Mazarrasa L., Castillo S. «Salud, Género e Inmigración». *Salud* 2000 1999; (71): 18-21

(19) Iglesias E., Robertson E., Johansson S.E., Engfeldt P., Sundquist J. «Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age». *Soc Sci Med* 2003;56:111-24.

(20) Reijnveld, S.A.«Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?». *J. Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298-304.

(21) Cooper H. «Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health». *Soc Sci Med* 2002;54: 693-706.

(22) Castillo S., Mazarrasa L., Sanz B. «Mujeres Inmigrantes hablando de su salud». *Index de Enfermería* 2001; 34:9-14.

(23) Gregorio C. «El proceso de integración social de las mujeres inmigrantes». En Díaz-Aguado, M.J. et al. *Las mujeres inmigrantes y su integración social*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales; 1995. p. 47-69.

(24) INE. *Encuesta Nacional de Fecundidad 1999* [accedido julio 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es>

(25) Mazarrasa L., Martínez M.L., Castillo S., Pazos A., Llácer A., Colomo C. et al.«Prevención del VIH-SIDA en la población inmigrante. Una estrategia de promoción de Salud basada en la educación entre iguales». 10º Congreso de SESPAS; 2003 Santander. Mayo 27-30; *Gac Sanit* 2003; 17 (suppl): p.19.

(26) Sanz B., Torres A., Schumacher R. «Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid». *Aten Primaria*. 2000 Sep 30;26(5):314-8.

(27) «Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme». *Med Clin (Barc)*. 1999 Feb 20;112(6): 215-7.

(28) INE. *Encuesta de Población Activa (2003: 1er trimestre)* [accedido agosto 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es>

(29) Ley Orgánica 8/2000 reforma de la 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración Social (Dic.22,2000).

(30) Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración Social 4/2000 (Ene.11,2000).

(31) Real Decreto 1418/1986 sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior (Jun.13,1986).

(32) Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996 (En.15,1996)

(33) Castillo S. «La salud de la población inmigrante». En Garay J, Fernández C, García MA. *La atención primaria de salud ante la población inmigrante*. Madrid: Fundación CEMS; 2002. p. 3-28.

(34) WHO. *Gender and Health: technical paper*. Ginebra : WHO; 1998

(35) Castillo S., Mazarrasa L. «Salud y Trabajo: una relación problemática en los discursos de la mujer inmigrante». *Ofrim* 2001; suplementos: 101-12.

(36) Díaz M. «Salud Mental en población inmigrante». En *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales nº 18. Madrid: Consejería de Servicios Sociales; 2003.p.133-203.

(37) Ugalde A., Solas O. *Inmigración, salud y políticas sociales*. Serie de Monografías EASP. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.

- (38) Tizón J.L. «Migraciones y Salud Mental: recordatorio». *Gac Sanit* 1989; 13:283-9.
- (39) WHO. *World Health Report 2001. Mental Health*. New Understanding. New Hope. Geneva:WHO, 2001.[accedido en diciembre 2003]. Disponible en: <http://www.who.int/whr 2001>.
- (40) Olivós X. «Variables psicosociales y salud mental en la inmigración». II Congreso sobre Inmigración en España. Madrid, 5-7 octubre de 2000 [accedido en agosto 2003]. Disponible en: <http://www.insersomigracion.upco.es>.
- (41) Carlson J., Ballabriga M.C. «Salud mental infanto-juvenil en inmigrantes». *Psiquiatría.com*. 2001; 5 (4).
- (42) Atxotegui J.« Los duelos de la migración. Una aproximación psicopatológica y psicosocial». II Congreso sobre Inmigración en España. Madrid, 5-7 octubre de 2000 [accedido en agosto 2003] Disponible en : <http://www.insersomigracion.upco.es>.
- (43) Sanz B., Schumacher R., Torres A . «¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud?». *Ofrim*, suplementos 1998 (junio): 15-24.
- (44) Esteban y Peña M.M. «Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes 'sin papeles' en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid)». *Aten Primaria* 2001; 27: 25-8.
- (45) Herrero M., González E., Valverde T., Caballero L. «Utilización del Cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes». *Med Clin (Barc)* 2001; 1;117: 716-7.
- (46) Pertíñez J., Viladrás L., Clusa T., Menacho I., Nadal S., Muns M. «Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona». *Aten Primaria* 2002; 29: 6-13.
- (47) García-Campayo J.; Sanz C. «Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío». *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187- 91.
- (48) Martínez-Salió A., Oliet C., Porta-Etessam J., Bermejo-Pareja F. «Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en una consulta de neurología extrahospitalaria». *Neurología*. 2003 Oct;18(8):425-30.
- (49) Vargas D.A., Parrilla F.M.,Martínez S.M., Cárdenas D.P, Cárdenas A., Díaz M.A. «Crisis de ansiedad en inmigrantes, un nuevo reto para el médico de urgencia». *Emergencias* 2004;16:62-65.
- (50) Gotor L., González- Juárez C. «Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid». *Soc Psychiatry Psychitric Epidemiology* 2004; 39: 560-568.
- (51) INE. «Movimiento natural de la población 2002» [accedido agosto 2003]. Disponible en : <http://www.ine.es>
- (52) Carballo M., Nerukar A. «Migration, refugees, and health risks». *Emerg Infect Dis*. 2001;7(3 Suppl): 56-60.
- (53) INSALUD. *Atención de la población inmigrante en el INSALUD de Madrid: propuestas de mejora*. INSALUD 2001. (Documento Interno).
- (54) Martínez F., Sánchez Dehesa M., Carazo B. ,Soriano F. «Control del embarazo en mujeres inmigrantes en el HCU Lozano Blesa. Libro de las VIII Jornadas Científicas de la Fundación Index; *Cuidados de enfermería en una sociedad multicultural*; 2003 Jun 6,7 y 8.; Zaragoza. España. p. 17.
- (55) Armada M.I., Alonso T., Alonso P. *Aspectos epidemiológicos de los hijos de madres inmigrantes nacidos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid*. Toko-Gin Prac 2002; 61: 125-33.
- (56) Barroso P., Lucerna M.A., Parrón T. «Evolución de la interrupción voluntaria del embarazo en un distrito sanitario. Planteamiento de nuevas estrategias». *Gac Sanit* 2003;17(supl 2):116.
- (57) Clínica Dator [accedido en agosto 2003]. Disponible en <http://www.clinica-dator.es>
- (58) Serrano I. «La salud sexual de las mujeres inmigrantes». *Diálogos* 2003 Sept; (56): p. 25-26.
- (59) López-Gay D., Izarra C., Peña-Rey I., Gil A., Monteagudo O. «Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, 2001-2003». *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* Nº 2. Volumen 10. Febrero 2004, pp 89-107.
- (60) Bosch S., Martínez- Beneito M.A., Zurriaga O., Molins T. «Análisis de las características diferenciales de las inmigrantes que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo». *Gac Sanit* 2004;18 (supl 3):147.

- (61) Bosch S., Martínez- Beneito M.A., Zurriaga O., Molins T. «Análisis de las características diferenciales de las inmigrantes que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo». *Gac Sanit* 2004;18 (supl 3):147
- (62) Serrat F., Marzal B., Almirall M.R. «Conocimientos y uso de los distintos métodos anti-conceptivos: comparación entre mujeres españolas y centro-sudamericanas». VI Congreso de la Sociedad Española de Contracepción; 2002 Marzo 5-8. *Rev Iberoam Fertil Reprod Hum* 2002; 24: 124.
- (63) Darder M., Bolaños E., Torres A. «Actitudes y experiencias en el uso del preservativo en mujeres inmigrantes dominicanas de la Comunidad de Madrid». XVII Reunión Científica de la SEE 1999: Octubre 27-29 Santiago de Compostela; *Gac Sanit* 1999; 13 (supl 2): 80.
- (64) Sanz B., Castillo S., Mazarrasa L. «Factores asociados al uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad Madrid». *Metas de Enfermería*, vol.7, nº1, 2004. pp26-32.
- (65) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997 [accedido en julio 2003]. Disponible en: <http://www.msc.es/salud/epidemiología>
- (66) Sánchez V., Rohlf I., Borrás J.M., Borrell C. «Migration within Spain, level of education, and cervical cancer screening». *Eur J Cancer Prev* 1997;6:31-7.
- (67) ONUSIDA *Movilidad de la población y SIDA*. (Colección Prácticas Óptimas del ONU-SIDA; Ginebra.; abril de 2001 [accedido en agosto 2003]. Disponible en : <http://www.unaids.org>.
- (68) *Situación de la epidemia de VIH en España/sida en inmigrantes*. Octubre 2004 [accedido diciembre 2004]. Disponible en : <http://www.msc.es>.
- (69) *Situación de la epidemia de VIH en España/sida en mujeres*. Octubre 2004 [accedido diciembre 2004]. Disponible en : <http://www.msc.es>
- (70) Belza M.J. «Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000-2001». *Eur J Epidemiol* 2004; 19(3):279-282.
- (71) Belza M.J., Clavo P., Ballesteros J., Menéndez B., Castilla J., Sanz S. et al. «Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid». *Gac Sanitaria* 2004;18(3):177-183.
- (72) The EPI-VIH Study Group. «HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects». *Sex Transm Infect* 2002;78:250-54.
- (73) Rodríguez M.A., Rodrigo J., Bermejo A. *VII Informe de Exclusión Social*. Médicos del Mundo 2002.[accedido en agosto 2003]. Disponible en: <http://www.medicosdelmundo.org>
- (74) Belza M.J., Llácer A., Mora R., de la Fuente L., Castilla J., Noguer I., Canellas S. «Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle». *Gac Sanit* 2000;14:330-7.
- (75) Bernardo S. «Mujer e Inmigración». *Revista Aequalitas* 2001; nº6 [accedido agosto 2003]. Disponible en : <http://www.noticias.juridicas.com>
- (76) Garzón R. «El 30% de las denuncias en 2002 por maltrato fueron de extranjeras». *El País* 2003 Agosto 12; p. 23.
- (77) Martín M.A., Díaz M. «Factores condicionantes del nivel de Salud». En: Alonso A., Huerga H., Moreda J. *Guía de atención al inmigrante*. Madrid: SMMFYC; 2003. p.45-54
- (78) Ruiz I., Álvarez M., Plazaola J., de Santiago M.L., Díaz C., Palomo M. y Arnalte M. «Violencia contra la mujer en la pareja. Estudio de prevalencia en el ámbito de la atención primaria». *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 3):75.
- (79) Llácer A., Mazarrasa L., Castillo S. y Martínez M.L. «Salud, Género e Inmigración». *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 3):159.
- (80) Krieger N. «Glosario de epidemiología social» *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 480-90.
- (81) Fórum de Política Feminista. Ley de Dependencia y Educación infantil. XIV Taller. Madrid: Fórum de Política Feminista; 2004. p.7-10.

EFFECTOS DE LA GLOBALIZACIÓN SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD. EL CASO DE GRAN BRETAÑA

PETER FISHER*

Globalización es un término que se usa actualmente para describir la aceleración de un proceso que viene ocurriendo durante siglos. Engloba la integración de los sistemas económicos, movimientos de capital y la liberalización del comercio.

Tiene potencialmente buenos y malos efectos. Los partidarios entusiastas ven la globalización como una promoción del crecimiento económico, que argumentan que debe tener beneficios económicos y sociales así como que la concentración del poder producirá sencillamente una «economía de escala» que llevará a una mejor eficiencia, mientras que las desregulaciones suministrarán incentivos a la inversión extranjera para trasladarse a las regiones más pobres.

Sin embargo, en tiempos modernos ha aparecido un nuevo fenómeno que ha desatado alarmas en muchos sectores. El poder económico y la toma de decisiones que estaba antiguamente en manos de las naciones-estados está hoy en día cada vez más en manos de corporaciones (empresas) transnacionales cuya actividad no está de ninguna manera regulada por ninguno de los procesos democráticos normales y sólo podría estar, de modo significativo, influida por acuerdos internacionales, no por las acciones de un solo país. Las consideraciones electorales corrientes, que influyen en la política de una nación, claramente no lo consiguen aquí, pero por otra parte es tal el poder de algunas corporaciones multinacionales que pueden cambiar la política de los gobiernos.

El movimiento antiglobalización, y las ampliamente difundidas protestas que tuvieron lugar en la reunión de la OMC en Seattle en 1999 y en otras ciudades, desde entonces se han centrado en la amenazas a los países en desarro-

* Presidente de la National Health Consultant's Association.

llo. Pero la globalización tiene sus inconvenientes para muchos países ricos en el mundo desarrollado.

La OMC juega un papel clave. Se formó en 1995 para:

- Bajar los impuestos de importación.
- Quitar las barreras al libre mercado.
- Resolver las disputas del comercio.

Oficialmente es un encuentro (asamblea) de representantes de gobiernos, pero las organizaciones transnacionales forman parte de todos sus comités más importantes. Hay una cierto número de áreas relativas a la sanidad:

1. Restricciones en las políticas de seguridad de los alimentos. Para restringir el comercio un país tiene que mostrar evidencias científicas de riesgo para la salud. Ser cauteloso no es una opción.

2. Restringir las barreras al comercio. Un acuerdo de la OMC estipula que en una «disputa comercial», los productos deben ser comparados con productos análogos, comparables, sin tener en consideración los métodos o prácticas implicadas en su producción. Por consiguiente, los países no pueden prohibir carne de animales alimentados con hormonas o antibióticos. Los EEUU argumentan que los cultivos modificados genéticamente son técnicamente comparables a los no modificados, así que no deberían ser discriminados. Los «procedimientos artesanales» o los patrones de seguridad no son tomados en cuenta, por lo que hay prejuicios en contra de adoptar normas de seguridad o salud si suponen un aumento de los costes.

3. El tratado de protección en el comercio de los derechos de autor/intelectuales (TRIPS) tiene como repercusiones sanitarias:

- La obtención de patentes. Conducen al desarrollo de nuevos fármacos, pero también restringen el acceso por los precios.
- Patentar plantas usadas durante mucho tiempo por los indígenas.

La industria farmacéutica lucha mediante numerosos lobbies por conseguir contratos más fuertes y potentes para mantener los precios de los nuevos fármacos.

El Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (AGCS) es crucial. El AGCS cubre 160 sectores de servicios, pero pocas personas se han dado cuenta de que sanidad, servicios sociales, educación y vivienda están también incluidos. Cubre el movimiento de los proveedores y los consumidores a través de las fronteras para recibir y abastecer la atención sanitaria y también la inversión extranjera en sanidad. El sector servicios genera 2/3 de la economía y de los empleos de los EEUU. Ha habido poco conocimiento público sobre la

manera en la que la privatización de los servicios públicos a nivel nacional está relacionada con las políticas de expansión del comercio global de la OMC, del FMI y del Banco Mundial. Habría que preguntarse si es una casualidad o forma todo parte de un plan bien preconcebido para ocultar información clave.

El encuentro en Seattle en 1999 fue una culminación para la expansión de los mercados privados mediante la eliminación de las barreras a los movimientos de bienes, servicios y capital. No estaba ampliamente comprobado que tuviera mayor focalización en los servicios públicos, pero con la caída de los beneficios de la industria manufacturera tradicional hubo una nueva orientación, en la proporción del PIB empleado en servicios públicos (aproximadamente el 15% en salud y educación en Europa).

Documentos de información (artículos introductorios) de la OMC indicaban que las reformas encaminadas hacia el mercado en muchos países habían abierto perspectivas para que se produjera un incremento en la importación de servicios, mientras que en el pasado la propiedad pública de la atención sanitaria lo había dificultado. Con un mercado interno sanitario declinante, el gobierno de los EEUU estaba intentando abrir los sistemas de atención sanitaria de otros países a la competencia internacional. AGTS permite a la OMC abrir los servicios públicos. Inicialmente 134 países se adhirieron al AGTS, pero no los suficientes adquirieron el compromiso de mercado específico sanitario que hiciera que los servicios sanitarios fueran accesibles a la competencia extranjera.

Un objetivo importante de Seattle fue fortalecer este compromiso y se propuso un plan para denegar a los gobiernos el derecho de proteger sus servicios públicos. Bajo las reglas del AGTS actuales, los gobiernos podrían proteger la sanidad y los servicios sociales definiéndolos como servicios del gobierno o servicios públicos. Para que cumplan estas características deben ser suministrados gratuitamente. Donde hay una mezcla de financiación pública y privada, como es el caso de los copagos o de los seguros privados, o hay subvenciones para infraestructuras no privadas, el sector servicios debería abrirse a la competencia.

Los procedimientos de acuerdo en las disputas de la OMC permiten a un Estado miembro cambiar las leyes internas de otro. Los gobiernos pueden ser denunciados por establecer leyes para proteger su sanidad pública si restringen el libre comercio. Estados Unidos ha abierto varios procedimientos contra leyes de otros países que imponían regulaciones en el libre mercado.

EEUU juega un papel clave como la única superpotencia y es la única entre

todas las naciones industrializadas que no provee a todos sus ciudadanos de atención sanitaria. Su actitud está basada en el concepto de que la sanidad es un servicio comercial y por consiguiente un beneficio en potencia convirtiéndolo en artículo de consumo –durante los años 90 fue uno de los sectores que creció más rápido en la Bolsa de Nueva York–. En otros países industrializados ha podido haber alguna implicación del sector privado, pero la sanidad ha sido generalmente vista como algo que debe ser «suministrado» a todos, ya sea por el Estado o por organismos sin ánimo de lucro. Pero los acuerdos del GATT y la OMC están cuestionando el derecho de los países a organizar sus sistemas de salud.

Históricamente, la propiedad pública se lo ha puesto difícil a los proveedores del sector privado de la asistencia sanitaria estadounidense para comercializar sus servicios en países extranjeros, pero esto está cambiando y la Coalición de Industrias de Servicios en EEUU está pidiendo que se permita una presencia mayoritaria de propietarios extranjeros en todos los servicios sanitarios. Tales tendencias y amenazas se aplican a todos los países desarrollados, pero Gran Bretaña (GB) es especialmente vulnerable por numerosas razones.

La globalización en general está más desarrollada en GB. Es verdaderamente la única economía industrial globalizada sin limitaciones, con su sector industrial dominado cada vez más por empresas extranjeras –por ejemplo la industria del motor, que aunque es todavía una industria muy importante y donde hay más empleo en GB, está actualmente casi por completo en poder de intereses y empresas extranjeras.

Las restricciones en los flujos de capital son menores que en la mayoría de las otras economías importantes, incluidos EEUU y Japón. Hay propiedad extranjera significativa en nuestros antiguos servicios públicos, privatizados en los 80 y 90. Hay por supuesto una circulación en ambos sentidos con nuestros bancos, fondos de jubilación e inversión en viviendas, invirtiendo una mayor proporción del capital nacional en el extranjero que otros países europeos. Ese es el trasfondo nacional que condiciona el particular reto a nuestro sistema de atención sanitaria. Aquí de nuevo existen factores que lo hacen especialmente vulnerable.

En 1996, el editor del *British Medical Journal* comunicó que los líderes de planes de ordenación sanitaria se habían reunido en México para contemplar las posibilidades de realizar negocios internacionalmente. Los negocios, los intereses empresariales tienen el imperativo de crecer continuamente y se estaban quedando sin pacientes adecuados en su propio país. Estuvieron mirando

una lista de países, algunos desarrollados otros menos, pero Inglaterra no estaba en la lista porque se pensó que nuestro sistema de salud suministraría pocas oportunidades para los beneficios.

Pero eso fue en 1996, desde entonces las cosas han seguido avanzando. Un editorial en la misma revista a finales de 1999 se refería a la tensión entre la política sanitaria nacional y las exigencias de cumplir con los acuerdos comerciales supervisados por la OMC. Esto fue después de la conferencia de Seattle realizada el año anterior, en la cual se distribuyó un artículo manifestando que «EEUU es de la opinión de que las oportunidades comerciales existen a lo largo de todo el espectro de los recursos de la sanidad y la protección social, incluyendo hospitales, recursos para pacientes no hospitalizados, clínicas, sanatorios y servicios proporcionados en los domicilios». Poco tiempo después se planteó en el Parlamento un cuestión sobre otro documento de la OMC que se preguntaba: ¿Cómo pueden asegurarse los miembros de la OMC que las continuas reformas en los sistemas nacionales de salud se basan en el mercado de manera relevante? En su réplica el ministro dijo: «El acuerdo en la comercialización de los servicios establece que cada país abrirá al mercado los servicios que quiera y no tiene obligación de abrir ningún servicio que no quiera». Pero en el gobierno diario, con todas las presiones que reciben los políticos y con su visión muy centrada en el corto plazo, no es fácil asegurar que se van a adoptar las decisiones correctas y no vaya a producirse un desplazamiento lento hacia la mercantilización. De muchas maneras, en GB las decisiones que ya se han tomado en sanidad (al igual que en otros servicios públicos) están siendo rediseñadas de tal forma que las están haciendo muy vulnerables.

a) **Hospitales:** El Reino Unido fue uno de los primeros países desarrollados en introducir contabilidad comercial al sector público, un sistema conocido como «cargos de capital». Esto significa que un porcentaje del coste capital de todos los fondos activos tiene que ser devuelto al gobierno cada año, como si estuviera produciéndose un beneficio para los accionistas. Esto se aplica en los hospitales y es parte del sistema de mercado que se ha acordado para los hospitales autónomos (Trusts), dirigidos por un directorio o consejo de directores. La atención primaria ha sido reorganizada en Trusts similares, que también se tienen que comportar de forma comercial.

b) **La atención a largo plazo:** En 1980 hubo un gran crecimiento en la «atención a largo plazo» privada. Privadamente, se ponen en funcionamiento casas para los ancianos que pueden reclamar una parte de su financiación de los residentes que las eligen a los fondos públicos. Las leyes no permitan a los

hospitales o a las residencias de las autoridades locales reclamar esos fondos, así que hubo incentivos para movilizar a la gente a las instituciones privadas. La mayoría de los centros de «atención a largo plazo» públicos fueron cerrados.

c) La **Iniciativa por la Financiación Privada** (PFI): Es un método denominado de proyectos con fondo capital, que introduce la inversión de capital privado en el sector público y que fue puesto en marcha por el anterior gobierno conservador, denunciado por el Partido Laborista cuando éste estaba en la oposición, pero desde que entraron los laboristas en el gobierno han continuado la política con entusiasmo. En lugar de que «la Tesorería» financie el proyecto, un consorcio del sector privado es invitado para diseñar, construir, financiar y dirigir el proyecto. A cambio, el NHS arrienda el edificio, con un pago anual de renta a cargo del presupuesto del hospital por la duración del contrato, que suele ser de unos 30 años, 60 como máximo. Normalmente los servicios de soporte han sido sustituidos por el consorcio, que emplea la plantilla para estos servicios. El PFI se ha presentado como una iniciativa que permite el acceso del sector público al capital privado, pero actualmente permite al sector privado acceder a los fondos públicos, algunos de los cuales van en provecho de los accionistas (aumentando la rentabilidad de las acciones) o a pagar intereses más altos de lo que hubieran sido en caso de que el dinero hubiera sido prestado por la Tesorería de forma convencional¹. Durante este período los edificios son propiedad del consorcio, que los puede vender a otros intereses comerciales y no hay forma de excluir a compradores extranjeros.

La situación al final del contrato es incierta y es muy pronto para que haya habido algún caso suficientemente desarrollado para que puedan verse todos los problemas que genera. De cualquier manera, estamos viendo ahora cómo están funcionando los nuevos hospitales del PFI. Fallos de diseño y capacidad son acontecimientos habituales, contradiciendo a los entusiastas que proclaman que la mejor eficiencia es innata del sector privado, habrá que hacer compensaciones extras por las desviaciones de los costes por encima de lo previsto. Esto ya ha forzado un replanteamiento, particularmente en la capacidad, pero ahora los cada vez más altos costes para proveer una acomodación adecuada están creando problemas financieros y se plantean la imposibilidad de costear el modelo.

¹ Nótese la similitud del sistema del PFI con las concesiones administrativas que está haciendo la Comunidad de Madrid para la construcción de los nuevos hospitales (nota del traductor).

d) **El presupuesto del NHS** estaba planteado para ser distribuido de acuerdo a una asignación capitativa antes de la introducción del mercado, cuando el servicio estaba dirigido localmente por un responsable de la autoridad sanitaria en un área geográfica. Posteriormente, con los hospitales trusts independientes y competitivos, se cambió para basarse en la actividad y los pagos por paciente tal como le gustaba al Banco Mundial porque permitía la sustitución de lo público por financiación privada por medio de cargos, copagos y seguros privados.

e) Un paso más en este sentido será el **establecimiento de las *Foundations Trusts***. La legislación que permite el establecimiento de estas fundaciones trusts, las cuales tienen el propósito declarado de dar una mayor autonomía local y libertad financiera a los hospitales, se aprobó finalmente a finales de 2003, pero sólo tras grandes dificultades debido a una oposición fuerte tanto dentro como fuera del Parlamento.

Estos hospitales serán totalmente independientes y la propiedad no será del Estado y sí del comité de dirección local. Tendrán el poder para pedir dinero a los mercados, y para reunir el dinero con que devolver los préstamos que soliciten, comercializarán sus servicios y serán capaces de entrar a formas empresariales con compañías privadas. No estando implicados ni obligados por los acuerdos nacionales, serán capaces de variar los plazos y las condiciones de su plantilla. Sobre las críticas que están teniendo algunos hospitales que con este estado conduciría a dos grados de servicio, el gobierno respondió afirmando que este plan era para que todos los hospitales se convirtieran en *Foundation Trusts* en un período de cinco años².

Para muchos observadores, las fundaciones y el sistema de mercado, que será potenciado por este tipo de organizaciones cuasi-empresariales, presentan un gran paso para la privatización. El gobierno proclama lo contrario –que la presencia de personas ligadas a las localidades en las fundaciones, de alguna forma bloquearía una venta al sector privado–. De cualquier forma, no es difícil prever que un determinado comprador potencial podría hacer una oferta «imposible de rechazar». Hemos tenido ejemplos de esto en casos en los que los arrendatarios de las autoridades locales han sido persuadidos para votar la transferencia a una compañía independiente bajo la convicción de que era la única manera para poder llevar a cabo el mantenimiento y los arreglos de servicios públicos.

² En este caso se copia una iniciativa española, las fundaciones puestas en marcha en Galicia y luego desarrolladas más ampliamente por los gobiernos del PP, y que han sido rechazadas por el PSOE (nota del traductor).

Los cambios descritos hasta ahora facilitan la futura incursión de capital y compañías extranjeras y podrían, por consiguiente, ser tenidos en cuenta como problemas potenciales antes que como problemas actuales, pero un paso más allá ha tenido lugar a la vez, con algunas buenas noticias para el NHS.

El gobierno ha prometido un mayor incremento anual de la financiación con el objetivo de alcanzar la media de la Unión Europea en gasto sanitario en el 2008. Los «comentaristas» han sido rápidos (y correctos) en señalar que la capacidad no puede incrementarse de la noche a la mañana, y esto se aplica también al «adiestramiento» del personal. Por lo tanto, hay un problema para los próximos años que tiene que ser obviado en favor de los pacientes de hoy, y esto es, por supuesto, un imperativo político para un gobierno que encara unas elecciones para mediados del 2006. Con el fin de tapar esta fisura, el gobierno ha intentado atraer a enfermeras entrenadas y doctores cualificados de otros países desarrollados y también ha impulsado el tratamiento de algunos pacientes del Servicio Nacional de Salud en hospitales privados en el extranjero. Ambas cosas podrían ser consideradas como una forma de globalización de la salud, pero ninguno de los dos parece que juegue un papel importante. Se han introducido otras iniciativas para abordar las listas de espera que comportan utilizar el sector sanitario privado para el tratamiento de pacientes del sistema público a expensas del gasto público. Esto se ha hecho de varias formas, con equipos de la sanidad pública usando pequeños espacios en hospitales privados, o llevando a cabo la totalidad del tratamiento por personal del hospital privado. Como en todos los casos donde los principios de mercado y la competencia se introducen en los sistemas de salud, es el tratamiento a corto plazo (los procesos agudos), típicamente la cirugía electiva, el que puede ser más fácilmente aplicado y el que, por consiguiente, consigue la mayor atención en detrimento inevitable de otras formas de cuidados en enfermos crónicos.

Una nueva iniciativa desarrollada ha sido la creación de lo que inicialmente fueron llamados Centros de Diagnóstico y Tratamiento, pero la palabra diagnóstico ha sido posteriormente abandonada. Estas unidades estaban separadas del hospital general, reservado únicamente para procedimientos a corto plazo y de esa manera «protegido» de la incursión de los pacientes de urgencias –un problema frecuente sobre todo durante el invierno–. Algunas son móviles actualmente. Algunas hasta ahora han sido administradas y poseídas de forma privada y ahora tenemos algunas administradas por compañías de salud del extranjero (más bien del otro lado del océano). Una en particular ha

sido la responsable de la controversia –una unidad móvil quirúrgica para operar pacientes con cataratas, dirigida y dotada de personal por una compañía de Sudáfrica–. Así como también viola el principio de que no deberíamos contratar plantilla de países en vías de desarrollo, algo que el gobierno de Sudáfrica nos ha pedido expresamente, amenaza con desestabilizar el Oxford Eye Hospital quitando el trabajo y la financiación de allí. Aunque la lista de espera en Oxford está disminuyendo y situándose por debajo del objetivo, el hospital del Servicio Nacional de Salud ha sido avisado de que tiene que desviar pacientes con cataratas al sector privado que ha demostrado ser más costoso. Así que no estamos encarando los riesgos teóricos solamente, sino que en la actualidad las compañías privadas de salud de otros países están estableciéndose en el NHS y obteniendo ingresos garantizados a cargo de los fondos públicos.

En principio estos contratos, incluyendo al sector privado, se explicaron como una medida a corto plazo hasta que la futura financiación fuera capaz de construir un Servicio Nacional de Salud que adecuara la capacidad y la plantilla a los niveles necesarios para mantener una asistencia de calidad, pero ahora está muy claro que el gobierno pretende que sea una figura permanente.

Cuando los miembros del NHSCA se reunieron con Alan Milburn, el que luego sería secretario de Estado de Sanidad, le preguntaron sobre este tema y su respuesta fue que la única manera de atraer a las empresas extranjeras era el hacerles contratos a largo plazo.

El gobierno ha manifestado que ve el NHS del futuro como un comisario de la salud en el ámbito de los proveedores, que estarían en el sector público, el privado y el voluntariado, antes que ser el proveedor, como en el pasado. También ha expresado la perspectiva de que si el tratamiento es gratuito en el momento del uso, no importará a los pacientes de quién o dónde proceda ese tratamiento.

Pero se trata de una perspectiva muy corta. Si se establece que una parte importante de la asistencia sanitaria viene de empresas privadas, y por consiguiente el NHS no está construido para responsabilizarse de todos sus compromisos, dependerá peligrosamente de agentes sobre los que tendrá poco o ningún control.

Me parece muy probable que la «dirección» de la política del gobierno es el ciclo electoral y la necesidad de obtener resultados rápidamente. La utilización del PFI para construir hospitales sin considerar las consecuencias a largo

plazo y la implicación del sector privado para abordar las listas de espera son la consecuencia de este modelo de pensamiento que sólo considera el corto plazo.

Desafortunadamente, de seguir en esta dirección, el NHS se ha abierto a la privatización y caerá en manos de empresas extranjeras, lo que bajo las reglas de la OMC será imposible de resistir.

Traducción: Pedro Avedillo

SISTEMAS DE GESTIÓN EN EL NATIONAL HEALTH SERVICE

PETER FISHER*

Se trata de un tema complejo y que causa una cierta irritación y confusión entre los profesionales del Reino Unido. Para hacerse una idea de lo que hemos tenido que soportar, sólo hay que decir que la reciente legislación sobre las fundaciones hospitalarias es el decimoctavo cambio administrativo en los últimos veinte años.

No es preciso desarrollar todos los detalles, por ello trataré de escoger los puntos claves, y entre ellos también incluiré alguno de fondo político.

RECUERDO HISTÓRICO

Antes de la Segunda Guerra Mundial hubo un gradual desarrollo legislativo sobre cuestiones sanitarias y sobre la regulación de las profesiones sanitarias.

Los hospitales eran una mezcla de los de beneficencia, que eran independientes, y los que eran dependientes de los gobiernos locales.

Una vez que la guerra comenzó, todos fueron sometidos a un control nacional como Servicios Médicos de Urgencias, organizados sobre una base regional.

La organización regional:

- Coordinó los hospitales.
- Supervisó la formación y la distribución de los profesionales sanitarios.
- Fundó nuevas estructuras, como el servicio de transfusión de sangre.

Hubo un importante debate acerca de lo que debería suceder después de la guerra, con diferentes puntos de vista entre los hospitales de beneficencia, los gobiernos locales y los médicos.

* Presidente de la National Health Consultant's Association.

Salió elegido un gobierno laborista en 1945 con la promesa de fundar un Servicio Nacional de Salud, y el ministro de Salud, Aneurin Bevan, tomó la decisión de nacionalizar los hospitales.

Entonces tuvimos un sistema tripartito.

Hospitales controlados por las juntas directivas regionales, de los cuales 14 radicaban en Inglaterra, 5 en Escocia y uno en Gales (los hospitales docentes tuvieron sus propias juntas directivas). Cada hospital general (y cualquier pequeño hospital rural en su área) tenía su propio comité de gestión.

Médicos de familia (con dentistas, ópticos y farmacéuticos) quedaron prácticamente independientes, pagados y supervisados por una autoridad diferente.

Servicios de Salud Pública (servicios comunitarios, vacunaciones, servicios de bienestar social, educación sanitaria...) quedaron en manos de los gobiernos locales.

Desde su fundación, el Servicio Nacional de Salud (NHS) tropezó gradualmente con dificultades, ya que los fondos no crecían a la par que el incremento de los costes y las expectativas públicas. La proporción de PIB gastado en salud caía por debajo de otros países desarrollados.

Después de 1974, gobiernos sucesivos, particularmente los conservadores, trataron de resolver el problema, incrementando con frecuencia los cambios organizativos. Aunque estas reorganizaciones se referían principalmente a los niveles de gestión, introduciendo una autoridad sanitaria a nivel de distrito (población por encima de medio millón de habitantes) y cambios en los métodos de decisión, la estructura básica quedó intacta durante mucho tiempo.

Un cambio crucial fue introducido por el gobierno de Thatcher en 1990. En 1988 había habido un serio problema de capacidad en el servicio hospitalario produciendo una disminución en el número de camas de las UCIS pediátricas. Esto fue políticamente embarazoso. Un pequeño grupo de gente nombrado por el gobierno, sin consultar con los profesionales sanitarios, redactó un informe, «Trabajando para los pacientes», en el que proponían lo que se conoció como mercado interno.

CAMBIOS DE THATCHER EN 1990

El factor principal fue la ruptura comprador / proveedor, fragmentando el servicio e introduciendo lenguajes y métodos comerciales.

Los hospitales generales pudieron transformarse en empresas hospitalarias (*Trusts*). Un *Trust* (hospital u otro servicio) es independiente de otra autoridad, y el gerente es nombrado por una junta de directores, como una empresa.

Los hospitales y servicios comunitarios pudieron transformarse en *Trusts*, comunitarios.

Los servicios de ambulancias pudieron transformarse en ambulancias *Trusts*.

Estos *Trusts* no fueron por mucho tiempo responsables ante las autoridades sanitarias, pronto fueron autónomos, realizando la gestión un consejo de administración con un directivo ejecutivo principal, directores ejecutivos para finanzas, personal, etc., y directivos no ejecutivos, que en general fueron nombrados, y no elegidos entre gente local con negocios en el ámbito.

- En Atención Primaria, los médicos de familia pudieron convertirse en *fundholders* (médicos con fondos, médicos a los que se asigna un presupuesto para atender a la población asignada que tienen total autonomía para manejarlo), con su propio presupuesto para comprar servicios no urgentes de los hospitales.
- Las autoridades sanitarias compraron servicios urgentes para todos y servicios no urgentes para aquellos médicos de familia que no fueran *fundholders*.

Las autoridades sanitarias habían incluido a algunos miembros del consejo local, que fueron reemplazados por directivos nombrados por la Secretaría de Estado, principalmente provenientes de negocios en el ámbito sanitario.

Los cambios fueron abriéndose paso en el Parlamento a pesar de la fuerte oposición de las asociaciones profesionales, sindicatos y muchos especialistas sanitarios.

Las transformaciones en *Trusts* o en *fundholders* fueron propuestas como cambios voluntarios, pero se aplicaron muchas presiones en la práctica. Hubo incentivos a los médicos de familia para convertirse en *fundholders*, a quienes ofrecieron equipamiento tecnológico, etc.

Amenazaron a los hospitales que si no se convertían en *Trust*, rápidamente serían dejados atrás presupuestariamente. El dinero público fue puesto a disposición para fomentar la transformación en *Trust*. Se promovieron campañas en contra por parte de la oposición. Campañas individuales concentradas sobre decisiones demoradas, hasta después de las elecciones de 1992, pero desafortunadamente los laboristas perdieron.

Cuando llegaron las elecciones de 1997, casi todos los hospitales se habían vuelto Trusts, y más del 50% de los médicos de familia eran fundholders.

ADMINISTRATIVAMENTE COSTABA EL DOBLE

La insatisfacción general con el mercado contribuyó a que los conservadores fracasaran en las elecciones de 1997, en las que fue elegido un gobierno laborista con Tony Blair como primer ministro.

Hubo gran alivio con este resultado, con la esperanza de que el sistema de mercado quedaría abolido tan pronto como fuera posible, pero quedó bastante similar.

Hacia finales de 1997, el gobierno publicó un documento de posición sobre política sanitaria, llamado «El Nuevo NHS», dando a conocer sus planes.

- Aunque se afirmó que el mercado estaba siendo abolido, permaneció el elemento principal, la ruptura entre comprador / proveedor.
- A los hospitales Trusts les fue permitido continuar.
- Se cambió el lenguaje agresivamente comercial, de modo que comprando se volvió comisionando, los contratos se volvieron acuerdos de servicios y hubo mayor estabilidad durante tiempo más largo.
- No se aceptó ninguna petición posterior para los médicos de familia fundholding (gestores de sus propios recursos). El sistema de fundholding fue abolido, terminando los dos grupos de médicos de familia diferenciados. Esto dio lugar a la formación de grupos de atención primaria –con alrededor de 50 médicos de familia en cada uno–. Estos grupos debieron adaptarse paso a paso, a través de cuatro estadios, para incrementar su independencia y su poder financiero, hasta el cuarto estadio, en que se volvieron Trusts de Atención Primaria totalmente independientes con juntas directivas similares a los hospitales Trusts.
- Las autoridades sanitarias perdieron mucho de su papel y redujeron su número.
- También hubo algunas cosas buenas, incluyendo una comisión para monitorizar standars y otra para valorar el coste efectivo de nuevos medicamentos y procedimientos antes de autorizarse su uso general.

¿POR QUÉ SE PERMITIÓ QUE EL MERCADO CONTINUASE?

Algunas posibles razones:

- En 1997 se había vuelto demasiado potente y tenía un gran entramado de relaciones, estaba «atrincherado» y era complicado de eliminar.
- Para evitar otros trastornos, porque el personal estaba harto de tantos cambios administrativos.
- Para evitar problemas desde los fundholders.
- Una creencia genuina en los métodos comerciales del «Nuevo Laborismo», particularmente de Tony Blair. Esto se ha hecho más evidente desde entonces.

Hubo, sin embargo, grandes expectativas desde la gente y el staff de que las cosas estaban mejorando rápidamente, lo cual fue gradualmente reemplazado por el descontento, la cólera y finalmente la desesperación.

Hubo un límite importante debido a que el gobierno estaba atado de pies y manos por su compromiso preelectoral para aguantar los planes de gasto de los conservadores y no elevó los niveles de impuestos sobre la renta.

LAS COSAS EMPEZARON A MEJORAR EN EL 2000 CON LA PUBLICACIÓN DEL PLAN DEL NHS

Se prometió un gran incremento en el gasto para los cuatro años siguientes, pero el dinero fue condicionado para que el staff sanitario aceptara «cambios», normalmente referidos como «modernización». Esta es una palabra inteligente porque permite que cualquiera que levante dudas acerca de cualquier aspecto, pueda ser considerado como un dinosaurio.

Junto con el dinero extra, se prometieron incrementos significativos al staff de atención primaria y hospitales, aunque hay acuerdo general de que el cálculo para la atención primaria fue inadecuado.

Justo antes de las elecciones de 2001, Tony Blair fue más adelante y anunció la intención de incrementar el gasto sanitario hasta alcanzar el promedio europeo, pero también hizo la promesa de no elevar los impuestos sobre la renta.

Es obvio que en el período necesario para formar staff adicional, deberá haber un vacío de varios años antes de que veamos los beneficios de los próximos fondos.

Sin embargo, se propusieron medidas para llenar este vacío, pero estas medidas forman parte de lo que puede ser visto como agenda privatizadora, ya que todo, en diversos grados, involucra el traslado de la gestión del NHS al sector privado.

HAY TRES COMPONENTES PRINCIPALES DE LA AGENDA PRIVATIZADORA

1. El acuerdo: Un pacto firmado entre el secretario de Estado de Sanidad y el sector privado de sanidad para promover el trabajo juntos y en particular el uso de la capacidad privada de reserva disponible para el tratamiento de los pacientes del NHS. En este momento ha sido utilizado en gran medida para la cirugía electiva.

Esto puede hacerse de varias formas:

- El NHS alquila capacidad sobrante en los hospitales privados y envía al staff del NHS para que lleven a cabo el procedimiento en los pacientes.
- Los hospitales del NHS transfieren todos los cuidados de los pacientes del NHS a los hospitales privados.
- El «comprador» en los Trusts de Atención Primaria compra servicios directamente desde el sector privado.

Hay muchos problemas y oportunidades potenciales para abusar del dinero público, pero cualquier crítica se encuentra con el desafío de que está impidiendo que los pacientes tengan un tratamiento más rápido.

La posición de nuestra asociación (NHSCA) ha sido reconocer que algo había que hacer con las largas listas de espera y se prepararon para aceptar el acuerdo para un corto tiempo proporcionando su correcta supervisión y que esto fuera sólo una medida temporal hasta que el NHS se haya desarrollado y el staff se haya adecuado.

Sin embargo, aunque fue introducido como una manera de llenar un vacío, ahora está claro que el gobierno intenta que sea permanente.

2. La gestión privada: Está siendo propuesta para las nuevas unidades de cirugía electiva, las cuales están siendo equipadas. Las compañías sanitarias privadas extranjeras están siendo invitadas para desarrollarse en nuestro país.

Algunos hospitales del NHS, que son calificados como defectuosos, van a tener nuevos equipos de gestión, incluyendo la posibilidad de que provengan del sector privado.

3. La Iniciativa Financiera Privada (PFI): El gobierno está persistiendo en este método de financiar edificios en el NHS y otros servicios públicos, a pesar de las demostraciones repetidas de su coste y otras desventajas a largo plazo.

Esto compromete durante todo el período del contrato –habitualmente 30 años o más–, siendo los edificios de propiedad privada y los servicios administrados por compañías privadas.

La situación se complica más adelante por los grandes cambios que tienen lugar en la Atención Primaria.

Cuando los fundholding fueron reemplazados por los mucho más amplios Grupos de Atención Primaria, se indicó que podían desarrollarse en Trust, pero con su ritmo y sus propias decisiones. Esto se ha acelerado, de modo que el 1 de abril del año pasado todos se volvieron Trusts independientes, similares a los servicios de los hospitales, con la misma gestión por consejos de administración. Tendrán mucho más poder financiero que los antiguos fundholders, siendo responsables del gasto del 50% del presupuesto sanitario, alcanzando más tarde el 75%, al encargar servicios en los hospitales y en otros sitios, en el NHS o en el sector privado.

Muchos en Atención Primaria se dan cuenta que no están dispuestos o equipados para esta responsabilidad adicional y no la quieren de ninguna manera.

Como una organización en su mayoría hospitalaria y como médicos de salud pública tenemos la necesidad de un tratamiento cuidadoso cuando hablamos de la Atención Primaria. Estamos a favor de una mayor influencia para la Atención Primaria, pero deberíamos preferir que fuera a través de una planificación en común y una negociación, mejor que a través de un potencialmente caro remanente del sistema de mercado.

Muchos de los cambios actuales reflejan una obsesión del gobierno con la elección y el consumismo.

Los pacientes deben tener información sobre las listas de espera, etc., de manera que puedan elegir, en lugar de un hospital local, otro hospital del NHS, uno en el sector privado o incluso uno en el extranjero –con gasto público.

Aunque esto pueda ser beneficioso para algunos individuos, ello daña el valioso concepto de un hospital sirviendo a una comunidad definida, formando parte de ella.

Los hospitales deberán ser pagados por proceso, no por bloques contratados, esto último favorece el volumen sobre la calidad.

Los pagos adicionales para la cirugía electiva tendrán el riesgo de concentrar la atención sobre un cuidado episódico, cometiendo el mismo error que tuvieron los conservadores.

Un elemento clave del plan es el establecimiento de las fundaciones hospitalarias, una idea que al parecer tuvo Mr. Milburn, el secretario de Estado de Sanidad, al visitar el Hospital Alcorcón en Madrid.

Nosotros apreciamos gratamente la ayuda desde España, al proporcionar información acerca de sus fundaciones hospitalarias.

Ha habido una larga y decisiva lucha sobre las fundaciones dentro y fuera del Parlamento. Gracias a ello se ha hecho evidente que en muchos aspectos los planes no han sido comunicados adecuadamente, con el gobierno continuamente cambiando el transfondo para responder a las críticas y tratar de mantener el soporte a sus diputados.

Las fundaciones hospitalarias están siendo ofertadas como proporcionadoras de democracia local.

Las fundaciones serán similares a los hospitales Trusts que ya existen, siendo gestionadas por directores ejecutivos, pero en la junta directiva se añadirán algunos miembros que serán elegidos por la población local.

La siguiente cuestión es ¿quién los elige? Aquí los planes se vuelven vagos. Parece que la gente en el área hospitalaria debe registrarse como un «miembro» y entonces puede votar. Hace tiempo se sugirió que deberían pagar una libra, pero la idea ha sido retirada.

Hubo otro problema, ya que alguno de los hospitales que podrían solicitar transformarse en fundaciones son instituciones especializadas que atraen a pacientes desde un área amplia, no solamente sirviendo a la comunidad local donde se sitúan.

Entonces se indicó que cualquiera que haya sido paciente dos años atrás podría ser registrado como miembro y esto podría ahora aplicarse a todos los hospitales y a todo el staff.

Una crítica a estas fundaciones, las cuales tienen poder para pedir prestado dinero privado, disponer de dinero propio y poner las condiciones a su staff, fue que podrían tener dos escalas, sobre todo para atraer personal desde otros hospitales no fundaciones. La respuesta del gobierno fue declarar que todos los hospitales pueden transformarse en fundaciones dentro de cinco años.

«Devolviendo poder y estimulando la iniciativa local» es el eslogan que está siendo utilizado para promover las fundaciones.

La legislación recientemente aprobada por el Parlamento dice concreta-

mente que los hospitales, presumiblemente todos en el 2008, no pertenecerán al Estado, serán propiedad de los consejos de administración locales, aquellos que manejan el poder siendo no electos.

Las actividades de los consejos de administración no serán vigiladas por la Secretaría de Estado, responsable ante el Parlamento, sino por un regulador independiente. Ello podría significar que estamos ante un sistema ya establecido en todos nuestros servicios públicos privatizados, como son agua, electricidad, teléfonos y trenes.

No estoy seguro cuánto tiene de similar este sistema de gestión con el de las fundaciones en España y espero aprender mucho al respecto siguiendo la evolución de estas experiencias en España. Nosotros estamos particularmente interesados en el papel de la población local: cómo son elegidos y en el poder que tienen.

Los años próximos en Inglaterra van a ser muy difíciles y la batalla no está acabada. El gobierno fue obligado a aceptar una concesión comprometiéndose a que haría una pausa después de la primera ola de fundaciones para permitir una completa valoración de los efectos y no serían aprobadas otras hasta el 2006. Pero teniendo asegurados suficientes votos para permitir un recuento ajustado, en pocos días fue anulada con el anuncio de que la primera ola de fundaciones sería el doble.

La situación en Escocia y Gales parece estar siendo muy distinta, ya que varios poderes, incluyendo la sanidad, fueron devueltos al Parlamento escocés y a la Asamblea de Gales en 1999. Ellos han comenzado a tomar decisiones más progresistas que en Inglaterra en algunas áreas. Por ejemplo, Escocia ha decidido un tratamiento más generoso para la gente necesitada de cuidados a largo plazo.

Ambos países han señalado que no tendrán fundaciones hospitalarias.

Escocia ha ido más lejos con un plan para abolir en los próximos dos años todos los Trusts, tanto hospitalarios como de Atención Primaria, y poner todos los servicios de un área bajo un sencillo consejo de administración. Esto significa el final de la ruptura comprador / proveedor y del sistema de mercado.

Esta es una decisión realmente trascendente, la cual ha sido poco conocida en Inglaterra y menos aún a nivel internacional.

Aunque no se ha proyectado en esta etapa qué miembros del consejo de administración podrán ser elegidos, es algo que podría ser introducido en el futuro con un sistema mucho más satisfactorio de contabilidad que el propuesto para las fundaciones hospitalarias.

Tal modelo, con una autoridad contable elegida, responsable de proporcionar todos los cuidados sanitarios a su población, es el ideal por el que estamos trabajando en el Reino Unido.

BIBLIOGRAFÍA

- Webster C. *The National Health Service- a political history*, 2nd edition 2002. Oxford University Press.
- Department of Health. *Working for Patients*. London HMSO (Cm 555) 1989.
- Department of Health. *The New NHS* London. HMSO (Cm 3807) 1997.
- Department of Health. *The NHS Plan* London. HMSO (Cm 4818) 2000.
- Department of Health. *For the Benefit of Patients – a Concordat with the Private and Voluntary Health Care Provider Sector 2002* www.doh.gov.uk/commissioning/guidance.htm.
- *The Guardian*. «Milburn seeks hospital role model in Spain». 6th November 2001. National Health Service Reform (Scotland) Bill 2003. www.scottish.parliament.uk/bills.

Traducción: Begoña Anderiz

SOBRE LA POLÍTICA SANITARIA ACTUAL EN ALEMANIA

HANS-ULRICH DEPPE*

LAS CONSECUENCIAS DE LA AGENDA 2010 EN POLÍTICA SANITARIA

La política social y sanitaria alemana pasa en estos momentos por una situación con muchas turbulencias. Por este motivo es apropiado analizar las líneas de trabajo en este campo, y sacar a relucir sus estructuras. Entonces vuelven a surgir preguntas como: ¿Qué hechos empíricos son justificables? ¿Dónde y de qué manera afectan al sistema ciertos criterios? ¿A qué grupos sociales conciernen estas medidas? ¿Cómo les afectan? ¿Por qué se ha actuado en esta dirección y no en otra?

AGENDA 2010

La política sanitaria se encuentra ya desde hace varios años en un lugar prioritario del orden del día alemán. Se trata pues de un aspecto de la sociedad que resulta efectivo según estructuras públicas y solidarias, que representan una provocación tanto para el modelo neoliberal como para la idea de sociedad que propugna el mercado radical. Bajo la etiqueta «Modernización» (inspirada de los Estados Unidos), el modelo neoliberal ha sido duramente criticado desde mediados de los años ochenta. La privatización de sectores públicos, la administración de los elementos públicos restantes según objetivos empresariales, la consolidación de una competencia menos regulada y la dirección mercanti-

* Catedrático de Sociología Médica y Medicina social. Director del Instituto de Sociología Médica J.W. Goethe-Universität Frankfurt a.M. E-mail: H.U.Deppe@em.uni-frankfurt.de

lista de funciones más necesarias socialmente son los componentes e instrumentos esenciales que han sido implantados para adaptar las solidarias instituciones sin ánimo de lucro del Estado Social alemán al modelo político-económico neoliberal. Es impresionante ver, mediante la observación puramente científica del proceso, cómo el anterior modelo es desplazado y disimulado, ignorando los problemas y carencias con los que esta nueva dinámica sin duda se encontrará.

La que fue elegida ministra de Sanidad durante la primera mitad del último mandato, Ulla Schmidt (SPD)¹, consiguió, en la campaña electoral de 2002, una cierta calma en el frente de la sanidad, y entrar en la administración del nuevo gabinete con el apoyo de los sindicatos. Pero en noviembre, tras las elecciones del Parlamento alemán, y debido a que las cuotas de las mutuas seguían creciendo imparablemente, Schmidt se vio obligada a proponer un proyecto de ley («ley de protección de cuotas») que cargó con un presupuesto con restricciones temporales, ante todo a aquellos que ofrecen tal servicio (hospitales, a los médicos del seguro y a la industria farmacéutica), y mantuvo las cargas financieras de los asegurados en un marco moderado. Los grupos interesados de aquellos que ofrecían tales servicios se pronunciaron en plena campaña electoral para el Parlamento en favor de un cambio de gobierno, mientras que los sindicatos abogaron por una continuación de la coalición.

Esta orientación de la política económica cambió a principios de 2003. El 14 de marzo de ese año, el canciller alemán pronunció una declaración gubernamental, donde formuló las directrices básicas de su «Agenda 2010». Este giro de casi 180° se concentró en el desmantelamiento y posterior reorganización de los sistemas de seguros sociales.

En el fondo se trata de una ideología de la política económica en función de la oferta, que tiene la intención de animar a las empresas para que inviertan en el emplazamiento económico alemán para que se creen empleos urgentemente. Además se criticó la protección contra el despido como obstáculo contra el empleo y se apostó por la unión de la ayuda a los parados y la ayuda social. Aparte se comunicó que eran imprescindibles cambios drásticos como más competencia, la supresión de estructuras monopolísticas como la asociación de médicos que trabajan para la Seguridad Social, una garantía de calidad estandarizada, una revisión del catálogo de prestaciones, una precaución privada para el subsidio de enfermedad, la financiación por impuestos de contri-

¹ Partido Social-Demócrata de Alemania (*Sozialdemokratische Partei Deutschlands*). N.T.

buciones que no paga la seguridad y la mayor implicación de los asegurados. Sin embargo, de ningún modo se debería quitar la asistencia dental del catálogo de prestaciones, pues «no quiero que se pueda ver otra vez el estatus social en los dientes», dijo el canciller federal Gerhard Schröder. Querían que las medidas llevaran a una reducción de la cuota del seguro de enfermedad, que se financia paritariamente a un 13%. Con ello empezó la coalición rojiverde el segundo intento de una «modernización» después de que el primero, que planearon todavía junto con Tony Blair, fuera interrumpido por la dimisión de Oskar Lafontaine de todos sus cargos políticos y por la guerra en los Balcanes cuatro años antes.

OPOSICIÓN

La oposición pública a la Agenda 2010 no se hizo esperar. Ésta se formó de entre sectores del SPD y los Verdes, conjuntamente con los grandes sindicatos, a excepción del sindicato industrial de *Minería, Química y Energía*, que solamente reclamaba correcciones insignificantes. El *Vínculo Parlamentario*, dentro del SPD, pero formado por más de cien diputados, hizo considerables críticas, y el núcleo formado alrededor del diputado Otmar Schreiner pidió incluso a los miembros del partido que se pronunciaran en contra del proyecto de reforma. También dentro de los Verdes existía tal oposición, que se concentraba alrededor del diputado Christian Stroebele. Puesto que la coalición gobernante se encuentra en minoría, ambos partidos decidieron «llamar a filas»: el SPD convocó para el 1 de junio un congreso extraordinario y los Verdes para el 14, donde la posición del canciller, quien no se asustaba ante la amenaza de tener que dimitir, fue confirmada por una cómoda mayoría. Pese a ello, algunos diputados del SPD y los Verdes seguían afirmando que no pretendían votar de ninguna manera la Agenda 2010. El PDS², por su parte, sólo con dos escaños en el Parlamento, se pronunció también contra la Agenda 2010.

Paralelamente al desarrollo de los conflictos parlamentarios, la DGB³, junto a los dos mayores sindicatos alemanes, el *Sindicato del Metal* y *Verdi*⁴, inició una campaña pública, logrando que el 1 de mayo se organizara un debate sobre la Agenda 2010 en la sede de la DGB, con el canciller Schröder como

² Partido del Socialismo Democrático (*Partei des Demokratischen Sozialismus*). N. T.

³ Confederación de Sindicatos Alemanes (*Deutscher Gewerkschaftsbund*). N. T.

⁴ Sindicato alemán del sector de servicios (*Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft*). N.T.

conferenciante invitado. A duras penas consiguió que los presentes en la sala escucharan la defensa de su proyecto de reforma. En mayo se organizaron semanas de acciones sindicales, que se orientaban hacia un gran día de protesta a nivel estatal, que tendría lugar el 24 de mayo en Berlín. De todas formas, la movilización estuvo por debajo de las expectativas.

Entre el SPD y los sindicatos crecía el distanciamiento, lo que forzó una reunión entre el canciller con el presidente de la DGB. Después, la DGB pospuso la campaña contra el proyecto de reforma hasta septiembre. Al mismo tiempo, el sindicato del Metal negociaba las tarifas en Alemania del Este para igualar los salarios y jornadas laborales a las vigentes en la Alemania Occidental. La diferencia entre las tarifas laborales desembocó en una huelga de cuatro semanas que, sin embargo, fue interrumpida a principios de julio sin haber logrado resultados, ya que la concreta voluntad de la huelga metalúrgica empezó a desmoronarse por la gran presión de otras campañas públicas reivindicativas. A este desmoronamiento también contribuyó el respaldo que el canciller Schröder estaba dando a los empresarios, sin hacer ninguna concesión, con lo que despertó en la opinión pública la sensación de que los objetivos de la huelga ya no eran compatibles con la actual situación económica del país. Fue la primera vez en mucho tiempo que una huelga terminaba en Alemania sin resultados. El amplio debate sobre el desmantelamiento del sistema social y el miedo ante las tasas de paro crearon un clima político en el que los sindicatos mantenían una postura de defensa político-social, hasta entonces desconocida en ellos. En este contexto, la cúpula del sindicato del Metal discutía sobre las responsabilidades por la interrupción de la huelga, discusión que provocó intensos enfrentamientos personales, durante los que dimitió el entonces secretario general, Klaus Zwickel, y que permitió imponerse a Jürgen Peters, el hombre previsto para la sucesión. Al mismo tiempo, las luchas de poder paralizaban las posibilidades de resistencia contra la Agenda 2010 en el sindicato metalúrgico.

LA GRAN COALICIÓN: RESULTADOS COMUNES

En el gobierno se creó una gran coalición en política sanitaria entre el SPD y la Unión Democrática Cristiana (CDU). En las conversaciones para el consenso iban a surgir resultados que no sólo serían aprobados en el Parlamento, sino también en el Senado, donde CDU tiene la mayoría. En tales conversa-

ciones, el SPD decidió que fuera la ministra de Sanidad en funciones, Ulla Schmidt, quien participase en el diálogo, mientras que la CDU nombró al diputado de la CSU⁵ Horst Seehofer, ministro de Sanidad en el gobierno de Helmut Kohl. El proyecto de modernización sanitaria, que acababa de salir a la luz, fue detenido. El SPD y la CDU consiguieron, en un tiempo relativamente corto (aún el mes de julio), aunar «los puntos clave de las negociaciones de consenso para la Reforma Sanitaria», que serían colocados en la Ley de Modernización Sanitaria (1 de enero de 2004):

- Subida de los impuestos sobre el tabaco para la financiación de factores externos al seguro.
- A partir de 2005 supresión de los seguros dentales como elementos catalogados en el seguro de enfermedad obligatorio. Se ofrecerá, tanto en el seguro público como en el privado, una protección con carácter obligatorio mediante un concurso justo (petición de la CDU).
- A partir de 2007, los subsidios por enfermedad serán financiados por los propios asegurados, en el marco de una protección solidaria según los principios del seguro público. Para ello se dedicará una porción de la tasa de contribuciones.
- Las indemnizaciones por defunción, por parto y operaciones de esterilización deberán ser financiadas por los propios asegurados, a menos que estén provocadas por motivos médicos.
- Los medicamentos que no necesitan ser recetados serán reembolsados a los asegurados con condiciones concretas.
- Un incremento adicional del 10% en todos los pagos médicos, con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10. Los tratamientos ambulatorios de dentistas y médicos llevarán un recargo de 10 euros por trimestre y tratamiento. (...) Con ello se limita el pago adicional al médico en 10 euros cada trimestre. Por las estancias en hospitales se pagarán 10 euros al día por un máximo de 28 días al año.
- Se impondrá de ahora en adelante un límite del recargo de los costos adicionales que no podrán superar el 2% de los ingresos brutos del asegurado. A los enfermos crónicos especialmente necesitados, les será cargado un costo del 1% de sus ingresos brutos, mediante una cláusula de petición especial. Los menores de 18 años serán generalmente dispensados de estos recargos adicionales.

⁵ Unión Social-Cristiana (*Christlich-Soziale Union*).

- De ahora en adelante las cajas se harán cargo, también para los necesitados de ayuda social que no tienen un seguro médico, de los gastos para los tratamientos médicos. La Seguridad Social reembolsará a las cajas los correspondientes gastos.

Con estos recortes, pagos adicionales e impuestos sobre el tabaco entre otros, las cajas deberían para el año 2007 ahorrarse 66 millones de euros. Se trata del mayor volumen de recortes que jamás se haya promulgado oficialmente en la República Federal Alemana. Así deberían las cajas reducir gastos, entre otros;

- Mediante limitaciones de prestaciones anuales a partir de 2004 de 2,5 millones de euros (en total 10 millones para 2007).
- Mediante pagos adicionales a partir de 2004 de 3,3 millones de euros (en total 13,2 millones para 2007).
- Mediante la eliminación del cubrimiento de los seguros dentales a partir de 2005 de 3,5 millones de euros (10,5 millones en total para 2007).
- Mediante la financiación propia de los subsidios de enfermedad a partir de 2005 de 5 millones anuales.

Estas medidas deberían conducir a la reducción de cuotas en un 13% para el año 2007, lo que sin embargo será puesto en duda seriamente por las cajas.

SIGNIFICADO ESTRUCTURAL DE LOS RESULTADOS:

¿Qué significan estas medidas para las estructuras de la actual Seguridad Social, que se basaba en una financiación por cuotas, en el principio de prestaciones sociales y solidarias?

El hecho de que el seguro dental se excluya de la Seguridad Social a partir del 2005 significa que ésta ya no se pagará ni mediante una financiación equitativa por parte de los trabajadores ni de los empresarios, ni mediante la redistribución de los ingresos elevados y los bajos. Los asegurados tienen que acordar un seguro adicional según el principio de equivalencia como en el seguro de enfermedad privado, que es independiente del ingreso. Los grupos con ingresos bajos son a quienes les pesará más. La realidad del cuidado médico dental llegará en poco tiempo a alcanzar las palabras ya mencionadas del canciller alemán.

La financiación de los subsidios por enfermedad, es decir, el dinero «pos-subsidio» del asegurado que el empresario debía pagar en caso de enfermedad,

hasta un máximo de 78 semanas, en un plazo de tres años estipulado por la Seguridad Social, ya no tendrá, a partir de 2007, por qué ser cofinanciado por los empresarios. De ahora en adelante deberá ser cubierto por el asegurado, confiando en un «principio de solidaridad».

Los ya aprobados «costos adicionales directos» en caso de enfermedad deben ahora ser introducidos solamente mediante prestaciones e incrementados a partir de esa cantidad. De ahí nace una rica fuente de financiación adicional. Los pagos adicionales de los enfermos asegurados serán extraídos adicionalmente de sus cuotas del seguro. Los asegurados con buena salud serán en este aspecto respetados. Los costos adicionales en caso de enfermedad no serán ni paritarios ni solidariamente repartidos por la Seguridad Social, y debe regularse socialmente un mayor límite de la carga y un porcentaje sobre la renta. Ese límite de la carga más elevado no puede, sin embargo, evitar que la «autopartición» de las prestaciones necesarias médicas se contradiga no sólo con el principio de solidaridad, sino también con el de las prestaciones. Lo que por último significa que entre los ofertantes de prestaciones y los pacientes de la Seguridad Social se establece un vínculo exclusivamente bancario. Los costos adicionales pesan especialmente a los grupos con rentas más bajas, que por ello suelen padecer de forma más dura las enfermedades.

En general, la descarga de los empresarios por la Agenda 2010 en el campo de los subsidios de enfermedad es considerable. Los aseguradores se ven muy poco afectados por los recortes y los asegurados son los grandes perdedores. Éstos deben pagar la cuenta y sobre los que se carga más son los grupos con ingresos bajos y los enfermos. Habrá una enorme redistribución desde abajo hacia arriba, que propulsará el proceso de la polarización social.

SOBRE LA IDEOLOGÍA DE LOS MOLESTOS «COSTES ADICIONALES AL SALARIO» POCO COMPETITIVOS

La justificación oficial en la Agenda 2010 para favorecer a las empresas vuelve a significar que la competitividad del capital alemán (orientado a la exportación) se encuentra amenazado por altos gastos públicos. Ese podría ser verdaderamente el caso si en los *länder*⁶ competitivos se demostrara esta afir-

⁶ *Bundesland*: cada una de las regiones alemanas con autonomía propia que conforman el Estado federativo.

mación. Miremos el círculo de las competencias más de cerca: comparando ciertos länder, los impuestos y los gastos sociales son recaudados juntos, ya que de los recursos fiscales también sale la financiación para diferentes prestaciones sociales, aunque con criterios diferentes.

En la mayor parte de las regiones europeas hemos observado la preponderancia de subsidios sanitarios financiados mediante los impuestos. Se compara la cuota alemana (impuestos y gastos sociales en relación al PIB) con la media de la Unión Europea (y la OCDE), lo que muestra el siguiente cuadro: empezó en 1965 con alrededor de 32%, claramente por encima del nivel de la Unión Europea (28%) y de la OCDE (26%). En 1981 descendió por primera vez la cuota alemana por debajo de la de la UE y se mantuvo inferior desde entonces. En el año 2000 la diferencia se estableció aproximadamente en un 4% (Alemania 38%, UE 42%). Y desde 1997 la cuota alemana estaba alrededor de la media de los países de la OCDE. Mientras la cuota de la UE y la OCDE ascendían de forma paulatina, la alemana se mantenía desde 1997 constante sobre el 37%. Este límite fue roto exclusivamente por un incremento forzado, aunque desde entonces se serenó definitivamente. El crecimiento de la cuota alemana ascendió entre 1965 y 2000 solamente 6,3 puntos. Hoy en día representa la mitad del crecimiento de la UE y de los países de la OCDE, y se sitúa en el segundo peor lugar, después de Estados Unidos, con un 4,9%.

Otro punto, que siempre es sacado a colación por la competencia internacional, es la participación de las empresas en las cuotas sociales. En todos los países participa el capital en ellas. Sin embargo las dimensiones de la participación son distintas. En una comparación a escala internacional se puede ver en las cuotas sociales según los contribuyentes (empresarios y empleados) que la cuota de los empresarios alemana se queda retrasada de la media de la UE (un 57%) y de la OCDE (un 60%) con un 49,3% en el año 2000. Asimismo los competidores principales en el mercado global registran cuotas de empresas más altas: Francia 69,9, Japón 50,5, Gran Bretaña 57,4 y los EEUU 50,7 (compárese: SVRKAiG⁷, dictamen de 2002, puntos 86-90).

La cuota de impuestos alemana no sólo muestra que es proporcionalmente menor a la media europea, sino también a la de los países de la OCDE. En el transcurso del tiempo, la cuota alemana ha subido imperceptiblemente frente a las otras dos. Lo mismo ocurre con la porción financiera de los empresarios en gastos sociales. Los datos empíricos indican que las empresas alemanas no

⁷ *Sachverständigenrat für de Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen* (Consejo Informativo sobre la Acción Concentrada en Asuntos de Sanidad).

tienen ni una desventaja en el emplazamiento ni en la competencia internacionales. Además, están los bajos costes por unidades de trabajo, que contribuyen a los excedentes anuales en exportación y a la ventaja en los concursos comerciales. El cuento de los molestos altos costos adicionales en los salarios en Alemania ya no se mantiene por ningún lado. Por eso debería ser abandonado como argumento populista para la supuestamente necesaria reducción de las prestaciones sociales.

POLARIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y LA SANIDAD

El proceso de polarización de la sociedad se acentúa, pues, con la Agenda 2010, producto de un gobierno de tendencias socialdemócratas. La diferencia entre pobres y ricos aumenta. Los elementos solidarios disminuyen en una sociedad economizada. La economía de mercado mundial monopolística y la fuerza de la acumulación de capital ignoran el significado de la cohesión social en la sociedad. Pasan por alto sus altos déficit que les son inmanentes y erosionan así su propio fundamento.

En el debate sobre la creciente desigualdad social podría ser empíricamente afirmado que la esperanza de vida y el estado de la sanidad suben conforme crecen las rentas per cápita. En 1998 se dijo en el editorial de la revista *American Medical Association* (JAMA): «Un menor estatus socioeconómico es evidentemente el más poderoso factor de influencia de una mortalidad no sólo en los Estados Unidos sino en el mundo entero». Eso corresponde al dicho popular: por ser pobre, debes morir antes. Aunque las regiones del norte y del sur cuentan con numerosos recursos materiales, la repartición juega también aquí un papel que no debe ser menospreciado. El grado de polarización entre los grupos con rentas más bajas y más altas influye manifiestamente en gran medida sobre la esperanza de vida. Cuanto mayor es la polarización, más baja parece ser la media de esperanza de vida. A esto viene el significado de una cohesión social en una sociedad (coherencia). Ésta se expresa mediante la presencia de redes interconectadas, normas y confianzas, que posibilitan a los hombres crear una comunidad más efectiva y lograr objetivos comunes. La existencia y aceptación de una cohesión social, una cultura de la convivencia, garantiza una mayor esperanza de vida y un mejor estado de salud (Wilkinson, 2001). Justo estos campos de la sociedad son los que serán destruidos por los instrumentos neoliberales y sus mecanismos de funcionamiento. Su agresiva aplicación

condicionada por creencias ciegas en sus necesidades globales son aumentadoras y aceleradoras del desmoronamiento social. En lugar de ofrecer un proceso de mantenimiento y desarrollo de estructuras sociales solidarias, la Agenda 2010 produce en Alemania una contribución verde-socialdemócrata a la petición y aceleración de ese desarrollo. El Estado Social alemán creó la protección contra los riesgos sociales de la economía de mercado en la sociedad burguesa. Éste fue el fundamento conceptual del Reformismo. Evidentemente, éste ya no es capaz de garantizar la protección del empleado, bajo las condiciones actuales que las acumulaciones de grandes capitales imponen.

BIBLIOGRAFÍA

- *Regierungserklärung von Bundeskanzler Schröder* am 14. März 2003 vor dem Deutschen Bundestag (Agenda 2010), in: Frankfurt Rundschau vom 14. März 2003.
- «Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform» vom Juli 2003, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Sonderausgabe, August 2003, S. 15-22 und 10.
- Deppe, H.-U., *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*, 2. Aufl., Frankfurt a.M. 2002.
- *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*, 2 Bd., Gutachten 2003.
- Wilkinson R.G., *Kranke Gesellschaften, Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*, Wien, New York 2001.

Traducción: Bernat García Girona

SITUACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN PALESTINA

DR. TAISIR ABDELRAHIM M. JADALLA*

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad actual, el Sistema Público de Salud es uno de los pilares sobre los que se edifica el progreso y el bienestar de la sociedad. El nivel de desarrollo de la situación sanitaria en un determinado país es uno de los indicadores del desarrollo social y económico. Cuidar y promocionar la salud individual y colectiva es un deber y una obligación de cualquier poder público, en el que tiene que estar implicado el sector privado también.

En Palestina, igual que en cualquier otro país del mundo, se anhela llegar a un sistema público de salud que pueda cumplir con sus obligaciones hacia los ciudadanos.

En la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 se definió la promoción de la salud como *«el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla»*. Esta definición nos lleva a la conclusión de que la salud no depende exclusivamente del sector sanitario. Existen una serie de requisitos básicos e indispensables para poder garantizar la salud. Estos son: la paz, la educación, la libertad, los ingresos económicos dignos, un ecosistema estable, unos recursos mantenibles, la justicia social y la equidad.

Un sistema público de salud debe de reunir una serie de características necesarias para el buen funcionamiento del mismo. Estas características permiten también cuantificar y valorar adecuadamente la gestión sanitaria. Éstas son: *igualdad, equidad (a cada uno según sus necesidades), accesibilidad, eficacia y la satisfacción* que produce el servicio sanitario en el usuario.

* Médico. Autoridad Nacional Palestina en España.

SANIDAD PÚBLICA PARA UNA SOCIEDAD DISPERSADA POR LA GUERRA

La particularidad de la situación del pueblo palestino, como consecuencia de la ocupación de su tierra y la expulsión de la mitad de su población, hace difícil que se puedan llevar a cabo todas y cada una de las mencionadas condiciones en el sistema público de salud. Sin entrar a discutir cómo se puede desarrollar un programa público de salud para los refugiados palestinos en la diáspora, se puede decir que en lo que respecta a la población palestina residente en el territorio palestino de Gaza y Cisjordania sí se puede desarrollar un programa público de salud, siempre que existan circunstancias sociopolíticas favorables para ello. Los primeros pasos dados por la Autoridad Nacional Palestina (ANP) en este sentido se han visto frustrados como consecuencia de la situación actual de crisis y violencia a causa de la reocupación israelí de los territorios palestinos autónomos, especialmente desde el 28 de septiembre del año 2000 hasta el momento de redactar este artículo. Esta nueva situación no ayuda a conseguir que un sistema público de salud responda a las mencionadas características. Ello se debe a la pobreza reinante, el alto índice de paro, la debilidad de las estructuras sanitarias existentes y la falta de un sólido sistema productivo propio, factores todos ellos agravados por la ocupación israelí. A todo lo anterior se le añaden otros factores que no son menos importantes; éstos son: el alto porcentaje de población que vive en el medio rural, la tasa de crecimiento de la población cifrada en el 3,5%, la tasa de mortalidad infantil que alcanza el 25 por 1.000, la ausencia de infraestructura higiénico preventiva adecuada, como el sistema de alcantarillado, y la falta de adecuación del sistema sanitario para hacer frente a las nuevas responsabilidades sanitarias.

SANIDAD PÚBLICA BAJO LA AUTORIDAD DE OCUPACIÓN ISRAELÍ, 1967-1994

Durante los largos años de ocupación israelí, el Sistema de Salud Pública que adoptó la fuerza ocupante presentaba grandes deficiencias. La política sanitaria de las autoridades de ocupación, según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a principios de los años noventa sobre la situación sanitaria, era: *el mantenimiento de los servicios e instituciones sanitarias tal como estaban antes de la ocupación en 1967, sin ningún proyecto ni pro-*

grama para poder desarrollar dichos servicios; pero con el paso de los años, las fuerzas de ocupación han cerrado un buen número de hospitales, clínicas, centros de prevención sanitaria y escuelas de enfermería y han reducido el personal sanitario. El número estimado de camas hospitalarias era de 1,2 por 1.000 comparado con el 6,1 por 1.000 en Israel. Y se disponía de una sola clínica especializada para cada 250.000 habitantes.

La administración sanitaria de los territorios era de la competencia exclusiva del gobierno israelí, no permitiendo a la población local ni a los directores de centros hospitalarios participar en la toma de decisiones o en la planificación sanitaria. Podemos calificar esta actuación sanitaria de la administración del ocupante en el territorio como catastrófica y negligente respecto a las necesidades reales de la población, siendo además discriminatorias con la población palestina en comparación con la atención recibida por la población israelí.

SANIDAD BAJO LA AUTORIDAD NACIONAL PALESTINA (ANP)

Una vez instalada la ANP en el territorio palestino en 1994, le esperaba una gigantesca tarea para construir todos los sistemas básicos de funcionamiento y de servicios en el país; entre estos sistemas figuraba por supuesto el sistema público de salud.

En materia sanitaria el Ministerio palestino de Sanidad había puesto en marcha un programa basado en:

- *El derecho de los ciudadanos a recibir atención sanitaria donde quiera que la necesiten.*
- *El deber conjunto de los ciudadanos de contribuir a la cobertura del coste sanitario.*

El sistema del seguro sanitario en Palestina va teniendo una buena respuesta entre la población. El número de afiliados se ha triplicado en el período entre 1995 y el año 2000, y la cuota mensual por familia se ha reducido en un 30%. Los asalariados contribuyen con un 5% de su sueldo para gastos sanitarios.

Durante el período de 1995 al año 2000, en el que la ANP ejercía la administración de la Sanidad Pública palestina, las continuas mejoras que se iban introduciendo en el sistema público de salud en Palestina hicieron que se multiplicaran un 300% el número de usuarios del sistema en los últimos años frente al 30% que lo utilizaba durante los años de ocupación. *Actualmente, según el*

Ministerio de Sanidad, los centros de atención primaria cubren prácticamente todo el territorio palestino. El número de médicos especialistas va en aumento. Y el número de camas hospitalarias se ha duplicado en los últimos cinco años gracias a la ayuda internacional que recibe la ANP. La tasa de mortalidad infantil ha descendido un 20% en Gaza y un 12% en Cisjordania. Hoy día en Cisjordania existen 114 médicos por 100.000 habitantes y en Gaza 178 médicos por 100.000 habitantes; una cifra multiplicada por cuatro respecto a su número en tiempos de la ocupación.

En el siguiente cuadro, enumeramos los **hospitales y camas** disponibles en el territorio palestino en 1997.

Item	Cisjordania	Franja de Gaza	Total
Nº Hospitales	40	12	52
Nº Camas	2.390*	1.228	3.618
Camas/1.000	1,32	1,22	1,29
<i>*Incluyendo Jerusalén Oriental.</i>			

Observaciones, del total de camas hospitalarias:

- a) Hospitales estatales con 2.059 camas.
- b) Hospitales no estatales (ONG, privados, Organismo de NNUU para los Refugiados Palestinos –UNRWA–, Media Luna Roja Palestina) tienen 1.559 camas.
- c) Incluidas camas psiquiátricas.

Número de recursos humanos del Ministerio de Sanidad palestino en 1997			
Zonas	Cisjordania	Franja de Gaza	Total
Médicos/as	494	707	1.201
Enfermeras/os	1.228	919	2147
Paramédicos	357	404	761
Administrativos	647	789	1.436
Otros	351	594	945
Total	3.077	3.413	6.490

Esperanza de vida y la ratio total de mortalidad

La esperanza de vida al nacer en Palestina en 1996 era de 69 años para los varones y 71 años para las mujeres. La ratio total de mortalidad para la población palestina en 1997 era de 3,5 / 1.000. En 1998 descendió a 3,3/1.000.

En Palestina todavía nos separa un gran trecho de los países desarrollados para alcanzar un Sistema Público de Salud que sea eficaz, moderno y universal. Quizás, nuestro mundo tan polarizado en el que vivimos hoy día sea el principal responsable de este trecho tan ancho, aparte de la particularidad de la situación palestina a causa de la ocupación.

Según el Ministerio palestino de Salud, actualmente reciben prestación sanitaria a través de este sistema el 40% de los ciudadanos de Cisjordania y el 60% de los ciudadanos en la franja de Gaza.

Conscientes de que un Sistema Público de Salud es un factor básico para un desarrollo sostenido y exitoso, tanto los ciudadanos como la ANP siguen empeñados en alcanzar un sistema sanitario eficaz para garantizar un futuro mejor para el conjunto de la ciudadanía.

SITUACIÓN HUMANITARIA Y SOCIAL ACTUAL DEL PUEBLO PALESTINO

Desde que fue creado el Estado de Israel en 1948 en tierras de Palestina, no cesó en su empeño de destruir el tejido social y económico del pueblo palestino, además de la sistemática agresión contra su patrimonio histórico y cultural. Como consecuencia de este hecho, hoy en día viven en la diáspora cerca de cuatro millones de palestinos según la oficina de censo de Naciones Unidas. La situación de los 3,3 millones de palestinos que viven en los territorios autónomos reocupados es de permanente asfixia económica, condiciones de inseguridad y asedios de distintos grados y naturaleza, con cierto ambiente de terror, en aplicación de la sistemática política de *castigos colectivos* practicada por Israel desde su creación, con el fin de atemorizar a la población, según denuncian organizaciones internacionales de derechos humanos, Amnistía Internacional y comisiones especiales de la ONU. Cabe mencionar aquí la situación del millón de ciudadanos israelíes de origen palestino que viven en Israel, que son tratados como *ciudadanos de segunda*, según denuncian organizaciones locales de derechos humanos sobre esta situación.

CAMPAÑA MILITAR ISRAELÍ EN LOS TERRITORIOS PALESTINOS AUTÓNOMOS DESDE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2000

En su actual y cruel campaña militar iniciada en septiembre del año 2000, el ejército israelí pretende llevar a la rendición política al pueblo palestino y a sus líderes elegidos democráticamente. Su intención es liquidar definitivamente su causa y someterle a su voluntad colonial. Para conseguir sus objetivos políticos, el gobierno israelí ha utilizado una *fuerza militar desmesurada* para destruir gran parte de la infraestructura básica de la Autonomía Palestina, sea esto en el sector agrícola, energético, sanitario, comunicaciones y carreteras, alcantarillado o suministros de agua potable o de uso industrial. El ejército ha destruido también todos los cuarteles de la policía autónoma palestina, locales de administración civil, algunas mezquitas e iglesias, varios miles de viviendas de particulares, el arranque y destrucción de decenas de miles de árboles frutales y la inutilización de decenas de miles de hectáreas de tierra cultivable, y últimamente la construcción del muro de separación racial y anexión territorial dentro del territorio autónomo palestino. Con su construcción pretende anexionar cerca del 60% del territorio de Cisjordania, afectando con ello directamente al interés vital de más de 680.000 palestinos residentes en la zona según informes documentados de la ONU ante el Consejo de Seguridad (CS) en noviembre de 2003. El ejército de ocupación mantiene un bloqueo total de las carreteras y vías de acceso, y mantiene en campos de concentración a más de diez mil hombres y mujeres de distintas edades y profesiones libres desde el inicio de su campaña hasta el momento de redactar este artículo. Estos detenidos no tienen ningún cargo. Y es muy probable que fueran utilizados como moneda de cambio en unas futuras negociaciones entre el gobierno israelí y la Autoridad Palestina, como había ocurrido en ocasiones anteriores. *Con su campaña militar, el actual gobierno israelí encabezado por el ultra derechista Ariel Sharon pretende aterrorizar a la población y obligarla a marcharse fuera de su patria. O sea, proceder a la limpieza étnica en cumplimiento de la verdadera estrategia del partido Likud actualmente en el poder y de todas las fuerzas políticas israelíes que apoyan su estrategia.*

Todo este drama se desarrolla bajo la mirada directa y la documentación debida de los representantes de Naciones Unidas (ONU) y de los representantes diplomáticos de los distintos países, entre ellos los de la Unión Europea (UE) y Estados Unidos de América (EEUU), organizaciones de derechos humanos

destacados en la zona (ONG), Cruz Roja Internacional, Media Luna Roja Internacional y agentes de medios de comunicación internacionales.

Como consecuencia de esta bárbara agresión militar, la población civil palestina ha sufrido un gran número de bajas: cerca de 3.000 muertos y más de 55.000 heridos de distinta consideración, según fuentes hospitalarias y de organismos internacionales.

Según el Fondo Monetario Internacional *más del 55% de la población palestina vive por debajo del umbral de la pobreza (cerca de dos millones de personas), y cerca de 450.000 personas han perdido sus fuentes de ingresos a consecuencia de esa situación.*

En esta situación de emergencia y tragedia que vive el pueblo palestino toda acción programada de sanidad pública queda insuficiente y poco elaborada a pesar del empeño que ponen en ello los funcionarios públicos sean sanitarios o no. Es obvio que el primer perjudicado de esta situación sea la población civil receptora de estos servicios. En este ambiente es difícil conseguir un nivel óptimo de cumplimiento de los elementos favorecedores de la salud, más bien cobran fuerza los elementos favorecedores de la enfermedad.

TRAUMAS DE GUERRA

Como consecuencia de la agresión militar israelí contra la población civil e indefensa, en Palestina se ha producido un número importante de personas que han sufrido directamente el impacto de un traumatismo físico o psíquico causado por la acción bélica del ejército israelí. *El número de traumatizados sobrepasa toda capacidad de atención y rehabilitación del Sistema Público de Salud en Palestina.* Especial mención merece el alto porcentaje de traumas psíquicos sufridos por la infancia. Toda esta situación ha creado un auténtico desafío a la sanidad pública para poderlo atender en cantidad y en calidad a corto y medio plazo debido a la profundidad y amplitud de los múltiples traumas sufridos por la población, según denuncian medios hospitalarios y responsables sanitarios de la Cruz Roja y Media Luna Roja internacionales. Teniendo en cuenta los factores biológico-sociales favorecedores de la salud tales como la nutrición, vivienda, vestuario, nivel económico, servicios médicos y la seguridad social, y los factores externos favorecedores de la enfermedad, tales como las infecciones, infestaciones, intoxicaciones, traumatismos (físicos y químicos) y traumas psíquicos, no es difícil imaginar la dificultad

que supone para cualquier autoridad sanitaria cumplir con los requisitos mencionados anteriormente en pro de la salud de la población.

EQUIPOS MÉDICOS Y CENTROS SANITARIOS BAJO FUEGO DEL EJÉRCITO ISRAELÍ

En medio de estos ataques programados los equipos médicos, las ambulancias y los centros sanitarios fijos y móviles han sido objeto de ataques militares directos con todo tipo de armamento a manos de soldados del ejército israelí y de las fuerzas paramilitares que le acompañan (los colonos), según denuncian organizaciones sanitarias y de derechos humanos destacados en el área.

No cabe duda de que existe una intencionalidad y planificación previa de estos ataques: porque ¿qué significa disparar con armamento pesado y a corta distancia contra equipos médicos que van perfectamente identificados?

Estos hechos son clasificados como «*horribles actos sancionables*» de acuerdo con la cuarta Convención de Ginebra de 1949 para la protección de la población civil y los equipos médicos en tiempos de guerra. Constituyen una forma de homicidio reiterado; y *son sancionados según los apartados 146 y 147 de la mencionada ley internacional*. Dicha ley garantiza a los cuerpos sanitarios la protección y la seguridad sobre sus vidas mientras realizan sus tareas humanitarias para salvar la vida de los civiles. Tanto el ejército israelí como el poder político que lo sostiene no respetaron en ningún momento la vida de los equipos médicos, ni han respetado las normas del derecho internacional en esta materia, según recoge la Cruz Roja Internacional en sus documentos y denuncias al respecto.

Como consecuencia de esta actuación fuera de toda norma ética y legal, han perdido la vida siete profesionales sanitarios palestinos entre médicos y enfermeros, y el médico alemán Mark Fischer. Otros 90 médicos y enfermeros han caído heridos de distinta consideración, amén de la destrucción de decenas de ambulancias y varios hospitales y ambulatorios públicos y privados según los informes de la Cruz Roja Internacional. En más de una ocasión el ejército israelí ha impedido la entrega de material sanitario y de medicamentos de primera necesidad en los centros hospitalarios, incluso cuando estos envíos fueron gestionados por la Cruz Roja Internacional. Las cadenas de televisión internacionales han sido testigo directo sobre hechos sobrecogedores y llenos de brutalidad inexplicable, tales como: dejar desangrar a una parturienta en una

ambulancia en un punto de control del ejército israelí bajo el pretexto de medidas de seguridad, como no permitir la llegada a urgencias hospitalarias a una niña de corta edad que se estaba asfixiando debido a una crisis asmática y termina por morir en los brazos de su padre en el punto de control del ejército bajo el extraño pretexto de seguridad. Informes de la Cruz Roja Internacional denunciaron el secuestro y posterior uso de ambulancias de la Media Luna Roja Palestina por el ejército israelí en misiones de comando dentro de las ciudades palestinas, o la utilización de las personas como *escudos humanos* tal y como sucedió en el ataque contra el campo de refugiados de Yenin en el mes de abril de 2002 y en otros muchos lugares de Palestina. Todas estas actuaciones son clasificadas como crímenes de guerra según la Declaración Universal de Derechos Humanos.

OBJETIVOS SANITARIOS EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS POLÍTICOS DE LA ANP

La ANP persigue desarrollar un *Sistema Público de Salud* acorde con las exigencias de nuestros tiempos. Para ello es fundamental disfrutar de una paz que permita poner en marcha planes sólidos y permanentes de salud. No es posible desarrollar estos planes sin un sistema económico que los sostenga. Ambas condiciones, paz y economía estable, son imposibles de realizar bajo un régimen de ocupación militar contraria a la legalidad internacional. Desde esta óptica la ANP tiene establecidas una serie de prioridades para poder llevar a cabo el proyecto nacional de desarrollo.

El objetivo más inmediato de la ANP es acceder a la independencia del Estado de Palestina. Para ello es necesario que desaparezca la ocupación israelí de su territorio en Gaza y Cisjordania en cumplimiento de las distintas resoluciones del Consejo de Seguridad de ONU (mención especial de las resoluciones 194, 242, 252, 338, 1515, 1397, entre otras), aplicar el espíritu de la Conferencia de Paz de Madrid, el desmantelamiento de las colonias israelíes construidas en el territorio palestino, y la eliminación del muro de segregación racial y anexión territorial construido últimamente en territorio palestino.

La cuestión palestina es compleja, pero no por ello deja de ajustarse al derecho internacional vigente. Por ello es preciso que Israel acceda al cumplimiento de las resoluciones del CS de ONU relacionadas con este asunto. También es necesaria la buena voluntad y disposición de ambos protagonistas para

proyectar una relación de futuro basada en la *soberanía* de ambos pueblos. No cabe duda de que es necesaria también la contribución de las instancias oficiales y populares regionales, internacionales, y del Alto Organismo de Naciones Unidas, para poder resolver todos los asuntos derivados del conflicto palestino-israelí. Una de las más espinosas cuestiones es la de los más de cuatro millones de refugiados palestinos que viven en la *diáspora* y que fueron expulsados de su tierra en 1948 y 1967.

Como punto final a esta breve exposición decimos que la creación de dos Estados en Palestina histórica, uno israelí y otro palestino, sería una solución práctica y consecuente de la realidad existente. La existencia de ambos estados y la buena vecindad contribuirían, sin duda, a la causa de la paz regional y mundial. Un sistema público de salud se desarrollará mejor y con mucha más eficacia en un ambiente de paz y prosperidad que en un ambiente de guerra, enfrentamiento y de ocupación territorial, carente de todo fundamento racional.

BIBLIOGRAFÍA

- Barreda, J. (1998). «Refugiados palestinos 1948-1998». *Rev. Nación Árabe*. Nº 34.
- Bastenier, M.A. (2002). *Israel-Palestina. La casa de la guerra*. Taurus-Pensamiento.
- Hanna, Amira (2002). «La Hoja de Ruta y la solución provisional duradera». Periódico *Al-Quds*. Jerusalén. Palestina.
- Sales, Ferrán (2003). «El muro de la vergüenza». *El País semanal*, revista semanal del periódico *El País* nº 1416 (16 .XI.2003).
- Said, Edward W (1997). *Palestina, Paz sin territorios*. Edit Txalaparta S.L. España.

DOCUMENTOS

- «La sanidad bajo la ocupación» (1988). Informe de la Media Luna Roja Palestina a la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- «Informe anual sobre la situación sanitaria en Palestina» (2003). Comités de Acción Sanitaria. (The Health Work Committees) en Palestina.
- «Informe anual de la situación sanitaria en Palestina». (2003). Media Luna Roja Palestina. Ramallah, Palestina.
- «Anuario de actividades sanitarias en Palestina» (2003). The Palestinian Children's Relief Fund. Ohio.
- «Situación de Derechos Humanos en Palestina en el Informe Anual sobre Derechos Humanos en el mundo» (2002). Amnistía Internacional. Londres.
- «Informe sobre la situación de Derechos Humanos en Palestina» (2001). Comisión de Derechos Humanos de NNUU. Ginebra.
- *Palestinos e israelíes. Cincuenta años de la partición del territorio*(1999). Fundación Humanismo y Democracia .Ediciones Encuentro. España.
- *Palestina. La fuerza de la razón y el camino hacia la soberanía*. Comité de ONG sobre la Cuestión Palestina. Ed. Asociación pro Derechos Humanos. España.

- *Los palestinos y sus derechos* (1978). Coloquio de juristas árabes sobre Palestina. Ed. Fundamentos. España.
- «Palestina e Israel». (1998) *Revista África-América latina*. Cuaderno nº 32 .Ed. Sodepaz-Sodepau y ASPA. Madrid.
- «Informe Anual sobre Situación Sanitaria en los Territorios Palestinos Autónomos» (2000). Ministerio Palestino de Sanidad.
- «Negociación final hacia un estado palestino» (1999). *Rev. Nación Árabe* nº 39. Madrid.
- «Acuerdo Nacional para las negociaciones sobre el Estatuto Final con los palestinos. Documento Bellin- Eitan» (1997). *Rev. Nación Árabe*. Nº 31-32.
- «Documento de Ginebra entre personalidades palestinas e israelíes sobre el hipotético acuerdo final del conflicto palestino- israelí» (17-10-2003). Periódico *Al-Quds*.

POLÍTICA SOCIAL Y DERECHOS EN ÁFRICA: DEL CONTRATO SOCIAL A LA PÉRDIDA DE AUTODETERMINACIÓN

FIROZE MANJI*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años del siglo XX, África será recordada por dos acontecimientos históricos. Uno, el ascenso del movimiento popular que condujo a la caída del apartheid en Sudáfrica; el otro, la catástrofe humana que suponía la masacre de más de un millón de personas en Ruanda. Si el primero se consiguió por la movilización de la mayoría para conseguir una alternativa democrática para el desarrollo social, el otro estuvo avivado por las presiones para acatar una agenda social definida por países externos para abrir sus mercados a las necesidades del capital.

Estos acontecimientos representan los extremos de esperanza y desesperación que han caracterizado al continente en los últimos años del milenio. Cada país contiene, aunque en distintos grados, una combinación de factores que pueden conducir a diferentes resultados, un futuro construido en el respeto a la dignidad humana, o un futuro destrozado por los conflictos. Unos u otros resultados no están en «manos de los dioses». La probabilidad vendrá determinada por un número de factores, no pocos de los cuales dependerán de la tendencia de las políticas sociales y el modo en que sean implementadas.

Pero en la era de la «globalización», la capacidad de los países africanos para determinar los objetivos y el contenido de la política social ha sido radicalmente reducida. Internacionalmente, la globalización ha significado que los ricos se han hecho más ricos y los pobres más pobres. Mientras que la renta media del 20% de los ricos de la población mundial era 30 veces la del 20% de los más pobres en 1960, en torno a 1990 era de 60 veces más, y en 1997, 74

* Director de *Fahamu*.

veces la de los últimos 50. A finales de 1990, el 20% de la población mundial tenía el 86% del PIB mundial, mientras que el 20% más pobre tenía el 1%. El capital de los tres mayores millonarios suponía más que el PIB de todos los países menos desarrollados y sus 600 millones de habitantes.

Casi un cuarto de la población mundial tiene unos ingresos diarios de menos de un dólar –una proporción que se está incrementando–. El Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PDNU) calcula cada año el índice de pobreza basándose en una serie de cálculos incluyendo la prevalencia del analfabetismo, esperanza de vida, grado de malnutrición y el acceso a los servicios de salud y agua potable. En 1996, alrededor de mil millones de personas estaban por debajo de este índice, la posición había empeorado en 30 países, la peor desde que el PDUN había empezado a calcular el índice en 1990.

En este escrito, yo argumento que la mayoría de la población en África parece tener menos control de su propio destino y menos control en cuanto a los objetivos del desarrollo social desde que obtuvieron la independencia –algunos pueden considerar que menos que nunca–. El avanzado mundo capitalista (el Norte), a través de instituciones financieras, agencias de desarrollo e instituciones como la OMC (Organización Mundial del Comercio), está cada vez más determinando y definiendo la agenda para el desarrollo social y económico en África. Esto ha tenido unas consecuencias desastrosas en la pobreza en África.

Para entender cómo ha sucedido esto, debemos trazar la aparición de la política social en la región desde los tiempos del colonialismo hasta el presente.

LA POLÍTICA SOCIAL EN LA ÉPOCA DEL «CONTRATO SOCIAL»

En la época colonial, los servicios sociales gubernamentales en África eran mínimos. La política social estaba enfocada a asegurar la integridad de las estructuras de las normas coloniales. Estaba diseñada para asegurar una calidad laboral suficiente para garantizar una razonable y eficiente explotación de la colonia. Los objetivos del desarrollo social fueron definidos en la metrópolis. Con ese marco de trabajo, la determinación de la política social y su ejecución fue frecuentemente descentralizada, siendo delegada al gobernador de la colonia y su administración.

Los servicios sociales no estuvieron, no obstante, ausentes. Por ejemplo, en períodos de serios brotes de epidemias en los barrios de chabolas, en los guetos superpoblados, en las reservas, los servicios de salud fueron provistos principalmente para evitar la posibilidad de que las infecciones se extendieran a la población blanca. En algunas ocasiones les educaban en conocimientos básicos que podrían ser necesarios para la administración de la colonia o para particulares formas de explotación. La inmensa mayoría de la población rural fue abandonada a las garras de la caridad y de los grupos misioneros (los precursores de las modernas ONG) para intercambiar su mercancía espiritual por ayuda en educación, salud y otros servicios sociales. La implementación de la política social fue «descentralizada» –delegada a la autoridad nativa cuya función fue mantener el control social en las reservas rurales–. Los gastos del estado en el sector social de los colonos blancos o de los agentes coloniales fueron, en cambio, normalmente generosos. Aunque en la víspera de la independencia hubo significativos cambios en el alcance de las inversiones hechas en los sectores sociales, la mayor parte de la función estatal en esos sectores fue sólo para una minoría.

La situación cambia sustancialmente con la independencia. Esto permanece como uno de los más notables y todavía menos conocidos logros de los gobiernos de la independencia, que en el espacio de algunos años hicieron que el acceso a los servicios de salud y la educación fuera efectivamente universal. Y es un homenaje a la capacidad del Estado para implementar de una forma espectacularmente rápida los programas sociales, aunque pueda ser argumentado que la calidad de los servicios tenía muchas deficiencias.

El impacto de esas intervenciones se vio reflejado en el consiguiente espectacular cambio en la esperanza media de vida, en las tasas de mortalidad infantil y juvenil, en la mejora en el estatus nutricional de los jóvenes, y en los niveles culturales y logros educacionales. Las mejoras sustanciales en todos esos parámetros fueron observadas en todo el continente a finales de los años 70 como resultado de los programas sociales. Los datos totales del África subsahariana muestran, por ejemplo, que la esperanza de vida creció de 38 años en 1960 a 47 en 1978, a pesar del hecho de que la renta per cápita creció sólo modestamente desde 222\$ hasta 280\$. Estos hechos ponen en duda la actual, y en su mayor parte ideológicamente motivada, caricatura de los Estados como incompetentes e incapaces de realizar servicios efectivos.

Hubo dos fundamentales razones para la importante inversión hecha por los gobiernos independientes en el sector social.

Primera, los movimientos nacionalistas que llegaron al poder con la independencia firmaron las bases del «contrato social» con los movimientos populares que ellos conducían. Su credibilidad y legitimidad derivaron de su promesa de poner fin a las injusticias que caracterizaron la era colonial. El período siguiente a la II Guerra Mundial tuvo niveles sin precedentes de movilización popular y la formación de numerosas organizaciones populares (formal e informalmente) en todo el continente. Ello se debió, en la base popular, no tanto (al menos inicialmente) al deseo de abstractos conceptos de autodeterminación como a la lucha por los derechos básicos que eran parte de las experiencias diarias de la mayoría. La chispa inicial para la mayoría del pueblo era el deseo de obtener y organizar el derecho a la comida, agua, tierra, educación y salud. Sobre el derecho a la libertad de asociación, libertad de manifestación, protección frente al acoso y frente a otras formas de abuso de los derechos humanos. Algunos grupos dentro de la sociedad se organizaron alrededor de los asuntos que más les preocupaban –aspiraciones de organizaciones locales capitalistas alrededor de sus limitaciones para acumular, mientras los colonos se organizaban alrededor de su derecho de acceso a la tierra–. Fueron estas numerosas agitaciones civiles (urbanas y rurales) las que dieron el ímpetu a los movimientos de liberación. La independencia política fue alcanzada gracias a la capacidad de los líderes de los movimientos nacionalistas para capturar la iniciativa de esas formaciones, uniéndolas en la promesa de que sólo a través de la autodeterminación e independencia podrían alcanzar todas sus aspiraciones.

La segunda razón más importante fue debida al clima favorable existente entre los «donantes» internacionales para este proyecto. Si las antiguas colonias tenían que ser integradas en el nuevo mundo económico que había emergido tras la II Guerra Mundial, entonces un nuevo ajuste estructural, o «modernización», como fue llamado, era necesario.

El camino para el «desarrollo» se hizo posible a través de inversiones sociales del estado en salud, educación y sectores del bienestar social, creando un ambiente favorable para lo privado. Ante el avance capitalista de los países, la opinión pública fue también favorable hacia la nueva política exterior de hacer buenos algunos de los males del pasado.

El punto crítico en esta política social estuvo determinado, o al menos fuertemente influido, por el movimiento de las masas. Éste fue diseñado para reunir las necesidades que el pueblo creía tener derecho a esperar que su gobierno atendiese. Y tan pronto como esos que ahora controlaban el Estado fueron uni-

dos por el contrato social, algún grado de responsabilidad se podía decir que existía entre el gobierno y el pueblo. Pero el grado de responsabilidad no fue, en la mayoría de los casos, persistente.

POLÍTICA SOCIAL Y DESPOLITIZACIÓN DE LA POBREZA

Una vez en el poder, los líderes nacionalistas (procedentes normalmente de representantes de la emergente nueva clase media) vieron como tarea propia prevenir de «fuerzas centrífugas» que compitiesen por el poder político o buscasen una mejor autonomía de la recientemente formada «nación». Habiéndose alcanzado la autonomía política de la autoridad colonial, eran reacios a acordar los mismos derechos para otros. Los nuevos ocupantes de la maquinaria del Estado vieron su papel como el «único desarrollador» y el «único unificador» de la sociedad. El Estado definió por ello un papel intervencionista en la «modernización» y un papel centralizado y controlador en el campo político.

Nacido de la lucha por la legitimidad del pluralismo frente al Estado hegemónico colonial, el pluralismo social comienza a ser desaprobado. Las asociaciones populares que habían lanzado a los líderes nacionalistas al poder gradualmente comenzaron a ser vistas como un obstáculo para el nuevo dios del «desarrollo». Ya no era necesaria la participación popular para determinar el futuro. Los nuevos gobernantes ofrecerían desarrollo para el pueblo. El nuevo gobierno «representa la nación y todo en ella». Ahora que la independencia política ha sido alcanzada, la principal preocupación fue «el desarrollo». Las mejoras sociales y económicas vendrían pacientemente como resultado de un esfuerzo nacional combinado abarcando todas las clases. En el período inmediato tras la independencia, los derechos civiles y políticos pronto comienzan a ser vistos como un «lujo», para ser disfrutados en algún momento en el futuro cuando el «desarrollo» haya sido alcanzado. Para el presente, decían muchos presidentes africanos, «nuestro pueblo no está listo», reflejando así, irónicamente, los mismos argumentos usados por los antiguos colonialistas contra las voces nacionalistas de independencia pocos años antes.

A la vez que la infraestructura social estaba siendo construida con el apoyo financiero de las «agencias de ayuda» oficiales, tuvo lugar una transformación que condujo a la desmovilización del movimiento popular que había dado alcance a la independencia. Las organizaciones populares que habían emer-

gido de la lucha por los derechos (sociales, políticos, económicos o civiles) fueron disuadidas de tener un papel en el proceso. Los derechos no fueron más la bandera alrededor de la cual los oprimidos podían reunirse.

En su lugar, el concepto de derechos fue codificado y dispersado en leyes y constituciones cuya relevancia o aplicación fue determinada por los asimismo proclamados, y progresivamente incontables, guardianes del Estado.

Un gradual cambio tuvo lugar donde los asuntos sobre derechos y justicia fueron remplazados por asuntos acerca del «desarrollo». El problema no parecía ser ya la negación de los derechos básicos, sino sólo la «pobreza». Mientras la primera suponía acciones para prevenir cualquier tipo de violación, la segunda se inspiraba sólo en la piedad y las preocupaciones sobre aproximaciones técnicamente «correctas» para la disminución de la misma.

Ciertamente había importantes problemas al frente de los recientes Estados independientes sobre cómo dirigir las fuerzas de producción (industrial o agrícola) para que el desarrollo de África arrastrase a ésta fuera de la miseria creada por la época colonial. Pero el discurso no era sobre el sentido que debía tener el desarrollo de las fuerzas productivas. Ni tampoco lo fue sobre el reconocimiento de que la pobreza era resultado de negar los derechos básicos y fundamentales. Fue, en cambio, acerca de la creación de una infraestructura que fortaleciese la capacidad de las nuevas clases dominantes para reunir y alisar esas incompetencias que estorbaban a la capacidad del capital internacional para continuar su explotación del país. Haciendo esto, los que estaban en el poder ambicionaban asegurarse que habría también oportunidad para la acumulación de riqueza para ellos mismos.

Las estructuras de responsabilidad y democracia que fueron inherentes en los movimientos centrados en los derechos fueron gradualmente marginadas. Y fueron remplazadas por el crecimiento de expertos apoyados por burócratas y decisiones centralizadas tomadas bajo la guisa de «plan nacional». Las asociaciones políticas fueron desalentadas, si no realmente desaprobadas, mientras los sindicatos fueron restringidos, incorporados en las estructuras de los partidos, o simplemente desmantelados. La hegemonía política de la nueva autoridad posindependencia había sido declarada.

Además, aquellos que controlaban el Estado y los órganos estatales descubrieron que el poder y el acceso al mismo otorgado por la maquinaria estatal era una importante fuente de riqueza y de enriquecimiento personal. Mientras aquellos como Nyerere ambicionaban controlar la capacidad de los funcionarios usando el Estado como una fuente de acumulación, en muchos otros Esta-

dos tal control era ampliamente desconocido. El acceso al Estado como fuente o medio para el enriquecimiento personal se convirtió en un fin en sí mismo entre la élite, la emergente clase dominante. Favores, mecenazgo y la creciente corrupción se convirtieron en un medio para limitar el acceso al «panal de miel» que era la maquinaria estatal. Y en muchos casos las fuerzas armadas fueron una poderosa fuerza para competir en el acceso al poder. Ciertamente, en el Oeste y África central, el golpe de Estado llegó a ser (y tristemente continúa siéndolo) un tópico.

Pero el «abuso» del Estado se convirtió en un factor crítico en las transformaciones incluidas en la agenda para el desarrollo. El mecenazgo se siguió usando cada vez más para comprar los favores de diferentes grupos en el país. La finalidad de los programas de desarrollo que fueron diseñados para asegurar el progreso no fueron llevados allí donde estaban las mayores necesidades sociales y económicas, sino que fueron llevados donde las inversiones podrían satisfacer la necesidad de atender favores con particulares grupos étnicos o sociales cuya alianza política era considerada útil en ese momento y donde la posibilidad de enriquecimiento personal era mayor para la élite.

En ese momento, pocos entre los donantes querían desafiar este estado de cosas, salvo cuando la mala práctica era tan grave como para llegar a ser un escándalo público. En su lugar, se impuso el pragmatismo. Este requería, si no cerrar los ojos, al menos «guiñarlos». Tal enfoque se ajustaba bien a los cambios políticos que habían comenzado en EEUU y en un número de países europeos, caracterizados por una emergente obsesión con las presuntas virtudes del *Laissez-faire* capitalista.

La aparición de un Nuevo Derecho

Bajo tales condiciones, casi no sorprendía que la competición por el acceso a los recursos se manifestase crecientemente entre las líneas «étnicas». Con la desaparición o supresión de organizaciones basadas en la lucha por los derechos, las viejas alianzas sociales basadas en rencillas históricas entre grupos «étnicos» reaparecieron. Las semillas de los venideros conflictos estaban ya echando raíces.

La política social, en este período, comenzó a ser articulada y puesta en marcha por una clase que asumió que los intereses nacionales eran sus pro-

pios intereses. Las consultas populares en la toma de decisiones fueron consideradas rituales innecesarios de un período anterior. Central para el paradigma de la modernización fue remarcar la «pobreza», más que los derechos y la libertad, como el principal problema de cara al «desarrollo de los países». Donde la pobreza fue una vez vista como el producto de la negación de los derechos sociales y económicos básicos, fue ahora considerada el «problema».

La política social en este período fue desarrollada central y paternalmente, con limitadas consultas con el «electorado». Desde que la solución a la pobreza fue considerado algo técnico, el estado se volvió hacia los «expertos en desarrollo». Éstos vinieron desde el Norte, pagados por el responsable de la respectiva agencia «donante». Su presencia estaba justificada por la falta de «capacidad local». El desarrollo social era llevado a cabo a través de «proyectos». El efecto fue desactivar la participación popular y despolitizar el motivo del desarrollo social.

Mediante la firme reducción de la pobreza a un problema técnico, y prometiendo soluciones técnicas a los sufrimientos de la pobreza y a los oprimidos, la predominante problemática del desarrollo era el principal medio a través del cual la pobreza se despolitizaba... Al mismo tiempo, haciendo los anteproyectos de «desarrollo» tan visibles, un proyecto de desarrollo podía concluir realizando operaciones políticas extremadamente delicadas haciendo así la expansión del poder estatal casi invisible, bajo una cobertura neutral de una misión técnica que nadie podría objetar.

Si el desarrollo social estaba ampliamente supervisado o vigilado por expertos en nombre de las respectivas agencias de los donantes, la política social se veía progresivamente influida, si no determinada, por las mismas agencias. Si bien el Estado tenía fundamentalmente el poder de aprobación, el que un proyecto continuara adelante o no dependía de la disponibilidad de fondos, concesión que permanecía en el poder de los donantes.

Al hacerse el Estado más distante de su base social disminuyendo la responsabilidad hacia esa base social y al hacerse el poder de decisión más centralizado y ejercerse éste más despolitizado, la influencia de los gobiernos del norte creció. Pero no sólo creció su influencia, sino que –a falta de que alguien lo desafiara- estos gobiernos asumieron la legitimidad de influir y determinar la política social en África. Si bien esa influencia puede haberse ejercido inicialmente con diligencia, se prescindió de todo cuidado en el posterior ajuste estructural.

POLÍTICA SOCIAL BAJO AJUSTE ESTRUCTURAL

La crisis económica que surgió de la crisis del petróleo se caracterizó por una proliferación del capital. Tanto Europa como América se vieron desbordadas con capitales con pocas posibilidades de rentabilidad. Aunque muchos países africanos ya tenían deudas, hay pocas dudas de que el exceso de capital creado por la crisis del petróleo proporcionó una tentación para incrementar la onerosa deuda. Los países en vías de desarrollo fueron emplazados a pedir préstamos para financiar el desarrollo. Aunque la deuda total de los países subsaharianos era relativamente pequeña en comparación a la deuda externa de los países en vías de desarrollo, el alcance de la deuda (y los costes de reparar esa deuda) en relación a los recursos y la capacidad productiva de esos países era excesiva.

Pero esa superproducción tuvo corta vida. Coincidiendo con el surgir de la revolución tecnológica de los ordenadores y la tecnología genética que atrajo las inversiones a nuevos campos donde los márgenes de beneficio eran también sustanciales, los años 80 vieron significativos incrementos en los costes de los préstamos. Con la subida de los tipos de interés, los países deudores se vieron de repente frente a revisiones del interés de los préstamos que absorbieron las ganancias de los beneficios de la exportación. Las deudas se convirtieron en el principal problema de preocupación en los « grupos de desarrollo ».

Las instituciones Bretton Woods que, en el período de posguerra, habían invertido mucho para asegurar el resucitar de las economías de Europa, se convirtieron en los nuevos comandantes de las economías del Tercer Mundo. Un montón de políticas sociales y económicas conocidas como programas de ajustes estructurales fueron aplicadas, en un espíritu de universalidad, globalmente. El impacto político y social de esas políticas estuvo en posicionar las agencias multilaterales de préstamos (con el apoyo de las agencias de ayuda bilateral) allí donde podían determinar los objetivos de desarrollo y los medios necesarios para alcanzarlos. Esto legitimó su intervención directa en los procesos de toma de decisión política, permitiéndoles a ellos, por ejemplo, fijar los niveles de los precios de producción y de consumo. Estas instituciones literalmente determinaron la extensión del compromiso que el Estado debía tener en el sector social, e insistieron en que el Estado impusiese draconianas medidas económicas y sociales que resultaron en un incremento del desempleo y en una disminución en los ingresos reales de la mayoría. El resultado fue la transformación y reestructuración de la base social del poder en los países africanos,

fortaleciendo las fuerzas o alianzas que pudieran ser simpáticas para la continuidad de la hegemonía de las agencias multilaterales y de las corporaciones multinacionales.

Mientras que en los inicios las agencias del Norte asumieron legitimación para influir en las políticas económicas sin una gran interferencia en las políticas sociales, la era de los ajustes estructurales hizo desaparecer cualquier apariencia de separación entre las esferas sociales y económicas.

Estas medidas tuvieron el efecto de exacerbar las divisiones entre los «que tienen» y los que «no tienen», entre los que, por razones de patronage o políticas, recibieron o no recibieron esos beneficios. Y las viejas, desacreditadas teorías del goteo, ahora ardientemente promovidas por el Fondo Monetario Internacional y por el Banco Mundial, fueron acogidas como el único y legítimo camino para disfrutar de los frutos del desarrollo.

La falta de satisfacción social con las políticas del gobierno llevó en los años 80 a manifestaciones espontáneas, quemas de cultivos, huelgas salvajes y similares expresiones de descontento. Las Universidades fueron cerradas, las manifestaciones brutalmente reprimidas y las huelgas declaradas ilegales. Los sindicatos, las organizaciones de estudiantes, las organizaciones populares y los partidos políticos se convirtieron en el objetivo de acciones o legislaciones represivas.

Tan amplia oposición tuvo como resultado que las agencias de ayuda oficial y las multinacionales en algunos casos pensaran cómo presentar esos mismos programas económicos y sociales con una cara más humana. Importantes volúmenes de fondos fueron reservados para ayudar a «mitigar» la «dimensión social de los ajustes». La intención de tales programas era actuar como paliativos que pudiesen minimizar las más grandes desigualdades que sus políticas habían perpetuado. Los fondos estuvieron disponibles para asegurar que los servicios sociales para los «vulnerables» pudiesen ser provistos, pero no en esta ocasión por el Estado (el cual después de todo había sido obligado a «retirarse» del sector social) sino por el siempre servicial sector de las ONG.

La disponibilidad de tales fondos por el sector de las ONG iba a tener un profundo impacto en la auténtica naturaleza de este sector. La presión sobre las ONG iba a animarlas a convertirlas en proveedores de servicios en lugar de activistas sociales, llenando el espacio creado por la retirada del Estado. Este espacio fue el que, de acuerdo con la ideología neoliberal, se suponía iba a ser llenado «más eficientemente» por las empresas privadas. Pero las empresas privadas, teniendo un más refinado instinto para obtener beneficios que para

las ideologías de ajustes estructurales, rechazaron entrar en el juego. En cambio, el entonces llamado «tercer sector» fue tentado con sustanciales concesiones (regalos) para cumplir este papel. Lo pensado era que las ONG estaban supuestamente más cerca del pueblo, con más eficiencia y con mayor poder de impresión que el Estado. El hecho de que las ONG fueran en la práctica no más responsables para la población que las compañías privadas, dio una fuerza añadida a las agencias del Norte para influir en la política social. Sin alternativa o independientes fuentes de ingresos, la vulnerabilidad del sector de las ONG fue explotada para servir los intereses de las agencias extranjeras que habían sido capaces de una manera creciente de definir la agenda del desarrollo social.

Aunque durante los 90 había habido una total reducción en la ayuda de los países de la OCDE, las proporciones a través de las ONG habían crecido sustancialmente. Las ONG fueron percibidas como un poderoso mecanismo mediante el cual los gobiernos del Norte podían circunvalar al Estado para ejercer influencia directa no sólo en la política social, sino también para actuar con un significado de intervención política. En la cumbre social de 1995, por ejemplo, el vicepresidente de EEUU dijo que su gobierno «podría buscar el medio para dar el 40% de su asistencia a los países pobres a través de ayuda privada y de grupos de caridad que habían demostrado una mayor eficiencia que muchas organizaciones internacionales, incluyendo las Naciones Unidas». El papel político de la USAID (ayuda americana) fue públicamente criticado por Nelson Mandela en su discurso a las naciones en diciembre de 1997. Citando un informe de los consultores de USAID:

«Dos tercios de los fondos de ayuda americana... son usados para financiar ayuda dependiente de ONG... la vieja lucha de las ONG había sido rediseñada como Organizaciones de Servicio Civil (o CSO). USAID ahora financia CSO para controlar la política pública, facilitar información, y recomendar políticas alternativas, y para servir como centinelas, brokers y árbitros para la voluntad pública. El propósito de los fondos de USAID es capacitar a esas CSO para funcionar como grupos de apoyo efectivo a la política y para presionar... A través de sus ONG, USAID intenta jugar un papel clave en la política interna acerca de los más difíciles, controvertidos temas de la política nacional. La agenda política de los USAID es ambiciosa y extensa».

Insistiendo en que el Estado redirigiese sus inversiones fuera del sector social a favor de lo privado, el camino estaba abierto para la descarada dirección de la política social usando la ayuda y fondos «equivalentes». El derecho del Estado para definir, determinar e influir la política social fue efectivamente

retado, creando considerables tensiones entre el Estado y las ONG. El hecho de que la legitimidad de los que controlan el Estado hubiese caído debido al despotismo y patronazgo, facilitó que algunos estuvieran en posición de defender su negación del papel del Estado.

PLURALISMO, ACUMULACIÓN PRIMITIVA Y CONFLICTO

El final de los 80 presenció el resurgimiento de los movimientos de masas en Sudáfrica desde su aplastamiento brutal en los 60 y 70. La economía sudafricana estaba paralizada, así como sus instituciones políticas. Todas las miradas se pusieron en el sur: todo el mundo esperaba una explosión, una revolución, que podría sacudir el continente. La legitimación de la oposición política y la expulsión del racismo en la sociedad civil en Sudáfrica fue la respuesta de la comunidad internacional, y la única forma de prevenir el temor a las convulsiones sociales. Pero si la oposición política y las libertades en la sociedad civil eran legitimadas en una parte de África, ¿por qué no en todas partes?

Además, con la caída del Muro de Berlín, la credibilidad de los movimientos ofreciendo una alternativa ideológica para el capitalismo thatcheriano, «obtén riqueza rápida arruinando a tus vecinos», también cayeron. La oposición no cumplió más una función de ideas alternativas políticas o cómo se podía mejorar el desarrollo, sino una abierta y franca lucha en el mercado por la hegemonía económica.

Entonces, en los 90, el foco de atención de la comunidad internacional se situó en persuadir a los gobiernos africanos para que permitiesen el pluralismo político en forma del «multipartidismo». La democratización de las estructuras del Estado no había ocurrido, y esto no interesaba ya a las élites dominantes.

El papel del Estado en el sector social había sido efectivamente castrado en el proceso de los ajustes estructurales, y su decisivo papel en la determinación de la política económica había sido apropiado por las instituciones multilaterales. El pluralismo en la arena política pareció la única posibilidad que hubo en ese momento para mantener a distancia o evitar las posibilidades de las convulsiones sociales.

Hace diez años muchos esperaban que la situación en África podría ser cualitativamente mejorada con un partido estatal y gobiernos militares que diesen forma o camino a sistemas de multipartido y gobiernos elegidos. El tan cacar-

reado «Renacimiento africano» ha sido asociado, en cambio, con resultados económicos decadentes, un ajuste estructural impuesto externamente, reincidencia en lo democrático y otras reformas de derechos humanos, e incremento de las tensiones nacionales y regionales. La guerra civil en la región de los Grandes Lagos ha incluido dentro de su vorágine países tan lejanos como Chad, Namibia y Zimbabwe, así como también países en la periferia inmediata de los Lagos. Otros conflictos han atemorizado también Angola, Sierra Leona, Sudán, Somalia, Liberia, Eritrea, Etiopía y Lesotho. Los conflictos han llevado a la desestabilización de las poblaciones y a masivas corrientes de refugiados dentro de los países vecinos o de una región del país a otra, siendo mujeres y niños la aplastante mayoría de esos afectados.

Es verdad que ha habido progresos en países como Sudáfrica, estancadas economías y crecientes disparidades entre ricos y pobres que amenazan con desestabilizar o eliminar los beneficios conseguidos. El desencanto y el malestar social resultado de unos estándares de vida en decadencia, algunas veces un malestar político y social de origen histórico, frecuentemente lleva a ambientes políticos volátiles. Incluso en Sudáfrica, con la mayor economía en África, más del 30% de sus 40 millones de habitantes están desempleados, muchos viviendo en extrema pobreza como una herencia del apartheid. La economía de los países plantea miedos sustanciales hacia la sostenibilidad de la democracia y de las reformas sociales. En cualquier parte, como en Zimbabwe, una retirada de la democracia y de las reformas de los derechos humanos y de la tolerancia por la «sociedad civil» ha sido también temida de cara a las reformas económicas.

La caída de la ideología asociada con la caída del Muro de Berlín llevó a la legitimación de una competición sin piedad, competición que fue, ante la ausencia de mecanismos legítimos para restringirla o una maquinaria de estado creíble para mediar en ella, crecientemente conducida por los más terribles métodos, y en algunos casos (como ej., Sierra Leona, Liberia) usando métodos militares. La distinción entre organizaciones sociales para actividades criminales y para propósitos políticos se hizo borrosa. Los civiles fueron cada vez más situados en el fuego cruzado como objetivos de los grupos armados de oposición o de la cada vez más desesperada maquinaria del Estado.

A pesar de los movimientos hacia la democratización en algunos Estados, el fraude, irregularidades en el procedimiento, el acoso o encarcelamiento de los oponentes políticos, periodistas y abogados, el mayor empleo de la tortura, deliberadas matanzas de prisioneros y otras indefensiones del pueblo, asesi-

natos extrajudiciales, continuó siendo el modo mediante el cual los que tenían el poder retenían el control sobre la maquinaria estatal. Mientras en algunos casos los asesinatos habían sido cometidos en el fondo de una guerra civil donde los miembros de una particular comunidad o «grupos étnicos» eran vistos como objetivos legítimos, en otros casos el Estado apoyó asesinatos que habían sido mostrados simplemente como consecuencia de «choques étnicos».

Lejos de estar luchando por la legitimación de los derechos básicos o por dar una mayor responsabilidad al Estado y sus estructuras, el resultado ha sido ofrecido a la opinión pública como violentas discordias entre departamentos de las clases gobernantes compitiendo por el control del Estado. Con sus distritos electorales normalmente en áreas rurales, la inevitable consecuencia fue llevar la explosión de las tensiones tribales dentro del contexto urbano.

El material básico para el crecimiento de los conflictos en África había sido establecido. El movimiento popular que se había organizado en otros tiempos alrededor de la lucha por los derechos y la justicia había sido desactivado, o a través de la represión o bien redirigiendo su atención hacia el aparentemente neutral territorio del «desarrollo». El proceso de democratización del Estado colonial había sido limitado hacia el no racismo en la sociedad civil urbana, mientras el campesinado permaneció dentro de las estructuras de la autoridad nativa establecida bajo el colonialismo. El proceso de desarrollo en sí mismo había venido a ser una fuente de enriquecimiento y patrocinio. Los programas de ajuste estructurales exacerbaron la diferenciación social.

Al ser el «pastel» más pequeño con la crisis de la deuda y el deterioro de los términos del comercio, el Estado se volvió menos represivo. Y justo como había ocurrido en 1920, en otra época, en las áreas rurales numerosas organizaciones religiosas o cuasireligiosas, sectas y otros movimientos parecidos emergieron como fuente de social solidaridad, algunos enteramente basados en asociaciones étnicas, otros más diversos. Y en los centros urbanos, la única forma de organización tolerada se convirtió en la red de organización criminal que tiene sus raíces en los guetos periféricos de las ciudades de África.

El Estado en el África contemporánea heredó muchos de los rasgos de su predecesor colonial. El carácter represivo de la legislación colonial, de la judicatura, y de la coercitiva maquinaria del Estado, está bien documentada. El gobierno colonial era autoritario y racista. Su estrategia fue «divide y vencerás», acompañada de un desarrollo basado en la desigualdad. En su intención estaba la creación de un sistema de «despotismo descentralizado» (utilizando

la terminología de los Mamdani), que supuso un amplio empleo de las autoridades nativas para definir y aplicar determinadas prácticas, apoyándose en las fuerzas armadas del Estado central, con la intención de controlar, gobernar y explotar a los campesinos.

Aunque con la independencia cambiaron de mano los gobiernos, la estructura de la maquinaria estatal fue apenas transformada de forma sustancial. Los programas políticos que se llevaron a cabo con considerable determinación en cada país fueron para eliminar el racismo tanto del Estado como del dominio público. Los privilegios establecidos racialmente fueron supervisados a fondo, dando nuevas oportunidades a la ascendente clase media para el enriquecimiento personal, creando las bases sobre las cuales los favores y la corrupción podrían sin duda florecer. Pero el proceso comenzó por cambiar la cara de la vida urbana y la sociedad civil urbana.

Las estructuras de las étnicamente definidas autoridades nativas que constituían una pieza crítica de la dominación imperial antes de la independencia, y cuyo ejercitado control y hegemonía en las áreas rurales a través del sistema del caciquismo sin voto fue en su mayor parte dejado intacto en la mayoría de los países.

El no racismo de la vida urbana sin una destrribalización concurrente de la autoridad rural fue el inicio de la «crítica dicotomía de la economía política poscolonial» y podría ser la fuente de mayores conflictos en el futuro.

«...Sin reforma en el estado local, la agricultura encarcelada bajo el dominio de unas autoridades nativas de múltiples etnias no podía ser introducida dentro de la corriente del proceso histórico. Con la ausencia de democratización, el desarrollo se convirtió en una agenda vertical que había que cumplir en la agricultura. Sin pasar a través de la democratización, no podía haber desarrollo en el mercado local. La reciente y amplia apertura fallida fue una grieta para la independencia. Con cada descenso en la economía internacional, la grieta se presentaba como una oportunidad para un ajuste estructural definido externamente que combinaba un programa de privatización poco definido con un extensamente definido programa de globalización. El resultado fue a la vez una interna privatización que recordó el racial desequilibrio que había sido la sociedad civil en el período colonial y una afluencia de capital dirigida externamente que trajo consigo una legión de expatriados; de acuerdo con las estimaciones de la ONU, más que en el período colonial.»

El conflicto que tuvo lugar en Ruanda en 1994, cuyo resultado fue la masacre de un millón de personas en menos de nueve meses, fue una catástrofe

humana de proporciones inmensas. Pero sus causas fundamentales son un trágico ejemplo de las consecuencias de una agenda social y económica que exacerba las contradicciones internas.

La ruptura del Acuerdo del Café Internacional (International Coffee Agreement) tuvo un efecto devastador en más del 70% de las familias del país y los granjeros de Ruanda expresaron su frustración y su ira quemando alrededor de 3.000 árboles de café. Esto exacerbó las tensiones que habían sido avivadas por la tentativa de invasión por el Frente Patriótico Ruandés (RPF). El gobierno interpretó el gesto político y entendió que su legitimidad estaba siendo desafiada. Desesperadamente se volvió más represivo, difundiendo propaganda de odio contra el supuesto «enemigo», los tutsis, fomentando asesinatos sistemáticos y violaciones contra cualquiera que ellos definiesen como tutsis o aliados de los tutsis. El componente defensivo de los gobiernos ya sobrepasaba sustancialmente los presupuestos, y el tamaño de los ejércitos se incrementaba de no más de 5.000 hasta sobrepasar los 40.000 soldados. Este era el contexto en el cual el Banco Mundial insistió en la implementación de sus paquetes estándar de política social y económica para la reducción del gasto público, privatización, reducción de economías y hacer pagar al pueblo más por salud y educación. El efecto fue el incremento en la carga sobre la mayoría de los ruandeses, el 85% de los cuales estaban viviendo por debajo de la línea de la pobreza. En el contexto de la desintegración de las frágiles instituciones políticas, el impás político entre el autogobierno y los Acuerdos de Arusha, que propusieron compartir el poder con el RPF, cualquiera podría haber hecho estallar el conflicto. Y esto en efecto ocurrió cuando el avión presidencial fue derribado en abril de 1994.

Si el proceso de desarrollo se había llevado a cabo alrededor de quien tenía acceso al mismo, la guerra civil era la continuación de ese proceso por otro más destructivo. La guerra civil aparece para convertirse en la inexorable consecuencia del propio proceso de desarrollo. En Sierra Leona, tanto el ejército como los «rebeldes» son los principales actores en la industria minera. La guerra en Liberia se ha convertido en una lucrativa aventura para la minería ilegal, el tráfico de drogas y el lavado de dinero. La prolongada guerra de Angola ha ayudado a Savimbi y a alguna corporación multinacional a extraer diamantes del país: sólo en 1993, el grupo rebelde de Savimbi se embolsó 250 millones de dólares de las minas que controlaban. El conglomerado minero de Sudáfrica De Brees ha admitido comprar diamantes ilegales de las minas de Angola por más de 500 millones de dólares. Sólo en 1992, el blanqueo de dinero proce-

dente de las drogas en los países rotos por la guerra sumó más de 856 millones de dólares. La guerra en la República Democrática del Congo, que ha envuelto a países de todo el continente, se ha convertido en una lucha por el control sobre la riqueza minera del país, una lucha en la cual un grupo de corporaciones multinacionales han estado implicadas.

GLOBALIZACIÓN Y PÉRDIDA DE AUTODETERMINACIÓN

El período del ajuste estructural trajo consigo el desmantelamiento efectivo del sector público, introduciendo la desregulación, privatización y «liberalización».

«Las industrias estatales fueron vendidas (liquidadas o saldadas); los servicios públicos “contratados fuera”; los proyectos de desarrollo “franquiados” a compañías privadas; el gasto social reducido radicalmente; las cargas a los usuarios por servicios básicos fueron introducidos o incrementados; los mercados “desregularizados”».

La preocupación de las instituciones financieras internacionales y de las agencias de ayuda del avanzado mundo capitalista, con la necesidad del ajuste estructural, fue enfocada, muchos que creen que hacia la ideología del Nuevo Derecho, el dogma del «neoliberalismo».

Pero su propósito era mucho más profundo. Y éste era reestructurar la economía mundial y fundamentalmente las relaciones sociales de producción de esa economía para las necesidades de la última fase de la globalización capitalista, en sí misma producto de la revolución en la información y en la tecnología de las comunicaciones así como de la tecnología genética. Así como la revolución tecnológica previa más importante (la «Revolución Industrial») había conducido a la necesidad de colonizar y someter al mundo a la masiva explotación en la productividad del trabajo, ahora la nueva revolución tecnológica ha creado su propio mundo económico reestructurado.

El ajuste estructural fue el medio para alcanzar esto. Aunque los efectos del ajuste estructural iban a tener las más devastadoras consecuencias en el Tercer Mundo, el ajuste estructural no se había limitado a las «periferias». El tache-rismo en RU y el reaganismo en EEUU fueron cambios internos del ajuste estructural que se llevaron a cabo dentro de los países capitalistas avanzados. Canadá también ha estado bajo su propio ajuste estructural, cuyos efectos tuvo muchos paralelismos con los del implementado en África.

La globalización había sido conducida por la expansión del mercado, forzando abrir las fronteras nacionales al comercio, al capital y a la información. Los principales canales para la transmisión de los cambios asociados con la globalización fueron las instituciones Bretton Woods y la Ronda Uruguay del GATT que dio nacimiento a la Organización Mundial de Comercio (OMC). Las negociaciones comerciales en Uruguay extendieron el concepto de liberalización del comercio a nuevas áreas, incluyendo comercio en servicios, comercio relativo a inversiones y a los derechos de propiedad intelectual. Esos «acuerdos multilaterales» han sido apoyados por fuertes mecanismos de refuerzo que no han sido sólo obligatorios para los gobiernos nacionales, sino que han reducido drásticamente su campo para hacer política. Nuevos acuerdos como son el Trade Related Aspects Of Intellectual Property Rights (TRIPS) permitirán a las corporaciones multinacionales dominar el mercado global incluso más fácilmente.

Está ampliamente admitido que el resultado ha sido incrementar la brecha entre los países ricos y pobres, y entre los ricos y los pobres de cada país. La globalización ha estado creando nuevos temores para la seguridad humana, incluyendo inestabilidad financiera e inseguridad en el trabajo e inseguridad en los ingresos; inseguridad cultural; inseguridad personal; inseguridad medioambiental e inseguridad política. Las estructuras y procesos de la política global están de hecho dominada por instituciones clave –el IMF, Banco Mundial, G-7, G-10, G-22, OCDE, OMC–, cada una de las cuales está dominada por los gobiernos de los países capitalistas avanzados. El Tercer Mundo –y por lo tanto la amplia mayoría de los pobres– tiene poca influencia en principio por la falta de miembros representados en esas instituciones, aunque en algunos casos por «falta de capacidad» o ausencia de deseo político para tener en ellas representación y participación efectiva.

La OMC ha manejado a la autoridades de los gobiernos nacionales. A las corporaciones multinacionales les ha sido dado más poder que a muchos estados. Esas corporaciones permanecen virtualmente incontrolables por nadie excepto por unos pocos selectos accionistas. No hay mecanismos para «la elaboración de normas éticas para hacer cumplir los derechos humanos a las corporaciones y a los individuos, no sólo a los gobiernos».

En la era de la globalización, los Estados africanos están perdiendo progresivamente autoridad para determinar la dirección social del desarrollo así como también del contenido de la política social. Las obligaciones impuestas externamente en materia de salud, educación y las medidas de bienestar y pro-

gramas sociales, los impuestos en los beneficios, la liberalización del control de precios y el desmantelamiento de las propias empresas estatales han contribuido todos ellos a extender las disparidades internas. Enfrentado al crecimiento dominante de las corporaciones multinacionales en las economías nacionales, todavía permanece alguna vía legítima para la acumulación por parte de la clase capitalista indígena. Sus oportunidades están limitadas a convertirse en agentes («compradores») de las multinacionales, a centrarse en el crimen, la corrupción, el tráfico de drogas, la explotación sexual, la migración ilegal o el tráfico de armas. Pero incluso tomando el segundo camino, su papel es como comprador. Como señala la UNDP, los criminales están «recogiendo los beneficios de la globalización». La desregularización de los mercados de capital y los desarrollos en las tecnologías de la información y de las comunicaciones «proporcionan caminos más fáciles, más rápidos y menos restrictivos» para el tráfico de drogas, blanqueo de dinero y tráfico de armas. Y la raíz de todo esto «está en la creciente influencia del crimen organizado, estimado en unos 1,5 trillones de dólares brutos al año, rivalizando con las multinacionales en el poder económico.» El empobrecimiento de África y las devastadoras reducciones en el gasto social no son entonces consecuencia de una absoluta falta de dinero o riqueza, sino una consecuencia del uso que se da a ésta.

¿Y el futuro?

¿Están los Estados africanos convirtiéndose en vigilantes de lo que pueda tal vez ser descrito como *bantustans* periféricas de la «aldea global»? Los objetivos de desarrollo económico y social, así como también el que éste sea llevado a cabo, son prediseñados por las instituciones de la globalización y por las multinacionales. ¿Es el papel del Estado esencialmente estar presente para mantener el orden social en el interés de esas minorías que se benefician de la globalización?

¿Estamos viendo una vuelta al paradigma colonial en el cual los servicios sociales para la mayoría serán proporcionados en base al favor o la caridad, y por tanto sólo como un mínimo suficiente para servir las necesidades de un nuevo orden global? ¿Hay importantes recursos de salud para ser entregados sólo donde las epidemias (como el HIV/SIDA) amenacen con extenderse al corazón de la aldea global? ¿La innovación tecnológica se concederá sólo si proporciona una eficiencia de la cual los privilegiados de la aldea global puedan extraer sus beneficios de los *bantustans*?

Parece haber una inexorable lógica en el actual sistema que, al menos que

sea interrumpida, bien puede conducir a una respuesta afirmativa a cada una de estas preguntas.

Y todavía, a pesar de todo, hay importantes progresos que podrían prevenir que el proceso condujera a su lógica conclusión, pudiendo esos progresos reafirmar la primacía de la justicia y los derechos humanos. El más importante de esos procesos ha sido el resurgir de organizaciones de base popular en muchos países de África que han conducido a individuos y comunidades a organizarse en defensa de sus derechos frente a las frecuentemente despóticas e inexplicables estructuras del Estado. Esas formaciones –reminiscencia del movimiento que dio origen a la lucha por la independencia– ven los derechos no como derechos legales «que implican un paradigma estático y absolutista, en el sentido de una autorización o reclamación, sino como un medio de lucha. En este sentido esto es más parecido a honradez o a justicia que a derecho. Visto en el sentido de lucha, el “derecho” no es una limosna concedida, sino una bandera portadora alrededor de la cual el pueblo se reúne para la lucha desde abajo».

Una gran parte de la búsqueda de la actual política social en África ha sido construida alrededor de la creencia de que el más importante reto en África descansa en el «desarrollo de una política social en el contexto de fondos públicos con frecuencia limitados, poca competencia institucional y escasos recursos humanos. Las políticas de ajuste estructural, el lento crecimiento económico, y la persistente pobreza son sólo algunos de los factores que conducen a los gobiernos a reexaminar sus políticas sociales y redes de seguridad, y a explorar nuevos enfoques para proveer las necesidades básicas a sus poblaciones». El principal reto es la búsqueda de lo que se puede llamar como el conocimiento de los «efectos involuntarios o no intencionados» relativos a la cobertura, equidad, eficiencia e implicaciones para grupos vulnerables. Como una aproximación a la creencia fundamental de lo que ha venido a conocerse como el «Consenso de Washington». Pero, ¿son la privatización de servicios, el ajuste de los programas sociales, la introducción de medidas de coste compartido y la descentralización de programas sociales la única elección para la política social? ¿No son esos los que han sido propuestos «ad nauseam» por el Banco Mundial y otras instituciones en la mayor parte de las dos últimas décadas, y de los cuales han resultado –sin excepción– unas amplísimas diferencias en las regiones? Para esos quienes, como el Banco Mundial, tienen un interés personal en asegurar que las políticas sociales son aceptadas con el mínimo de oposición, hay claramente un interés en emprender investigaciones para asegurar que

cualquier «efecto involuntario o no intencionado» son minimizados. Pero como dice el reciente informe de la UNDP:

«Los mercados competitivos deben de ser la mejor garantía de eficacia, pero no de equidad. La liberalización y privatización pueden ser un paso hacia los mercados competitivos, pero no una garantía de ellos. Y los mercados no son ni la primera ni la última palabra en desarrollo humano. Muchas actividades y mercancías que son decisivas para el desarrollo humano son provistas fuera del mercado, pero están siendo restringidas por las presiones del comercio, a la vez que restringidas por el medio ambiente... Cuando el mercado llega demasiado lejos en la dominación social y política de los beneficios, las oportunidades y recompensas de la globalización se extienden desigual e injustamente, concentrando el poder y la riqueza en un grupo selecto de gente, naciones y corporaciones, marginando a los otros... Cuando el afán de lucro de los agentes del mercado se escapa de las manos, ellos retan la ética del pueblo y sacrifican el respeto por la justicia y los derechos humanos».

Traducción: Macarena García Santiago

LOS RESULTADOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS

MANUEL MARTÍN GARCÍA*

LA SALUD, UNA MERCANCÍA: NUEVO PARADIGMA SANITARIO NEOLIBERAL

El triunfo de las propuestas «neoliberales» en Norteamérica y el Reino Unido en los años 80 y la caída del sistema soviético al final de esa década condicionaron el desarrollo de cambios en el papel del Estado como garante de derechos esenciales de los ciudadanos. Esta estrategia pretende reducir el papel del sector público como financiador y prestador de servicios sanitarios; introducir el mercado y la competencia como impulsores de la racionalidad, eficiencia y la calidad asistencial; reducir gasto público y brindar oportunidades al sector privado para hacer negocio en la asistencia sanitaria.

En el nuevo paradigma del neoliberalismo, la salud pasa de ser un derecho básico de la persona a la categoría de mercancía sujeta a las leyes del comercio, que se sustenta en algunas ideas-fuerza como la imposibilidad de mantener una asistencia de salud universal y equitativa, la incapacidad de los sistemas sanitarios públicos para producir servicios sanitarios de manera racional y la ineficiencia de la gestión pública.

LOS GRUPOS QUE IMPULSAN EL CAMBIO

En Europa (cuna del Estado del bienestar, promovido por la socialdemocracia, o de la planificación estatal de los países del llamado socialismo real), diferentes agentes externos al sistema sanitario, como grupos financieros, ase-

* Médico EAP Seixo. Secretario FADSP.

guradoras sanitarias, empresas multinacionales de asistenta sociosanitaria, industria farmacéutica y de electromedicina..., están presionando para aplicar en la zona estas políticas, para lo que cuentan con el respaldo de los organismos internacionales como la Organización Mundial del Comercio, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, impulsores del cambio: el Banco Mundial, en 1987, planteó en su *Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios*: 1) Trasladar a los usuarios los gastos por el uso de las prestaciones, 2) ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo, 3) utilizar de forma eficaz los recursos privados, 4) descentralizar los Servicios Sanitarios Públicos. Seis años después, en 1993, el *Informe sobre el Desarrollo en el Mundo* del Banco Mundial propuso dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad en el mundo: a) Introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y b) mejorar la asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

Los miles de millones de euros que los países europeos destinan a asistencia sanitaria, hasta ahora en manos públicas, constituyen un poderoso atractivo económico para las multinacionales del sector sanitario. Éstas presionan sobre las instituciones comunitarias para que en las negociaciones entre la Organización Mundial del Comercio y la Unión Europea se eliminen las barreras que dificultan o impiden su implantación en el sector sanitario, se abran los sistemas sanitarios a la libre competencia y se facilite la circulación de capitales y empresas del sector por todos los países de la Unión. Esta estrategia está dirigida a eliminar el monopolio público de los sistemas sanitarios (alegando que esto supone una subvención que dificulta la libre competencia en el mercado de servicios sanitarios)^{1,2} y a restringir la capacidad reguladora de los gobiernos en el sector de los servicios públicos (educación, sanidad, asistencia social...).

El sector servicios representa 2/3 de la economía y el empleo de la Unión Europea (UE-15), casi 1/4 de la totalidad de sus exportaciones y la mitad de todas las inversiones de la UE en otras partes del mundo. El gasto en protec-

¹ Pascal Lamy, comisario de Comercio de la Unión Europea, propuso en el European Services Forum que los presidentes de las entidades financieras especificaran sus prioridades para desarrollar mercados de servicios en construcción, educación, salud, servicios sociales, medio ambiente y medios audiovisuales.

² Michel Servoz, principal negociador de la UE en la comisión para los Servicios, declaró en el Simposium «Commentary GATS 2000 New Directions in Services Trade Liberations» que la salud, la educación y el medio ambiente estaban maduros para la liberación en Europa.

ción social (educación, sanidad, pensiones, discapacidad...) supone el 27,3% del PIB en la zona. Este importante volumen de dinero representa una oportunidad de negocio para el sector privado, que explica por qué se pretende acabar con el sector público que obstaculiza el desarrollo de los servicios privados.

Se pretende así cambiar la actual orientación de los servicios sanitarios destinada a satisfacer las necesidades de salud de la población por otra dirigida a obtener beneficios económicos privados. Las consecuencias de estas medidas son fácilmente previsibles si tenemos en cuenta que el sistema público tiene como finalidad última atender y resolver todos los problemas de salud objeto de demanda por la población, mientras que el privado busca sólo los más rentables económicamente. En definitiva, la liberalización del sector público sanitario y su apertura al mercado pretende prioritariamente convertir la sanidad en una mercancía más.

ACUERDO GENERAL SOBRE COMERCIO Y SERVICIOS

El Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (AGCS) de la Organización Mundial del Comercio obliga a los gobiernos a aplicar las políticas neoliberales: Reducir las regulaciones internas que impidan el comercio a nivel internacional, y derogar todos los procedimientos o normas técnicas que impidan o limiten la implantación de hospitales y servicios sanitarios privados. El acuerdo promovido por la OMC puede anular unilateralmente las normativas estatales de los diferentes países que la integran y sancionar a quienes no cumplan sus acuerdos y resoluciones.

El AGCS establece todo un conjunto de medidas dirigidas a fragmentar los sistemas sanitarios como fraccionar, separar y privatizar servicios sin los cuales no pueden funcionar los centros sanitarios (limpiezas, cocina, mantenimiento, historias clínicas), introducir la gestión privada a los hospitales públicos o subcontratar (externalizar) determinados servicios (laboratorios, diagnóstico por la imagen).

Como consecuencia de estas presiones, la Oficina Regional Europea de la OMS ha comenzado a revisar sus planteamientos de la Estrategia Salud para Todos en el área, sin siquiera haber desarrollado plenamente la parte esencial de la misma. En este cambio de rumbo los objetivos de salud han pasado a un segundo plano, siendo reemplazados por otros de tipo económico orientados a

restringir gastos y a mejorar la eficiencia del sistema y de los centros sanitarios, entendida reducción de gastos y mejora de sus cuentas de resultados de los centros, mediante cambios en la financiación, la organización y la prestación de servicios. Así, en la Conferencia sobre Reformas Sanitarias en Europa, en Ljubiana de 1995 de la OMS, se establecieron como prioridades sanitarias los temas de naturaleza económica y los relacionados con la gestión eficiente de los recursos, en detrimento de los epidemiológicos y sanitarios.

GLOBALIZACIÓN Y SISTEMAS SANITARIOS: PRIVATIZACIÓN DE LOS MISMOS

1. La globalización neoliberal en los países occidentales

En el proceso de privatización de los sistemas sanitarios públicos se están aplicando un conjunto de medidas, de naturaleza complementaria, que abarcan el aseguramiento, la financiación, la gestión y la provisión de los servicios y prestaciones sanitarias. Estas medidas van encaminadas, en gran medida, a conceder a las multinacionales de la asistencia sanitaria y de los seguros médicos una parte importante de los fondos sanitarios. En este sentido, gran parte de las políticas emprendidas por los Estados incluyen medidas para restringir la financiación, fragmentar la red sanitaria pública, crear impuestos especiales (indirectos como las gasolineras en España), incrementar las aportaciones de los usuarios (copago) o disminuir las prestaciones públicas de carácter gratuito (carteras de servicios o paquetes de servicios básicos). Todo esto con el objetivo de favorecer el aseguramiento privado.

Reducir gasto público

Las medidas adoptadas por el Tratado de Maastrich destinadas a crear un espacio sin fronteras para el comercio y una moneda común para todos los países fijaron una serie de objetivos de obligado cumplimiento por todos los países de la Unión: El déficit público no debería rebasar el 3% del PIB; la deuda pública debería ser inferior al 60% del PIB; la inflación no podría superar en tres puntos la media de los tres países que la tuvieran más baja, y los tipos de interés no deberían superar en dos puntos los de los tres países más bajos. Es

decir, se obligaba a todos los países a reducir gasto público, fiscalidad y gastos sociales, siguiendo los dictados neoliberales. Estas medidas están conduciendo al desmantelamiento y reforma de servicios públicos esenciales para el bienestar social como el seguro de desempleo, la educación y la sanidad. El Plan de Estabilidad y Crecimiento está promoviendo restricciones presupuestarias que, en el caso de la sanidad, conducen a incrementar el desfase entre los medios públicos disponibles y las necesidades sanitarias de la población, acabar con la gratuidad de las prestaciones, desmantelar las infraestructuras y reducir las plantillas de personal del sector público.

Los presupuestos sanitarios de los Estados de la UE se estabilizaron o incluso disminuyeron, en porcentajes del PIB, en la década de los noventa (en España el gasto público se congeló en el 5,4 desde el año 1996), en los recursos como camas de agudos (3 por 1.000 habitantes en el año 2001), en el porcentaje del gasto hospitalario que supone el 42,3 % del total. La provisión pública retrocede frente a la provisión privada, que ha crecido del 28,9 % en el año 1990 al 30,1 % en el año 2001.

Privatizar la sanidad

Los principales argumentos utilizados para justificar esta medida utilizan la idea de que los servicios públicos, incluidos los sanitarios, son insensibles a los incentivos de la competencia, lo que conduce inevitablemente a un servicio ineficiente y que la gestión de los mismos en régimen de monopolio público, además de desaprovechar los recursos privados, otorga demasiado poder a las organizaciones sindicales del sector, lo que limita la capacidad incentivadora e innovadora de las gerencias.

Hasta ahora las principales líneas de privatización de los servicios sanitarios en Europa Occidental han consistido en:

- Separar la financiación de la provisión de servicios sanitarios, vinculando la primera a la actividad realizada. Esta medida se basa en las ventajas de dotar de responsabilidad (y riesgos) a los centros sanitarios de acuerdo al modelo empresarial, lo que facilitaría el poder medir la actividad y mejorar la posibilidad de asignar racionalmente los recursos.
- Trasladar el modelo empresarial privado a la gestión de los servicios, vinculándola a incentivos competitivos, con la finalidad de influir y condicionar las decisiones de los médicos.

- Incorporar las entidades privadas al aseguramiento y la asistencia sanitaria, con fondos públicos.
- Externalización de determinados servicios, mediante contratos con el sector privado (asistencia sanitaria o de apoyo como limpieza, cocina, lavandería, transporte en ambulancias, etc.).
- Acuerdos con el sector privado para que éste financie la construcción y la gestión de nuevos centros como hospitales o centros de salud.
- Incrementar el pago directo por servicios recibidos (copago), lo que supone privatizar parte de la financiación sanitaria.

a) La privatización de la atención hospitalaria

1. Los hospitales privados están incrementando su presencia como proveedores de servicios para el sistema público. Como consecuencia las empresas multinacionales están realizando fusiones y adquisiciones de centros hospitalarios para tener mayor poder de negociación con las autoridades sanitarias.

- En el Reino Unido, el número de camas privadas experimentó un importante crecimiento (de 6.700 camas a 11.200 camas entre 1979 y 1996), al tiempo que se favoreció la concertación de privados con el sistema público, mientras que el propio NHS creó unidades dedicadas a la atención privada.
- En Francia se han incorporado hospitales privados al sistema público con ganancias decepcionantes para los mismos.
- En Alemania, las autoridades locales han facilitado que las empresas privadas se hagan cargo de hospitales públicos.
- En Suecia, los Consejos de Condado, que gestionan la asistencia sanitaria, han incrementado la concertación con hospitales privados (vinculados en algunos casos a garantías para que los pacientes en lista de espera sean tratados en dichos centros).

Un efecto indeseable de esta política ha sido la marcha de personal cualificado de los centros públicos al sector privado.

2. Externalización: Determinados servicios de los hospitales públicos, como la limpieza, comidas, lavandería, ambulancias, pruebas de patología..., están siendo contratados con empresas privadas en países como el Reino Unido, España, Francia, Alemania. Esta política, además de deteriorar la calidad global de los hospitales, está favoreciendo las corruptelas en el uso de los

fondos públicos y la desigualdad en los criterios para acceder a los puestos de trabajo (el sector privado no respeta los principios de igualdad, mérito, capacidad).

Consecuencias: Estas medidas han tenido como principales resultados el deterioro de las condiciones laborales de los profesionales y trabajadores sanitarios que conduce a la frustración profesional; el predominio de los criterios económicos sobre los asistenciales en la atención de los pacientes, que conduce a la discriminación de los grupos de población más vulnerables y que más necesidad tienen de utilizar los servicios sanitarios (enfermos crónicos, ancianos, discapacitados, etc.); el abandono del carácter social y redistributivo de los servicios de salud; y el incremento de los costes administrativos: más gerentes, más burócratas para facturar, cobrar, etc., los servicios prestados.

La reducción del gasto público se está realizando a costa de disminuir asistencia y costes laborales, lo que está deteriorando la red sanitaria pública y la calidad de la asistencia, y perjudicando los derechos de los médicos y del resto de trabajadores sanitarios. La escasez presupuestaria está sirviendo de argumento para introducir las nuevas fórmulas de gestión privada de los centros (fundaciones sanitarias, sociedades anónimas, consorcios, etc.), que basan su estrategia empresarial en reducir gastos y actividad asistencial, disminuir el volumen y los derechos laborales de las plantillas. Como consecuencia del deterioro asistencial, el aumento de las listas de espera, la masificación de consultas o el recorte de las prestaciones gratuitas (copago), la población se ve obligada, cada vez más, a recurrir a la sanidad privada, pagada directamente de su bolsillo, para ser atendida.

b) La privatización de la Atención Primaria

A principio de los años 80 había en Europa Occidental dos modelos de Atención Primaria, que se correspondían con los modelos de sistema de salud de aquel momento:

a) El modelo de Sistema Nacional de Salud (países escandinavos, Reino Unido y países del Sur de Europa como Italia, Portugal, España y Grecia), en el que la AP era la puerta de entrada al sistema, se organizaba en equipos multidisciplinarios (salvo en Italia) para prestar una atención integrada; con base poblacional como fórmula para una asistencia longitudinal de los ciudadanos

a lo largo de toda su vida. En este modelo, la AP se diferenciaba claramente de la atención especializada.

b) En los países con Sistemas de Seguridad Social (con la excepción de Holanda), la AP corre a cargo de profesionales independientes, que conciertan sus servicios con el sector público, lo que dificulta la atención integral, la longitudinalidad y la capacidad para coordinar los otros niveles de atención.

Las políticas neoliberales de los años 90 paralizaron la reforma promovida por la OMS de Salud para Todos, en la que la AP debería pasar a ser el centro del sistema para poder coordinar todo el sistema sanitario, garantizar la atención integral y la promoción de la salud. Como consecuencia del triunfo del neoliberalismo, que orienta todos los esfuerzos a colocar al mercado en el centro de las relaciones sociales, casi todos los países pusieron en marcha medidas destinadas a reorientar los servicios de AP hacia la competencia y el mercado trasladando a este nivel el poder para comprar servicios directamente con la atención especializada, mediante nuevas formas de gestión empresarial. Estas reformas potencian la competencia frente a la de cooperación; fragmentan el sistema en múltiples entidades empresariales (en detrimento de la atención integral e integrada); limitan la capacidad de planificar los recursos en función de necesidades, y abandonan la idea de participación ciudadana en la gestión del sistema.

Resultados de algunos experimentos privatizadores

En Gran Bretaña se pusieron en marcha algunas experiencias destinadas a trasladar la gestión del presupuesto a una parte de los médicos de AP, para que pudieran comprar servicios a la atención especializada. Esta iniciativa fue puesta también en práctica, aunque a menor escala, en algunos gobiernos regionales en Suecia, municipios en Finlandia, o en algunos centros o áreas sanitarias como Cataluña (España), Berlín (Alemania). Los resultados muestran que, aunque la competencia mejora algo los precios de algunos servicios hospitalarios y los tiempos de espera especializada, su impacto es muy negativo para la equidad y la calidad de la asistencia de las áreas y colectivos con menor nivel de desarrollo económico y social.

Los malos resultados cosechados por estas experiencias han conducido a que se haya dado marcha atrás y estén reintroduciendo la integración vertical entre proveedores para aumentar la coordinación. Incluso en países con mode-

los basados en el aseguramiento, como Alemania y Holanda, se está apoyando la integración de proveedores mediante incentivos financieros, en otros como Finlandia se han fusionado los servicios de sanidad y servicios sociales a nivel central y municipal para fomentar la integración a nivel local de la AP y los servicios de atención social y comunitaria.

Otra medida de orientación liberal en AP ha sido el incremento de la concertación con el sector privado. Los malos resultados y el aumento de las desigualdades asociados a estas medidas han suscitado debates y controversias en los países que más avanzaron en esta estrategia, como Noruega, Finlandia y, en menor medida, Suecia, que han optado por un cambio de rumbo.

La introducción del mercado y la competencia han multiplicado la necesidad de crear instrumentos y sistemas de gestión para controlar el comportamiento de empresas y profesionales independientes, lo que ha disparado los gastos administrativos y la burocratización del sistema.

Por último, y a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de estos cambios, apenas existe investigación sobre su impacto sobre la prestación de servicios, los escasos resultados no muestran mejoras sensibles sobre la eficiencia, aunque sí que parecen que han tenido un efecto negativo sobre la accesibilidad a los recursos y la equidad.

2. La globalización capitalista en los antiguos países socialistas

Estos países iniciaron a finales de los años 80 una rápida transición hacia una economía capitalista. En ellos el Estado, que había jugado un papel regulador entre el mercado y los intereses económicos nacionales, fue perdiendo vigencia convirtiéndose en un simple administrador de los dictámenes del mercado.

A pesar de su ineficiencia económica, atraso tecnológico y ausencia de democracia política, los regímenes socialistas aseguraban a la mayoría de sus ciudadanos determinadas condiciones materiales y sociales como vivienda, alimentación, salud, educación o empleo, de baja calidad pero universales. El derrumbe del sistema socialista y el desarrollo del liberalismo sin limitaciones han supuesto la desaparición de las leyes que regulaban los derechos sociales y favorecido el enriquecimiento vertiginoso de pequeñas minorías, mientras que la gran mayoría de los ciudadanos perdieron las garantías en el disfrute de derechos básicos como la sanidad, la seguridad o las pensiones. En estos paí-

ses creció desenfrenadamente el desempleo y la pobreza, mientras las mafias y la corrupción se apoderaron de la economía y del Estado.

El papel del Banco Mundial

El Banco Mundial ha impulsado reformas en los sistemas sanitarios de los antiguos países socialistas centradas esencialmente en tres propuestas: Desarrollar el modelo de seguro nacional de enfermedad financiado con sueldos y salarios de los trabajadores (argumentando que este modelo facilitaría el incremento de los recursos disponibles y mejoraría la eficiencia y la calidad de las prestaciones); la privatización de los servicios de Atención Primaria (cambiando la fórmula para la contratación de los profesionales y el pago por los servicios), y el fomento de la salud pública basado en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades transmisibles y la lucha contra hábitos de salud perjudiciales como el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Estas propuestas, basadas en consideraciones de naturaleza ideológica y política (crear espacios para el mercado y la provisión privada de servicios sanitarios), han sido un fracaso que ha deteriorado la atención de salud de estos países.

El cambio de modelo ha favorecido la corrupción, la apropiación de recursos y la inequidad asociada a que los sectores sociales de escasa capacidad de pago tienen muy dificultado el derecho a la asistencia sanitaria (sobre todo en el nivel primario). En salud pública la falta de fondos, la ausencia de legislación y de capacidad para hacerla cumplir han facilitado el que las empresas multinacionales del tabaco y del alcohol apenas tengan limitaciones para promocionar y vender sus productos.

2.1. Europa Central

Aunque el cambio al modelo ha sido menos traumático en estos países, que desde el principio tenían previsto su integración en la Unión Europea, el proceso ha supuesto grandes sacrificios para la mayoría de la población. El tránsito a la economía de mercado se realizó con ciertas limitaciones y respetando algunos elementos de política social. Sin embargo, han crecido el número de personas y grupos sociales que se encuentran abandonados por el Estado, mar-

ginados, excluidos de la participación y del bienestar. Entre los más perjudicados están los jóvenes, los trabajadores de mayor edad en paro, las mujeres y los ancianos.

2.2. Federación Rusa y países de la Confederación de Estados Independientes (CEI)

En estos países, que partían de infraestructuras y niveles de desarrollo más débiles, el proceso de desmantelamiento del Estado ha sido brutal y ha conducido a la quiebra del sistema sanitario, con gravísimas consecuencias para la salud de la población. El crecimiento de la mortalidad evitable ha sido tan elevado que la población ha disminuido de manera muy importante.

La transición al modelo de mercado

En la transición al sistema capitalista el sector sanitario ha sido uno de los más afectados: El retroceso que siguió al hundimiento de la economía centralizada socialista supuso una disminución de los recursos públicos que ha tenido consecuencias para la provisión de cuidados de salud. En algunos países de NIS, los recortes financieros llegaron a alcanzar al 50% del presupuesto sanitario.

Los problemas del cambio

1. El cambio en la financiación: Insuficiencia económica para garantizar la equidad y la accesibilidad a los cuidados de salud

Albania, Kazajistán, Letonia, Polonia, la República de Moldavia, Rumanía y la Federación Rusa adoptaron el modelo de financiación mediante impuestos directos; Croacia, República Checa, Estonia, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia adoptaron el modelo de cotizaciones a seguros sociales; Armenia, Azerbaiyán, Georgia y Tajikistán optaron por la fórmula de pago directo de los usuarios por adelantado.

El sistema de salud centralizado e integrado (modelo estatal Semashko) fue sustituido por el de seguros sociales tipo Bismarck. En este modelo las entidades aseguradoras y los proveedores de asistencia quedan en manos privadas y las relaciones entre los agentes sanitarios son de naturaleza contractual, coincidentes con el objetivo del mercado.

En teoría, el nuevo modelo de aseguramiento, organización y gestión de los servicios de salud pretendía acabar con el monopolio estatal de la sanidad; incrementar la responsabilidad individual en la financiación; mejorar la eficiencia en el uso de los recursos vinculando provisión con financiación, y responsabilizar a organizaciones no gubernamentales del cuidado de salud de la población. Sin embargo, los resultados han constituido un tremendo fracaso que ha incrementado la desigualdad, la ineficiencia y está poniendo en peligro la salud y el mantenimiento del propio sistema.

Los motivos del fracaso del modelo de aseguramiento: Las aseguradoras sanitarias en estos países han tenido graves problemas de financiación como consecuencia del empobrecimiento general de la economía; de la desconfianza en los pagos efectivos por los servicios que prestan los proveedores; del escaso desarrollo de la capacidad recaudadora de la Hacienda pública; del crecimiento de la economía sumergida; de los elevados niveles de desempleo; de la falta de competencia real entre aseguradoras y de que los sistemas de información son muy deficientes o en algunos casos prácticamente inexistentes. Por otro lado, los nuevos gestores carecen de formación y experiencia de gestión empresarial (algo parecido a lo que les ocurre a sus colegas de la Europa Occidental), el procesamiento de los datos es caro y débil o inexistente; hay poca capacidad para garantizar el cumplimiento de los contratos; mientras que entre los profesionales sanitarios (mal pagados, con contratos muy precarios o dedicados a la sanidad privada) reina el desánimo y las actitudes de complacencia, cuando no de franca corrupción. Por todo ello, en la mayoría de estos países los escasos fondos sanitarios siguen proviniendo mayoritariamente del Estado, por lo que los impuestos o el pago directo de los pacientes suelen ser la fuente esencial de financiación de los servicios.

Estas entidades intentan conseguir los mayores beneficios posibles, practicando la selección de riesgos, orientando su actividad a los grupos de población y a las más rentables en detrimento de los sectores sociales más pobres (que son la mayoría de la población) que se encuentran desprotegidos de los beneficios de los sistemas de salud.

Por todo ello, los pagos informales están creciendo de manera importante en muchos países, tanto en atención primaria como en hospitales (en Kyrgyzstán y la República de Moldavia, los pagos efectivos son más del 40% de gasto sanitario). Esta situación es la respuesta del sistema y de los proveedores de

servicios (personal sanitario y empresas) a la falta de recursos financieros del modelo de seguros de salud, a la cultura de la corrupción generalizada que invade a la sociedad y al cambio de modelo social. Todo ello está teniendo repercusiones en el acceso, equidad y eficacia de la asistencia sanitaria: el nuevo modelo deja fuera a los sectores más débiles y que más los necesitan como ancianos, enfermos crónicos, discapacitados, niños y mujeres con pocos recursos.

Los problemas del resto de medidas neoliberales:

- La separación de proveedores y financiadores, indispensable para crear un mercado basado en la compra y venta de servicios sanitarios, ha fracasado por la escasez de fondos para consolidar los flujos de negocio y la escasa autonomía real de los proveedores.
- Los sistemas del pago por procesos han fracasado por la misma razón: la falta de recursos financieros de los centros públicos para comprar servicios, la ausencia de información fiable y la limitada capacidad para supervisar y controlar las entradas o los resultados.
- La nueva gestión tiene problemas relacionados con su orientación a la eficiencia en lugar de a satisfacer las necesidades de salud. El cambio no ha estado dirigido a resolver la problemas asistenciales de estos países como la ausencia de programas destinados a las nuevas patologías crónicas, el atraso de los hospitales, la desproporción del número de camas de agudos, el escaso desarrollo de la atención primaria, la mala coordinación primaria-especializada o el deterioro medioambiental.

2. La reforma hospitalaria

Con la justificación de mejorar la eficiencia y reducir gastos se han eliminado numerosas camas hospitalarias de agudos. Aunque la proporción de estas camas superaban en muchos de estos países los límites razonables (en algunos casos un 50% superiores a los de los países de la Europa Occidental), el cierre de las mismas está suponiendo un grave problema dado que cumplían una función sanitaria y sociosanitaria para la que no existe por ahora ninguna alternativa. Los hospitales de agudos en esta región son los proveedores principales de cuidados sanitarios y sociales, por lo que su cierre, sin que paralelamente se desarrollen los servicios de atención primaria y las redes de atención social, está impidiendo el acceso a la asistencia sanitaria de gran parte de la población, especialmente para los enfermos crónicos, discapacitados y personas pobres.

La descentralización ha transferido los hospitales desde el nivel central a los gobiernos locales, sin que éstos cuenten con estructuras de dirección o sistemas de información adecuados y que en muchos casos proporcionan un gran poder para los políticos locales (casi siempre suelen ser la principal empresa local) que los utilizan con fines partidistas. En algunos países de la CEI del NIS, la introducción del sistema de pago de hospital ha tenido consecuencias negativas y ha contribuido a acrecentar la corrupción.

El caótico proceso de descentralización desde el Estado a las agencias de seguros de salud y/o regiones que han dejado los ministerios con muy poca capacidad para dirigir la reforma. Éstas sólo tienen éxito cuando se acompañan de un fuerte control con capacidad para regular, dirigir y de información disponible (de la que carecen la mayoría de las administraciones locales en estos países).

3. La reforma de la Atención Primaria

En los países socialistas, el *modelo Semashko*, la AP era prestada por polí-clínicas con hegemonía de los especialistas y estaba fragmentada en diferentes modelos de centros: asistenciales, salud escolar y de empresas. Una parte de la actividad la desarrollaba personal paramédico de baja formación. Solamente la antigua Yugoslavia se desviaba de este modelo, con una AP similar a la de los países con SNS.

La reforma de la política de personal se ha centrado en racionar la oferta de médicos, en vez de en mejorar sus conocimientos y habilidades en medicina familiar y comunitaria.

La participación comunitaria

En estos países hay una escasa articulación de sociedad civil que apenas participa en la vida social y pública, incluyendo la formulación y control de la política y de las actividades sanitarias.

La orientación del cambio al mercado y la competencia entre proveedores de servicios y aseguradoras ha limitado el concepto de participación al de libre elección de proveedor. Sin embargo, la competencia y la oferta diferenciada de servicios está limitada por el déficit de recursos existentes y por el uso extendido de pagos informales, que impiden el acceso de los pacientes a los servicios, dada la limitada capacidad económica de la mayoría de la población.

La normativa sobre derechos de los pacientes a la asistencia, tiempos de espera máximos o procedimientos de reclamación, apenas está desarrollada o

en todo caso no existen mecanismos que aseguren su aplicación. Este desinterés por la participación se explica por la ausencia de conciencia sobre los derechos del ciudadano y el escaso desarrollo de la democracia participativa que existe en estos países. Esta situación priva al sistema sanitario de una herramienta que ha demostrado su capacidad para mejorar la equidad y la calidad de la atención.

La salud pública

El modelo de Semashko responsabilizaba al Sanepid de la política de salud pública y prevención de acuerdo a un esquema muy centralizado, pero que aunque concedía una gran prioridad a la salud no contribuía a mejorar la salud pública (vacunaciones, campañas de detección masiva de enfermedades, etc.). Este modelo ha sido abandonado sin que se pusieran en marcha otras políticas orientadas a la promoción de la salud.

La estrategia seguida para la descentralización de poderes a las autoridades locales ha fragmentado y diluido la responsabilidad de su ejecución. Esto ha supuesto el deterioro de lo que mejor funcionaba en el anterior modelo (vacunaciones, diagnóstico precoz de enfermedades infecciosas, etc.), sin que haya sido sustituido por una política de salud pública más eficaz y moderna, dirigida a la promoción de salud y a prevenir y afrontar las enfermedades crónicas o la degradación del medio ambiente.

Apenas existen estrategias intersectoriales para combatir el crecimiento del consumo de alcohol y drogas, o frenar el crecimiento de la epidemia de VIH. La legislación de salud pública sobre prohibición de la publicidad del tabaco ha chocado con los intereses y el poder adquirido por la industria tabaquera en el nuevo marco político, donde las grandes corporaciones multinacionales han conseguido una importante influencia sobre los gobiernos. Lo mismo ha ocurrido con las bebidas alcohólicas, las multinacionales de comida basura o los recortes de impuestos necesarios para financiar los gastos sanitarios.

Las presiones macroeconómicas a las que está sometida en la región constituyen un obstáculo para llevar a cabo una reforma exitosa desde la óptica de la salud. El retroceso del papel del Estado y del Sistema Público, que siguió a la caída de las economías centralizadas, ha conducido a una disminución significativa de los recursos económicos disponibles para los servicios de salud, lo que inevitablemente ha tenido serias consecuencias para la provisión de cuidado de salud, el desarrollo de la reforma y la magnitud de aplicación.

Otros problemas relacionados con este cambio:

- El afán de las aseguradoras por obtener grandes beneficios está deteriorando la calidad, la equidad y la universalidad.
- La actitud de la profesión médica ha condicionado el cambio: Éstos han presionado fuertemente para que se adoptase el modelo de seguros (frente al de Sistema Nacional de Salud) y por las formas del pago directo de los pacientes (frente a la gratuidad en el acceso), por ser las fórmulas que respondían, aparentemente, mejor a sus intereses de mejorar su nivel de ingresos económicos. Pese a ello, una parte importante de profesionales sanitarios del sector público se han trasladado al sector privado (donde están mejor remunerados), mientras otro número importante de médicos y enfermeras se ha marchado a otros países más desarrollados, aumento del coste de Europa Occidental.
- La privatización de las farmacias (asociado a un importante incremento en el coste de los medicamentos) y de la atención dental han restringido el acceso a estos servicios a una parte importante de la población. Algunas multinacionales farmacéuticas han utilizado la oportunidad de negocio que les proporciona el libre mercado; la deficiente formación de una parte importante de los profesionales, la ausencia de regulación y los bajos sueldos de los facultativos, para promocionar sus productos de manera poco racional y ética. En muchos países, estas compañías son la única fuente de formación e información disponible.
- Ha habido mejoras en la mortalidad infantil en los países de Europa central como la República Checa y el territorio de la antigua República Democrática Alemana. En contraste, la mortalidad por diabetes y otras enfermedades crónicas ha aumentado notablemente en algunos de la CEI que reflejan el deterioro del sistema de cuidado de salud.
- La euforia neoliberal que acompañó la caída del régimen facilitó la eliminación de todo tipo de regulación y normativa sociales, y el rechazo de lo público o estatal, que fue aprovechado por las multinacionales y empresas privadas para desarrollar sus estrategias de negocio en el campo de la salud en la promoción de hábitos insanos como el tabaco, el alcohol o la comida basura.

En esta transición ha habido ganadores y perdedores. En estos países las reformas no han estado orientadas a mejorar la salud de la población, sino a satisfacer los intereses de los proveedores de servicios, a costa de un impor-

tante precio humano (mortalidad evitable, crecimiento de la enfermedad, etc.) y económico.

2.3. *La transición en el sudeste de Europa (países de la antigua Yugoslavia y Albania)*

En Serbia, Croacia, Bosnia y Herzegovina la transición ha estado condicionada por las guerras de los años noventa (influidas por intereses económicos y geoestratégicos asociados a la globalización). Sus consecuencias mismas han sido muy importantes: destrucción de infraestructuras agrícolas, industriales, sanitarias, de salud pública y de saneamiento medioambiental. La guerra ha incrementado enormemente la polución medioambiental, en particular tras los ataques con medios químicos durante la guerra aérea con Serbia y del uso de munición de uranio. La situación medioambiental se exagera por el deterioro de la inspección de los servicios de salud pública.

La destrucción de la sociedad civil en estos países ha permitido un crecimiento del crimen organizado que se dedica al tráfico internacional de las drogas, cigarrillos de contrabando y personas (tráfico de mujeres jóvenes, atraído con las promesas de riqueza en la explotación en el comercio del sexo en Europa occidental y también es conocido que se trafica con niños para la donación de órganos). El uso de drogas intravenosas hace previsible una epidemia futura de SIDA. La industria del tabaco internacional ha encontrado un importante aliado en las redes de contrabando a través de la región y en la permisividad y complicidad de las autoridades políticas de muchos de estos países.

La transición en Rusia (antigua Unión Soviética)

El impacto de transición en la salud ha sido especialmente importante en muchos de los países de la antigua URSS y, recíprocamente, la salud ha tenido también un impacto sobre los resultados económicos, dado que una población saludable contribuye favorablemente al desarrollo.

El gasto sanitario en estos países es muy bajo, por debajo incluso de alguna de las áreas más pobres del mundo (Tayikistán 12 dólares y Kyrstzstán 52 dólares habitante año), lo que explica gran parte de los problemas de la situación sanitaria que les afecta.

Desde 1992, el balance entre la tasa de natalidad y la de mortalidad en la Federación Rusa ha sido negativo, lo que ha provocado la reducción de la población. De hecho, la tasa de natalidad es en este momento apenas la mitad de la que se necesita para sustituir la actual generación.

El factor principal de esta catástrofe demográfica es la astronómica tasa de mortalidad entre los hombres (771,2 muertes por 100.000 habitantes por todas las causas entre 0 y 64 años, frente a 173,2 de Suecia). La expectativa de vida para los hombres rusos es de 59,9 años, mientras que las mujeres viven 12 años más, y el 80% de los que mueren en edad productiva son hombres. En general, si la tasa de mortalidad actual se mantiene, sólo el 58% de quienes hoy tienen 16 años llegarán a los 60.

La mortalidad está creciendo de manera alarmante en Rusia, la población es cada vez menos sana en casi todos los aspectos y la nueva generación de rusos tiene un peor potencial de salud que la anterior. Entre 1990 y 1997, la anemia durante el embarazo aumentó 3,1 veces, actualmente el 40% de las embarazadas están anémicas. La salud de los recién nacidos también ha empeorado, como la del resto de los niños, ya que apenas entre un 10 y un 12% de los niños en edad preescolar están completamente sanos. En los que acceden a la escuela sólo un 8% mantiene buena salud, y sólo en el 5% en la educación media superior. Investigaciones recientes muestran que 15 millones de ciudadanos rusos (el 10% de la población) sufren enfermedades sociales como el alcoholismo, la drogadicción, la tuberculosis y el sida.

Las reformas políticas y económicas han tenido consecuencias desfavorables para la población. Los programas de desarrollo social y las estrategias económicas liberales han beneficiado solamente al 20% superior del pueblo ruso, mientras el 80% restante vive en la marginación con un nivel de vida que sólo garantiza la supervivencia elemental.

En año 2000, la esperanza de vida al nacimiento para los hombres rusos era casi dos años menos que había estado en 1980; para las mujeres rusas era casi tres cuartos de un año menos; la mortalidad por la tuberculosis estaba por encima del año 1980. Esta situación es la consecuencia del incremento del alcoholismo, la degradación de las condiciones de vida de la mayoría de la población y de las condiciones de las prisiones (donde se hacían miles de personas jóvenes) y del aumento de las enfermedades de transmisión sexual. Las razones son achacables al cambio en el modelo económico, al deterioro de los servicios sanitarios, al pago directo por los servicios sanitarios, a las malas condiciones laborales y al incremento del paro. Han reaparecido enfermedades que habían

sido controladas, como la difteria (Federación Rusa) o la malaria (en Azerbaiyán). También han aumentado espectacularmente los homicidios (que se doblaron o triplicaron en muchos países durante los años noventa) y los suicidios.

Las drogas ilegales han crecido gracias a la degradación social, el incremento del paro, la proximidad a países productores como Pakistán y Afganistán a Europa occidental, y el poder de las mafias sobre el gobierno. Este incremento de las drogodependencias es la razón principal para el dramático incremento de la epidemia de VIH que está creciendo ahora a una proporción más rápida que en cualquiera otra parte del mundo.

El cáncer de pulmón por consumo de tabaco está aumentando como consecuencia de las presiones y la proliferación de anuncios de la industria tabaquera y la ausencia de políticas preventivas de las autoridades. Las multinacionales han comprado los monopolios del tabaco (Uzbekistán), lo que además de facilitar su comercialización en la zona les permite bloquear la legislación del anti-tabaco. Algunas técnicas desarrolladas por estas multinacionales carecen de consideraciones éticas como la distribución libre de cigarrillos a los eventos donde acuden los adolescentes y las campañas destinadas específicamente a la juventud para fumar.

Otra causa del importante aumento de la mortalidad son los conflictos armados en Tajikistán, Chechenia, Georgia, Armenia, Azerbaiyán y la República de Moldavia, que afectan a civiles, especialmente a niños, ancianos y enfermos crónicos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Declaración de Baleares en Defensa de la Sanidad Pública. XIV Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública FADSP. Mallorca 21 a 24 mayo 2002.

(2) Baum F. «Health, equity, justice and globalization: some lessons from the People's Health Assembly». *J Epidemiol Community Health* 2001;5:613-6.

(3) OMS: 56ª Asamblea Mundial de la Salud. 24 de abril de 2003. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata: 25º aniversario Informe de la Secretaría.

(4) Stephen Bach. «Tendencias de las reformas sectoriales de la salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de los recursos humanos». Unidad de Investigaciones sobre Relaciones Laborales. Escuela de Administración de Empresas Warwick. Universidad de Warwick. En <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/ACF2B4.pdf>

(5) Josep Figueres et al. *Health System in Transition: learning from experience European Observatory on Health Systems and Policies*. 2004.

(6) HIV/AIDS. Surveillance in Europe. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. WHO and UNAIDS Collaborating Centre on AIDS. 2003. Euro HIV- Institut de Veille Sanitarie.

(8) Atlas of Health in Europe. World Health Organisation. 2003.

TABLAS

TABLA 1. Evolución del PIB sanitario, camas, médicos y enfermeras. En las diferentes áreas de Europa entre 1994 y 2001

	% PIB sanidad			Camas hospital x 1000 h			Médicos x 1.000 habitantes			P. enfermería x 1.000 habitantes		
	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01
UE-15	7,7	8,1	4,6	7,6	3,9	-48,7%	3,0	3,3	9,1%	7,7	14,6	47,3%
Centro Europa	5,7	5,9	3,4	8,1	5,4	-33,3%	2,4	2,4	0%	5,2	5,2	0%
CEI	3,5	3,0	-14,3	9,5	7,9	-16,8%	3,5	3,7	5,0	8,6	7,8	-9,3%

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all database y OECD health data.

1. Mientras que los países de Europa Occidental (UE-15) y Centro Europa han incrementado el % del PIB destinado a sanidad, la media de la CEI (Federación Rusa y Comunidad de Estados Independientes), que ya partían de una situación de gran precariedad, lo han reducido sustancialmente (tabla 1).

TABLA 2. Evolución de los contactos población médicos, hospitalizaciones, estancia media e índice de ocupación, en las diferentes áreas de Europa entre 1994 y 2001

	Visitas médico AP/persona/año			Admisiones en hospitales por 1.000 habitantes/año			Estancia media hospitalaria			Índice de ocupación hospitalaria		
	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01	1994	2001	94-01
UE-15	5,2	5,2	0%	17,8	17	-4,5%	12,8	6,1	-52,3%	80,6	76,7	-4,8%
Centro Europa	6,2	7,9	21,5%	17,8	17,8	0%	12,8	8,3	-35,2%	76,7	72,3	-5,7%
CEI	6,9	9,5	27,4%	16,2	19,1	15,2%	15,9	12,5	21,4%	60,7	85	28,6%

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all y OECD health data.

2. El gasto sanitario, expresado en dólares ajustados por poder paritario de compra, expresa enormes diferencias entre las diferentes zonas. El país de mayor gasto (Alemania con 2.748 dólares) gasta 230 veces más que el que menos (Tayikistán con 12 dólares per cápita). La UE-15 gasta de media 20 veces más que la CEI, 10 veces más que los balcánicos y 3 veces más que los de Europa Central. Éstos gastan 3 veces más que los balcánicos y éstos 2 veces más que la CEI (figura 2).

TABLA 3. Evolución gasto sanitario privado y pagos directos por asistencia sanitaria en los países balcánicos del Sur de Europa entre 1995 y 2000

	% gasto privado			% pago privado directo		
	1995	2000	Variación	1995	2000	Variación
Albania	23,0	37,9	39,3	19,6	23,8	17,6
Bosnia	53,8	31,0	-42,3	53,8	31	-42,4
Rep. Moldavia	7,2	17,6	59,1	5,4	17,6	69,3
Macedonia	9,4	15,5	39,4	9,4	15,5	39,4
Yugoslavia	42,1	49,0	14,1	42,1	49,0	14,1
Croacia	19,1	15,4	-19,4	19,1	15,4	-19,4
Media	25,7	27,7	15,0	24,9	25,4	13,1

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all database y OECD health data.

3. En toda Europa se han cerrado un importante volumen de camas hospitalarias, que llega casi a la mitad en los de la UE -15. En los antiguos países socialistas el número de camas era muy superior, probablemente por la debili-

TABLA 4. Evolución gasto sanitario privado y pagos directos por asistencia sanitaria en los países de Centro Europa entre 1995 y 2000

	% gasto privado			% pago privado directo		
	1995	2000	Variación	1995	2000	Variación
Bulgaria	18,1	22,4	19,2	18,1	22,4	19,2
Rumanía	34,0	36,2	6,1	34,0	36,2	6,1
Rep. Checa	7,3	8,6	15,1	7,3	8,6	15,1
Hungría	16,0	24,3	34,1	16,0	21,2	24,5
Letonia	34,6	40,0	13,5	34,6	40,0	13,5
Lituania	13,7	27,6	50,4	13,7	27,6	50,4
Estonia	8,6	23,3	63,1	8,6	19,7	56,3
Polonia	27,1	30,3	10,6	24,3	25,9	6,2
Eslovaquia	17,9	10,4	-41,9	17,9	10,4	-41,9
Eslovenia	21,9	21,1	-3,6	13,2	10,8	-18,2
Media	19,9	24,4	16,6	-18,7	22,2	13,1

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all database y OECD health data.

TABLA 5. Evolución gasto sanitario privado y pagos directos por asistencia sanitaria en los países de la UE-15 entre 1995 y 2000

	% gasto privado			% pago privado directo		
	1995	2000	Variación	1995	2000	Variación
Bélgica	30,4	28,8	-5,3	13,4	16,0	16,3
Finlandia	24,5	24,9	1,6	20,5	20,6	0,50
Francia	23,9	24,0	0,4	11,1	10,2	-8,1
Alemania	23,3	24,9	0,5	10,0	10,6	5,7
Grecia	45,5	44,5	2,2	35,2	37,4	5,9
Irlanda	27,5	24,2	12,0	15,6	11,0	-29,5
Italia	27,8	26,3	5,4	24,4	22,9	-6,1
Luxemburgo	7,6	8,1	6,2	6,2	6,7	7,5
Holanda	29,0	32,5	10,8	9,6	8,6	-10,4
Portugal	38,3	28,8	-24,8	21,4	19,6	-8,4
España	29,1	30,1	3,3	26,1	26,6	1,8
Reino Unido	16,1	19,0	15,3	10,9	10,6	2,7
Dinamarca	17,5	17,9	2,2	16,3	16,4	0,6
Suecia	14,8	22,7	34,8	14,8	22,7	34,8
Media	25,4	25,5	4,6	16,8	17,1	1,2

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all database y OECD health data.

dad de la Atención Primaria y la ausencia de otros recursos, hacían que éstas cumplieran un papel asistencial y sociosanitario que teóricamente no les corresponde (tabla 1).

4. En los países occidentales se ha incrementado el número de médicos y enfermeras, mientras que se mantiene estable o incluso descienden en los antiguos países socialistas. Esta situación está asociada a la fuga de profesionales a los países occidentales más desarrollados que ofrecen mejores salarios y oportunidades de promoción profesional (tabla 1).

5. El número de visitas al médico ha aumentado de manera importante en Europa Central y CEI (y las hospitalizaciones en esta última), probablemente por el deterioro del estado de salud que afecta a la población de estos países. En los occidentales la demanda de asistencia se mantiene estable (tabla 2).

TABLA 6. Evolución gasto sanitario privado y pagos directos por asistencia sanitaria en los países de la CEI entre 1995 y 2000

	% gasto privado			% pago privado directo		
	1995	2000	Variación	1995	2000	Variación
Kazakistán	18,2	26,8	32,0	18,2	26,8	32,0
Kyrgysztán	10,0	12,8	21,8	11,9	38,3	68,9
Fed. Rusa	18,5	27,5	32,7	15,2	23,4	35,0
Tayikistán	51,1	42,6	-16,6	39,5	19,2	-51,4
Turkmenistán	22,9	15,1	-34,1	22,9	15,1	-34,0
Ucrania	16,0	29,9	46,5	16,0	29,9	46,5
Georgia	57,1	89,5	36,5	89,5	36,5	59,2
Media	27,7	34,9	17,0	30,4	21,8	22,0

Fuente: WHO Regional Office for Europe, health for all database y OECD health data.

6. La productividad hospitalaria, expresada en estancia media, ha mejorado espectacularmente en los países occidentales y algo menos en los de Europa Central (lo que justifica que la reducción de camas no vaya asociada a una disminución en la asistencia, aunque sí al aumento en las listas de espera), ha empeorado en la CEI donde el índice de ocupación de las camas es muy elevado, al igual que la estancia media (explica el uso de la cama hospitalaria para otras funciones distintas a las de atención de agudos) (tabla 2).

TABLA 7. Tasa de fumadores, consumo de alcohol por persona, incidencia de tuberculosis y sífilis, y mortalidad por suicidio y violencia en los países balcánicos 2002

	% fumadores + 15 años	L. alcohol persona año	Tuberculosis 100.000 h.	Nuevos casos sífilis 100.000 h.	Suicidio 100.000 h.	Mortalidad por violencia
Albania	39,0	0,4	18,1	0,3	2,3	69,5
Bosnia	48,0	4,0	65,7	0,4	9,9	
Rep. Moldavia	18,0	11,4	84,9	83,5	18,3	142,2
Macedonia	36,0	1,0	31,8	0,1	7,6	45,4
Yugoslavia	47,0	2,1	43,2	1,9	15,1	51,9
Croacia	30,0	1,3	31,0	0,5	17,8	64,8
Media	36,3	3,8	54,8	17,3	14,2	74,8

Fuente: Atlas of health in Europe. WHO 2003.

TABLA 8. Tasa de fumadores, consumo de alcohol por persona, incidencia de tuberculosis y sífilis, y mortalidad por suicidio y violencia en los países de Centro Europa 2002

	% fumadores + 15 años	L. alcohol persona año	Tuberculosis 100.000 h.	Nuevos casos sífilis 100.000 h.	Suicidio 100.000 h.	Mortalidad por violencia
Bulgaria	36	2,3	48,8	18,4	14,3	70,2
Rumanía	21		127,5	56,0	11,9	94,0
Rep. Checa	24	3,4	12,6	9,4	14,4	78,3
Hungría	42	2,8	28,7	4,2	26,6	94,2
Letonia	34	5,6	84	25,2	43,7	24,8
Lituania	39	4,0	74,6	25,3	38,6	294,7
Estonia	29	2,6	49,7	29,0	26,1	270,3
Polonia	39	3,2	28,3	2,7	14,8	92,5
Eslovaquia	29	4,6	18,3	5,7	26,5	86,6
Eslovenia	24	2,8	18,0		13,4	87,1
Media	31	3,5	40,6	19,5	23	119,3

Fuente: Atlas of health in Europe. WHO 2003.

7. El gasto sanitario privado ha aumentado en toda la región, superando en todas las zonas el 25% del total y alcanzando el 35% en la CEI.

8. El gasto sanitario por pago directo supera el 20% del total en todos los antiguos países socialistas, con un crecimiento en torno al 15% de media, mientras que este aumento no llega al 2% en los países occidentales. Esto supone un importante obstáculo para el acceso a los servicios sanitarios de gran parte de la población, que en muchos casos vive en condiciones de pobreza (tablas 4 a 6).

9. Los países balcánicos son quienes tienen más población fumadora, aunque las diferencias no son muy importantes entre las diferentes zonas. Sí en cambio las hay en consumo de alcohol, donde los países de la UE-15 no alcanzan el 2%, los balcánicos superan en un 52% esta cantidad, Europa Central lo supera en un 48% y en la CEI en un 42% (tabla 9).

10. Las diferencias en enfermedades transmisibles vinculadas a malas condiciones de alimentación e higiene, como la tuberculosis, alcanzan niveles escandalosos: Respecto de la UE-15, que es quien presenta la menor tasa, la CEI tiene casi diez veces más, 5 veces más los países balcánicos del sur y 3,5 veces más los de Europa Central (tablas 7 a 10).

TABLA 9. Tasa de fumadores, consumo de alcohol por persona, incidencia de tuberculosis y sífilis, y mortalidad por suicidio y violencia en los países de la UE-15 2002

	% fumadores + 15 años	L. alcohol persona año	Tuberculosis 100.000 h.	Nuevos casos sífilis 100.000 h.	Suicidio 100.000 h.	Mortalidad por violencia
Bélgica	30,0	1,2	12,9	6,9	18,3	
Finlandia				3,9	22,0	91,7
Francia	27,0	2,4	9,8		16,1	62,0
Alemania	35,0	1,9	8,5	1,4	11,9	41,5
Grecia	36,0	1,9	4,7	0,0	3,3	54,2
Irlanda	31,0	2,4	10,2	11,4	12,1	52,9
Italia	25,0	0,5	7,5	0,2	6,0	37,5
Luxemburgo	30,0	1,6	7,0	0,9	16,0	69,9
Holanda	35,0	1,7	8,8	0,8	8,9	28,8
Portugal	21,0	4,5	40,8	1,3	4,4	53,1
España	34,0	2,4	17,2	1,7	7,0	48,0
Reino Unido	27,0	1,6	10,1	3,0	7,0	35,9
Dinamarca	30,0	1,2	9,2	1,0	13,3	52,1
Suecia	19,0	1,0		0,9		40,1
Media	29,4	1,8	11,5	1,9	11,2	47,7

Fuente: Atlas of health in Europe. WHO 2003.

11. Las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis vinculadas a la pobreza, la prostitución y la falta de educación e información sanitaria también muestran diferencias abismales. Respecto de la UE-15, la CEI presenta una tasa 41 veces más elevada, 10 veces Europa Central y 9 veces los balcánicos (tablas 7 a 10).

12. La mortalidad por problemas relacionados con la violencia también muestra diferencias espectaculares. La tasa respecto de la UE-15 es 4 veces más elevada en la CEI, 2,5 veces en Europa central y 1,5 en los Balcanes (tablas 7 a 10).

13. La epidemia de SIDA, contenida en la UE-15, asuela los antiguos países socialistas (tabla 11).

Todos estos datos muestran que la globalización y el cambio al capitalismo han creado enormes diferencias en recursos sanitarios y en salud de las pobla-

TABLA 10. Tasa de fumadores, consumo de alcohol por persona, incidencia de tuberculosis y sífilis, y mortalidad por suicidio y violencia en los países de la CEI 2002

	% fumadores + 15 años	L. alcohol persona año	Tuberculosis 100.000 h.	Nuevos casos sífilis 100.000 h.	Suicidio 100.000 h.	Mortalidad por violencia
Kazakistán	28,0	1,2	178,5	163,1	32,6	269,8
Kyrgyszstán	30,0		135,1	60,8	14,2	134,2
Fed. Rusa	36,0	5,6	92	141,1	37,9	369,6
Tayikistán		0,5	55,6	11,7	4,5	57,1
Turkmenistán	14,0		81,7	47,7		
Ucrania		2,2	74,9	98,6	26,2	246,8
Georgia		0,5		25,2	2,1	43,9
Media	28,2	3,1	100,5	78,0	19,6	191,4

Fuente: Atlas of health in Europe. WHO 2003.

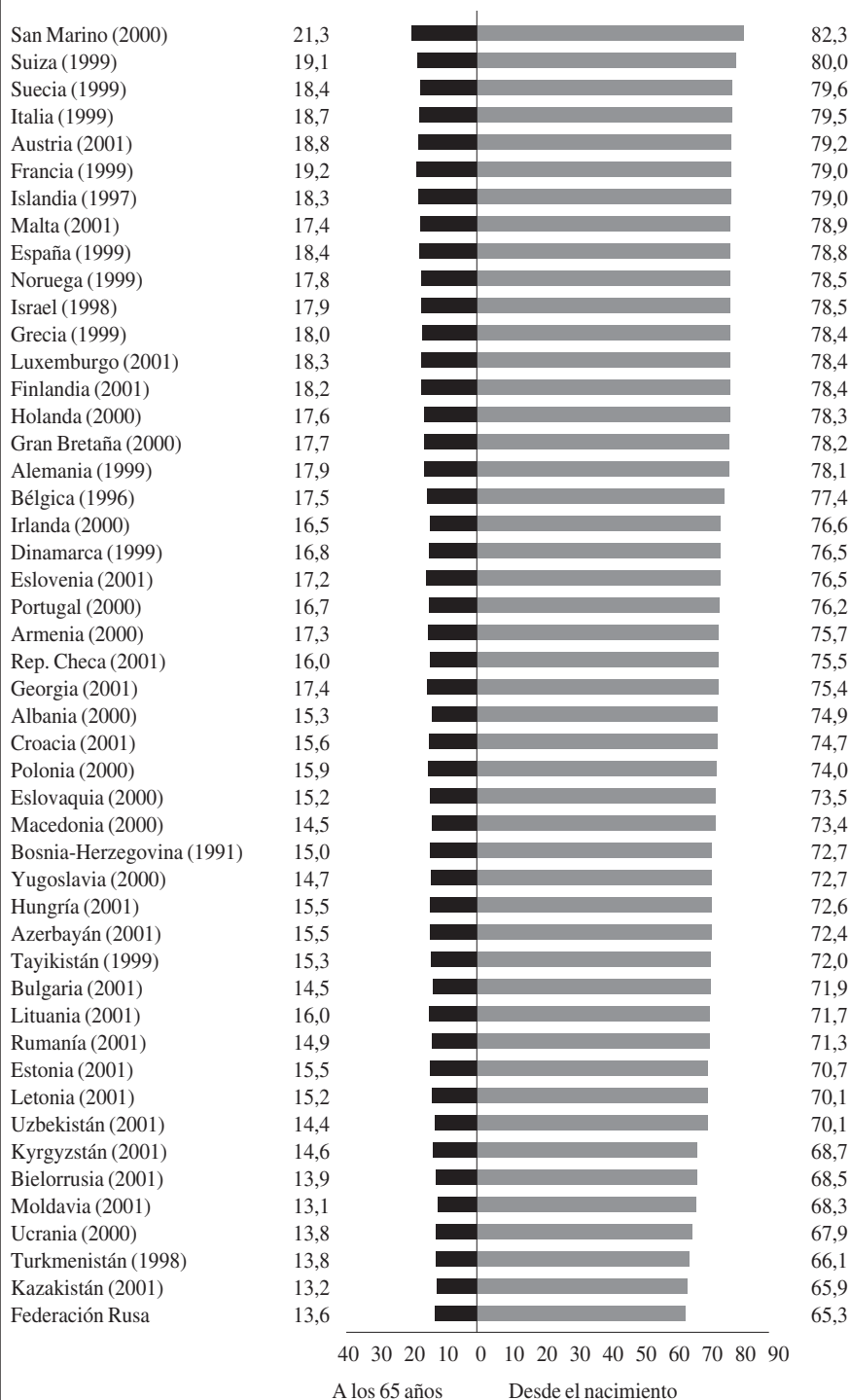
TABLA 11. Nuevos diagnósticos HIV por millón habitantes en Europa

	1996	1997	1998	1999
UE-15	37,4	36,7	39,3	44,3
Europa Central	8,9	9,1	9,3	7,1
CEI	27,8	51	48,7	92,7
Total Región Europea	26,4	36,2	35,7	54,9

Fuente: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2003.

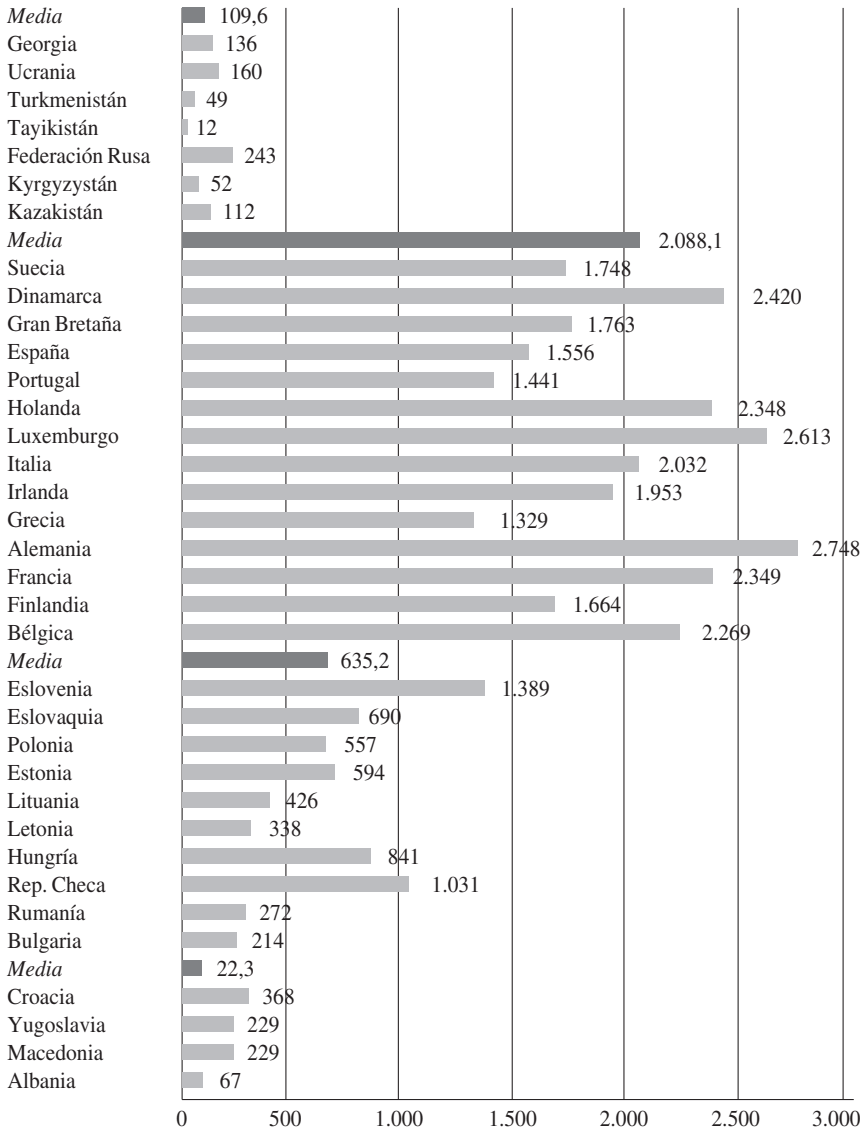
ciones de los países que forman Europa, incompatibles con una política de acercamiento y unidad política y plantean la necesidad de realizar cambios en la orientación de las políticas públicas, y enormes esfuerzos económicos y de coordinación sanitaria para superarlas.

FIGURA 1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años



Fuente: Atlas of health in Europe. OMS 2003.

FIGURA 2. Gasto per cápita en dólares USA en poder paritario de compra en Región Europea año 2000



Fuente: HWO regional Office for Europe health for al databsse.

LA UNIÓN EUROPEA Y LA ATENCIÓN A LA SALUD: CREACIÓN DE UN MERCADO DE SERVICIOS SANITARIOS

DAVID ROWLAND, ALLYSON POLLOCK, DAVID PRICE*

INTRODUCCIÓN

Los Estados miembros de la Unión Europea han procurado tradicionalmente excluir las fuerzas del mercado y de la competencia de la provisión de servicios sanitarios a sus poblaciones. A diferencia de los servicios sanitarios de Estados Unidos, las oportunidades para que los proveedores privados de atención sanitaria obtengan beneficios de la misma en Europa se han visto limitadas substancialmente por las normativas estatales y la provisión pública. Aunque los Estados miembros tienen sistemas bastante diferentes para financiar y proporcionar los cuidados sanitarios, todos ellos comparten un compromiso a favor de la equidad y la universalidad de acceso, un conjunto de ideas que se dice que sustentan un peculiar modelo social europeo.

La exclusión de las fuerzas del mercado de la provisión de los servicios sanitarios ha supuesto que la atención a la salud, incluidas las consultas a los médicos y las exploraciones médicas, no se contemplen como mercancías que puedan comercializarse en el mercado. Aunque muchos otros aspectos de la provisión de atención sanitaria, tales como los medicamentos o los aparatos médicos, son artículos de mercado, la incapacidad de los mercados sanitarios para satisfacer las necesidades de los más pobres y de los que están peor y para proporcionar atención de gran calidad ha determinado que el Estado haya intervenido siempre para garantizar la cobertura universal.

Las fuerzas del mercado están cambiando todo esto. Las presiones asociadas de la globalización económica y de las obligaciones de las finanzas públicas en la eurozona han llevado a muchos países europeos a poner en marcha

* Unidad de Salud Pública. University College. London.

reformas del bienestar con el objeto de reducir las cargas financieras del Estado. Los gobiernos están reduciendo los derechos al bienestar y extendiendo las normas del mercado a la provisión de servicios sanitarios con la esperanza de que la competencia va a rebajar los precios. Este cambio al modelo comercial afecta de manera fundamental a la atención sanitaria al pasar a ser un artículo susceptible de comerciar con él, en lugar de un bien público¹. Hoy en día hay claros signos de que existe un mercado paneuropeo de servicios sanitarios, pues los enfermos, los profesionales de la Medicina y las compañías sanitarias cruzan cada vez más las fronteras nacionales.

La Unión Europea ha desempeñado un papel importante en la extensión de los mercados sanitarios. Su influencia es el producto del equilibrio alcanzado en la conformación de Europa entre la extensión de los principios del mercado y la protección del modelo social europeo.

El propósito de este capítulo es explicar el papel de la Unión Europea en la creación de un mercado paneuropeo de servicios sanitarios. Primero mostraremos que la Unión Europea es principalmente una entidad comercial cuya razón de ser es la integración económica y no la perpetuación de los ideales europeos respecto a la equidad y la universalidad. Luego examinamos los diferentes pasos dados por las instituciones europeas –en particular el Tribunal Europeo de Justicia (TEJ) y la Comisión Europea– para fomentar un mercado sanitario. Aunque este proceso es aún incompleto, sugerimos cómo es probable que se desarrolle este mercado. Por último, comentamos las implicaciones del nuevo mercado sobre la equidad y la universalidad.

EL CARÁCTER ECONÓMICO DE LA UNIÓN EUROPEA

La construcción de Europa es un buen punto de partida. La Unión Europea es, en realidad, un conjunto de leyes e instituciones de influencia creciente en los procesos de fijación de políticas de los estados miembros. Su esencia está dominada por los principios del libre mercado, contenidos en cuatro derechos, basados en tratados de «libertades económicas» –los derechos a la libre circulación de mercancías, servicios, trabajo y capital–. Estos derechos son obligatorios para los signatarios del Tratado de la Comunidad Europea, base legal de

¹ Colin Leys. *Market Driven Politics – Neoliberal Democracy and the Public Interest*. Verso 2001, Chapter 4.

la Unión, y su puesta en marcha gradual, mediante la abolición de las barreras nacionales a la actividad económica transfronteriza, creó el Mercado Común Europeo².

Las reglas de la libre circulación limitan las acciones de los gobiernos nacionales, eliminando impedimentos al comercio transfronterizo. La influencia de la UE en la política sanitaria se deriva de la minuciosa gama de potenciales impedimentos que hay bajo sus normativas. Oscilan desde barreras tarifarias hasta normas técnicas que gobiernan las características básicas de los servicios y los controles de las licencias. Las normativas del Tratado las hacen cumplir el Tribunal Constitucional de la UE, el Tribunal Europeo de Justicia (TEJ), así como los diversos poderes que se han concedido a la Comisión Europea.

El Tratado Fundacional, coloquialmente conocido como Tratado de la CE, contiene también un conjunto de normas diseñadas para regular el funcionamiento de los mercados competitivos. Estas normas declaran fuera de la ley a los monopolios y cárteles y limitan el poder de los gobiernos nacionales para intervenir en los mercados. La primacía de estas disposiciones explica por qué el modelo europeo de integración ha sido en gran medida económico y desregulador. El impulso para crear un mercado único ha sido, sin duda, la fuerza principal para una mayor cooperación e integración entre los Estados miembros. La creciente influencia de las leyes e instituciones europeas ha conducido cada vez más a que se cuestionen las políticas de los gobiernos que el TEJ identifica como barreras a la libre circulación de mercancías, servicios, capital y trabajo. Las normas reguladoras que son más severas en un determinado país que en otros entran en esta categoría y las instituciones de la UE han urgido a menudo su abandono. La UE también ha confiado en la armonización de las normas como una manera de superar las barreras comerciales. No obstante, aunque se han fijado normas positivas en varios sectores industriales, en conjunto, su influencia ha sido ampliamente desreguladora.

Por tanto, el proyecto de UE está dominado por los imperativos del libre mercado, en particular a partir de las revisiones del Tratado de la UE de los años ochenta (el Acta Única Europea), que trataban de establecer un genuino mercado interno. Según lo expresado por un comentarista, ahora tenemos, dentro de la Unión Europea, un área económica integrada, en la que las restricciones a la libre circulación de bienes y de capital se han suprimido, en la que las res-

² Consolidated version of the Treaty Establishing the European Community, Article 2.

tricciones a la libre competencia entre proveedores de servicios se están eliminando rápidamente y en la que las restricciones legales contra la movilidad de trabajadores y estudiantes son, en algunos aspectos, incluso menores que las que hay en Estados de larga tradición federal, como los Estados Unidos de América³.

La pregunta que se han hecho muchos comentaristas es ésta: ¿Cómo puede protegerse el modelo social europeo si las normas de la Unión Europea restringen la capacidad de los gobiernos nacionales para regular el mercado y determinar el nivel de protección social que han de disfrutar sus ciudadanos?

LA SUBSIDIARIDAD Y LA POLÍTICA SANITARIA DE LA UE

Las respuestas a esta pregunta han mencionado con frecuencia la división de poderes entre la Unión y los gobiernos miembros. El tratado fundacional de la Unión no otorga autoridad legal para regular la política social y, por lo tanto, en principio, tampoco para influir en el modelo social. Esta limitación de la competencia legal se menciona a veces como subsidiaridad. Las limitaciones son muy importantes porque, si bien el Tratado de la CE legaliza las libertades «económicas», contiene pocos derechos sociales lo suficientemente concretos como para guiar las políticas. Por ejemplo, la Carta Europea sobre Derechos Fundamentales contiene cierto número de afirmaciones sobre los derechos de los ciudadanos de la UE a la asistencia social y a los servicios públicos, pero esta declaración es muy abstracta y aún no ha proporcionado las bases para unas pautas paneuropeas de protección social.

La Atención a la Salud es un buen ejemplo de las limitaciones legales del tratado. El artículo 152 señala que «se asegurará un nivel elevado de protección a la salud en la definición y en la puesta en práctica de todas las políticas y actividades de la Comunidad». Pero esto no da, por sí mismo, a la UE poder para influir en las políticas sanitarias de los Estados miembros y dichos Estados no han estado dispuestos a ceder poderes a la UE en este terreno. Por lo tanto, en el pasado, el artículo 152 ha proporcionado una débil base para que la UE introdujera medidas relativas a la salud y se ha mantenido que la política sanitaria es una competencia nacional.

³ Fritz Scharp. «Economic integration, democracy and welfare state». *Journal of European Public Policy* 4:1 March 1997 18-36 p. 23.

Sin embargo, la competencia de la UE ha aumentado como consecuencia de la construcción del mercado único y hoy en día está mucho menos claro que, como señala el artículo 152, se respeten «las responsabilidades de los Estados miembros para organizar y proveer los servicios sanitarios y la atención médica». Un paso crucial ha sido la aplicación al sector sanitario, por parte del TEJ, de las normas del Tratado referentes a un mercado interno de mercancías, servicios, trabajo y capital. Como más adelante mostraremos, esta presión hacia la integración económica ha «anegado» el área de la política social, al interpretar que la ley de la UE da a las instituciones europeas una influencia creciente sobre la política sanitaria.

A continuación, nos vamos a referir a los mecanismos mediante los que las normas sobre la libre circulación se han aplicado al sector sanitario, especialmente al personal médico y a los servicios sanitarios.

LA LIBRE CIRCULACIÓN: PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y PERSONAL MÉDICO

Las normas del Tratado de la CE que regulan la libre circulación de los trabajadores, garantizan a los profesionales de la Medicina el derecho a moverse libremente a través de las fronteras nacionales y a ejercer su profesión en cualquier Estado miembro de la Unión, igual que la pueden ejercer en su Estado de origen. La puesta en marcha por parte de la UE de este derecho ha tenido un efecto directo sobre los requisitos profesionales impuestos por cada Estado miembro. El primer aspecto de la influencia de la UE sobre las políticas sanitarias ha sido sobre la formación de los profesionales.

El mercado único exige que los trabajadores puedan circular libremente, pero la formación de los médicos es diferente en los diversos países. Esto ha creado tensiones entre los programas nacionales de formación, las pautas profesionales que los mismos establecen y la libre circulación de profesionales que se han convertido en un problema para la Comisión Europea y el TEJ cuando funcionan como reguladores del mercado. Al asegurar la libre circulación de los profesionales sanitarios, la Unión Europea asume un papel significativo en la fijación de la calidad de los servicios sanitarios que se prestan a los ciudadanos de la misma. La Comisión Europea ha intentado resolver el problema de las diferencias de calidad de la formación del mismo modo que trató de resolver el problema de los patrones de calidad en otras áreas de mercado

único. Estos patrones deben armonizarse a un nivel mínimo en toda la UE para proteger a los que reciben de los servicios. Además de esto, se exige a los Estados miembros que reconozcan los patrones que existen en otros países como si fueran equivalentes a los suyos propios. Se conoce a este último principio como principio de «reconocimiento mutuo».

Para regular las competencias profesionales con la finalidad de facilitar la libre circulación de los profesionales de la Medicina dentro de la UE se han introducido diversas directivas, las cuales se están unificando ahora en una sola directiva^{4,5}. Sin embargo, el criterio de armonización adoptado por la UE para la formación de los médicos está basado en la duración de la formación, no en el contenido de la misma. La armonización del contenido de las formaciones ha resultado imposible por las dificultades de lograr un acuerdo para establecer un solo esquema paneuropeo. La Comisión ha dado por resuelto este problema considerando equivalente calidad de la formación con duración de la misma. En consecuencia, la UE ha instado a los gobiernos nacionales a que acepten que «los profesionales sanitarios que cumplen los mínimos requerimientos establecidos en las directivas, se considera que tienen la suficiente calidad como para ejercer»⁶. Esta normativa tiene un efecto indirecto sobre la armonización del contenido.

La Alianza de Reguladores de la Atención Sanitaria en Europa del Reino Unido («Alliance of UK Health Care Regulators in Europe» o AURE) ha manifestado «serias preocupaciones respecto a la directiva y las consecuencias de la libre circulación, para la seguridad de los pacientes». Señala que la propuesta de la Comisión permitiría que individuos que están establecidos en un Estado miembro ejerzan en otro, durante un máximo de 16 semanas, sin estar colegiados en el Estado receptor, y que se insta a los Estados miembros receptores a que permitan el acceso al ejercicio de sus profesiones, «cuando el nivel de formación en su Estado miembro de origen sea, al menos, inferior en un nivel al que se requiere en el Estado miembro receptor». Esto podría significar que se obligue a los gobiernos a reconocer certificados de formación inferiores a sus requerimientos nacionales⁷.

⁴ European Commission Proposed Directive on recognition of professional qualifications COM (2002) 119 Final 07.03.2002.

⁵ Elias Mossialos, Martin McKee, Willy Palm. *EU law and the social character of health care systems*, Brussels 2002 p.80

⁶ Elias Mossialos, Martin McKee, Willy Palm. *EU law and the social character of health care systems*, Brussels 2002 p.81

⁷ AURE. «Proposed Directive on recognition of professional qualifications (COM 2002) 119 final – A Response by the Alliance of UK Health Regulators in Europe» www.gmc-uk.org/aure/briefings/directive1.htm

Este sistema de regulación está copiado del mundo de la industria, en el que se supone que el consumidor compra relacionando el precio con la calidad. En la industria, las diferencias de calidad son buenas porque permiten a los consumidores comparar calidad y precio⁸. Sin embargo, el modelo no es adecuado en el sector sanitario, donde tradicionalmente el Estado ha intervenido para proteger al usuario de las imperfecciones del mercado (por ejemplo, la falta de información). Este tipo de intervención es lo que en concreto ha hecho difícil para el trabajo de los médicos la libre circulación a lo largo y a lo ancho de la UE. Las iniciativas de la UE sobre libre circulación de la mano de obra están ahora minando el nivel de protección elegido por cada uno de los Estados, sin substituirlo por una alternativa conjunta. En otras palabras, hay una tendencia a desregular los controles sobre las pautas de actuación profesionales.

En el momento presente, pocos médicos ejercen fuera de los países donde se han formado. Pero las oportunidades aumentarán conforme las compañías de servicios sanitarios de base europea proporcionen más servicios transfronterizos⁹. Entonces surgirá la posibilidad de que personal formado y cualificado de manera diferente trabaje dentro de un único sistema sanitario nacional, tan pronto como los proveedores de atención sanitaria de un Estado miembro de la UE empleen personal médico natural de otro país. Cuanto mayores sean las oportunidades de los proveedores de servicios sanitarios de cruzar las fronteras, más importancia adquirirá este problema.

Pasamos ahora a ocuparnos del modo en que la legislación de la UE y las sentencias del TEJ están ofreciendo nuevas ocasiones de comerciar sin fronteras a los proveedores de servicios y los efectos que ello conlleva en la autonomía de las políticas de los Estados miembros.

LA LIBRE CIRCULACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

La privatización, la contratación y la transformación en mercado afectan en su conjunto a la influencia de las reglas de mercado de la UE sobre la regulación del sistema sanitario. De acuerdo con la ley europea, se aplican principios reguladores diferentes cuando, mediante reformas nacionales, se transforman los sistemas sanitarios, pasando de ser actividades puramente sociales

⁸ Catherine Barnard and Simon Deakin. «Market access and regulatory competition», in Barnard C and Scott J (eds): *The law of the single European market*. Oxford: Hart, 2002 pp.197-224.

⁹ Elias Mossialos, Martin McKee, Willy Palm. *EU law and the social character of health care systems*. Brussels 2002 p.78.

proporcionadas por el Estado a ser actividades económicas que proveen firmas comerciales. Las actividades sociales no están incluidas en la ley europea y se mantienen bajo el control de los gobiernos de los Estados miembros. Las actividades económicas, por otra parte, están regidas por la ley europea y sujetas a regulación conforme a los principios del Tratado de la UE. El TEJ está sometido a las normas de la UE y decide qué actividades son sociales y cuáles son económicas. La frontera entre ambas se desliza constantemente cuando una reforma introduce a las empresas comerciales en los servicios públicos.

Al mismo tiempo, el TEJ ha continuado su misión de conversión en mercado, ampliando el ámbito de la ley europea para incluir en ella asuntos que se contemplaban tradicionalmente como sociales, independientemente de los procesos de reforma¹⁰. La pregunta clave para establecer la influencia de la UE en la política sanitaria es si los servicios sanitarios son actividades económicas sujetas a las reglas del mercado de la UE. El TEJ dice que sí lo son¹¹.

Los dictámenes del TEJ tienen consecuencias importantes. Las reglas del mercado que controlan las actividades económicas tienen en su punto de mira a todas aquellas normativas nacionales que dificultan que los consumidores compren cosas del extranjero, que las compañías exporten y que los inversores inviertan en otros países europeos. Contemplemos por orden cada uno de estos aspectos.

LIBERTAD PARA COMPRAR SERVICIOS DESDE EL EXTRANJERO

La libertad de proporcionar servicios sanitarios a través de las fronteras de la UE (o su contrapartida, la libertad de los clientes de recibir servicios) fue sometida a prueba abiertamente por el TEJ en el caso Kohll y Decker en 1998¹². Este caso concernía a la libertad de los proveedores de servicios sanitarios para prestar los mismos de forma transfronteriza, sin ninguna interferencia innecesaria de las normas locales nacionales.

Antes de que surgiese este caso, la UE había introducido ya normativas de

¹⁰ Stefan Leibfried and Paul Pierson. «Social Policy: Left to Courts and Markets?» in Helen Wallace and William Wallace, eds., *Policy-Making in the European Union Oxford*: 4th Ed., 2000, pp 267-92.

¹¹ Joined Cases C-286/82 and C-26/83. *Luisi and Carbone*; Case C-159/90 *The Society for the Protection of Unborn Children in Ireland Ltd. V Grogan*.

¹² Case C-158/96. *Kohll v Union des Caisses de Maladie*. Case C-120/95. *Decker v Caisse de maladie des employés privés*.

seguridad social con la finalidad de facilitar la libre circulación de los trabajadores. El procedimiento E112 se basó en una normativa de la UE conocida como la 1408/71, y permitía a los ciudadanos de la UE recibir servicios sanitarios en otros países miembros, que debían ser abonados por los fondos de su propia seguridad social, siempre que pidieran permiso a sus gobiernos nacionales de antemano. Posteriormente, dos pacientes de Luxemburgo, el Sr. Kohll y el Sr. Decker, cuestionaron la necesidad de pedir autorización antes de acceder a los servicios sanitarios en otro país. Argumentaron que la negativa a reembolsarles por los estudios médicos y los productos sanitarios recibidos en otro país de la UE era una restricción a la libertad de prestar servicios, de acuerdo con los artículos 49 y 50 del tratado de la CE. En esencia, la cuestión era si las normas sobre autorización previa aplicadas por el gobierno de Luxemburgo conllevaban una restricción a la libre circulación de los servicios de atención a la salud. En este y en otros casos posteriores, el Tribunal sentenció que las normas nacionales de autorización previa podían considerarse como una restricción a la libre circulación de los servicios de atención sanitaria y, en consecuencia, los gobiernos nacionales tendrían que enmendar dichas normas¹³.

Estos juicios han establecido el principio de que las normas de autorización deben ser «objetivas», «proporcionales» y «necesarias»¹⁴. Por ejemplo, se permite a los gobiernos nacionales que restrinjan la libre circulación de servicios si es necesario para proteger la «salud pública», la «seguridad pública» y la «política pública»¹⁵. Varios gobiernos nacionales argumentaron ante el Tribunal que la abolición de la autorización desestabilizaría la financiación de sus sistemas sanitarios. Afirmaron que los Estados miembros necesitaban limitar el acceso a la atención médica teniendo en cuenta el tratamiento que pagaban en sus países, así como el que tendrían que pagar en el extranjero. El Tribunal aceptó que es legítimo que los gobiernos mantengan el equilibrio económico de un sistema sanitario, incluso si ello supone una restricción a la libre circulación de los servicios. Pero, de acuerdo con el Tribunal, estas restricciones sólo están justificadas cuando existe el riesgo de minar seriamente un equilibrio financiero del sistema de seguridad social, se pone en peligro el objetivo de

¹³ Case C-157/99 *Smits and Peerbooms* and Case C-368/98 *Vanbraekel and Others*.

¹⁴ Elias Mossialos and Willy Palm. «The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union». *International Social Security Review* vol 56 2/2003 p. 16.

¹⁵ Véanse los artículos 46 y 55 de la versión consolidada del Tratado Fundacional de la Comunidad Europea.

conservar un servicio médico y hospitalario equilibrado y abierto a todos, y es esencial para la sanidad pública o la supervivencia de la población mantener la capacidad de aplicar tratamientos o la competencia médica en el propio territorio¹⁶.

Sin embargo, el Tribunal también decidió que las actuales normas de los Estados miembros pueden modificarse sin poner en peligro la financiación de los sistemas sanitarios nacionales.

Para facilitar el desarrollo de un mercado paneuropeo de servicios sanitarios, la Comisión Europea ha propuesto un nuevo paquete de normas para autorizar tratamientos médicos que se basan en los principios establecidos por el Tribunal. De acuerdo con la última directiva propuesta, que comentaremos con más detalle en la próxima sección de este capítulo, los Estados miembros no pueden negarse a autorizar que los enfermos puedan recibir tratamiento hospitalario en el extranjero, si se dispone del tratamiento en cuestión en el servicio sanitario nacional del interesado y si «dicho tratamiento no puede aplicarse al enfermo en un plazo médicamente justificable, teniendo en cuenta el estado de salud del interesado y el probable curso de la enfermedad»¹⁷. Llamativamente, esto no es aplicable a los tratamientos extrahospitalarios en los que «los Estados miembros deben asegurar que la asunción de sus costes no está sujeta a la aceptación de una autorización, si el coste del tratamiento, en caso de haberlo proporcionado en su lugar de origen, se habría asumido por el propio sistema de seguridad social»¹⁸.

Estas normas restringen la capacidad del personal médico de establecer prioridades en la aplicación de la asistencia conforme a las necesidades de cada uno y favorecen a quienes pueden pagarse viajes al extranjero para recibir servicios porque la directiva no exige que los Estados miembros costeen los viajes. Al dar prioridad a la libre circulación de los servicios y a la libertad de recibirlos, las nuevas normas de la UE otorgan ventaja a los consumidores de servicios sanitarios que están más informados o tienen una situación mejor.

Ahora bien, estas críticas no deben ocultar el hecho de que los fallos del Tribunal tienen menos que ver con ampliar la posibilidad de elección del enfermo que con aumentar las libertades de los dispensadores privados de asistencia

¹⁶ Elias Mossialos and Willy Palm. «The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union». *International Social Security Review* vol 56 2/2003.

¹⁷ Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on Services in the internal market COM (2004). 2 Final/3 Brussels 5.3.2004. Article 23.2.

¹⁸ Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on Services in the internal market COM (2004). 2 Final/3 Brussels 5.3.2004. Article 23.1.

sanitaria. El número de enfermos que acceden a los servicios sanitarios en un Estado miembro distinto del suyo es marginal, de modo que el gasto por los flujos transfronterizos de pacientes supone en la actualidad del 0,3 al 0,5% de los gastos sanitarios totales de la UE¹⁹. Desde la perspectiva del Tribunal, la verdadera cuestión no ha sido «la elección del paciente», sino evitar la discriminación a favor de los dispensadores nacionales, contra los extranjeros, con sede en la UE. Por eso, el Tribunal dijo que, cuando se usan fondos de la seguridad social (tanto se financie por impuestos como por cotizaciones) para comprar servicios sanitarios para los ciudadanos, no está permitido discriminar en contra de los dispensadores asentados en otros Estados miembros de la UE. El Tribunal también asumió que los niveles de atención sanitaria son iguales en toda la UE y que era ilegal impedir que un enfermo recibiese la atención de un dispensador con sede en el extranjero sobre la base de que el mismo no ofrecía seguridad. La armonización de los niveles de calidad de los profesionales y de los dispositivos médicos se consideró que era una regulación suficiente por parte del Tribunal²⁰.

Los fallos del Tribunal demuestran el poder de la UE para desafiar a cualquier tipo de regulación de los Estados que pueda resultar esencial para la organización de los sistemas sanitarios nacionales. O, dicho de otra manera, la UE tiene el poder de deshacerse de cualquier regulación nacional que impida el desarrollo de un mercado sanitario para toda la Unión. Como consecuencia de esta ley, los Estados miembros tienen que demostrar que las normas que rigen sus sistemas sanitarios nacionales son compatibles con las exigencias de un mercado libre de servicios sanitarios en toda la UE.

LIBERTAD PARA QUE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS EXPORTEN

Los proveedores extranjeros han obtenido derechos adicionales para vender en otros países o exportar servicios. Los fallos del TEJ proporcionan la base para un borrador de directiva para el mercado interno de servicios, publicado

¹⁹ European Commission. «The Internal Market and Health Services, Report of the High Level Committee on Health». Brussels 17 December 2001.

²⁰ Jason Nickles. «A guarantee of similar standards of medical treatment across the EU: Were the European Court of Justice decisions in Kohll and Decker right?» *Eurohealth*, Volume 7, Number 1 2001.

por la Comisión Europea en enero de 2004 y conocido como la directiva Bolkestein, por el nombre del comisario que la propuso. Esta propuesta, controvertida en grado extremo, es la culminación de un proceso iniciado en el Consejo de Lisboa del año 2000 que trata de eliminar las barreras a la libre circulación de servicios y crear un mercado interno genuino de los mismos a lo largo y a lo ancho de toda la UE. Los ministros consideraron esto como prioritario en Lisboa, al tener conocimiento, a través de la Comisión, de que el sector servicios implica más del 50% del Producto Interior Bruto (PIB) y casi el 70% de los puestos de trabajo de la UE, pero sólo alcanza el 20% del comercio en el mercado interno²¹.

La directiva tendrá efecto horizontal, o sea, será aplicable a todas las áreas de actividad económica, excepto las que están específicamente exentas. Esto significa que los servicios sanitarios, que están condenados a ser actividades económicas en la directiva, estarán sujetos a los mismos principios reguladores que los servicios de publicidad, los turísticos, los centros deportivos y los parques de ocio y los servicios proporcionados por las agencias inmobiliarias.

El borrador de directiva está diseñado para aumentar la libertad de proporcionar libertad para prestar servicios transfronterizos y libertad a los inversores para establecerse en otros países (derecho de «establecimiento»). La libertad de proporcionar servicios transfronterizos se promueve mediante un dispositivo que se conoce como competición reguladora, establecido en el capítulo 3 del borrador. En este capítulo, la directiva impone el «principio del país de origen», según el cual un proveedor de servicios que opere legalmente en un Estado miembro, puede decidir vender sus servicios temporalmente en otro sin tener que cumplir las diferentes normas del Estado en que se compran. Los negocios se benefician porque no tienen que actuar sometidos a dos regímenes reguladores distintos. Pero esto querrá decir que los proveedores pueden actuar en un Estado miembro sin tener que atenerse a las normas de ese Estado y que los compradores pueden comprar servicios en todas partes dependiendo del régimen regulador menos costoso, lo que da lugar a una competencia regulatoria.

Los efectos de la regulación del país de origen son impredecibles puesto que la misma sólo se aplica a implantaciones temporales de negocios, mientras que la mayoría de las prestaciones de servicios sanitarios requiere una presen-

²¹ Commission of the European Communities. «Extended impact assessment of proposal for a directive on services in the internal market». Brussels 13.1.2004 SEC (2004) 21 p. 9.

cia permanente o inversiones de capital a largo plazo. El implantarse de manera permanente obliga a los proveedores a someterse a las normas del Estado en que se establezcan²². Sin embargo, el término «temporal» no se define y, aun más, ya hay ejemplos de proveedores de atención sanitaria que actúan en países extranjeros de forma temporal y, por tanto, podrían verse afectados por la directiva. Por ejemplo, el Departamento de Sanidad del Reino Unido (RU) ha firmado recientemente un contrato a corto plazo con una compañía con sede en Sudáfrica para que realice operaciones oftalmológicas. Una buena parte de la provisión de servicios de atención domiciliaria para los ancianos y los discapacitados se lleva a cabo mediante contratos muy concretos con base temporal. En ambos ejemplos, puede aplicarse el «principio del país de origen» y el gobierno del RU no sería capaz de exigir a los proveedores extranjeros que acepten sus propias normas y parámetros. Hay temores fundados de que la competencia reguladora conduzca a una verdadera carrera a la baja a favor de los países con patrones reguladores menos estrictos y, por tanto, menores costes, que hundirán a los proveedores de países con patrones reguladores más exigentes y, por tanto, mayores costes.

LIBERTAD PARA LOS INVERSORES. EL DERECHO DE IMPLANTACIÓN

En el meollo del borrador de directiva hay un conjunto de prohibiciones o limitaciones respecto a normas y regulaciones gubernamentales que la Comisión afirma que los Estados miembros usan con frecuencia para evitar que las compañías privadas se establezcan donde lo deseen (una de las libertades económicas en que se basa la Unión). Las prohibiciones conciernen a todos los servicios que se considera que son actividades económicas y no puramente servicios públicos. La inclusión de la sanidad y los servicios sociales en la categoría de actividad económica es la primera afirmación de la Comisión que, al igual que el TEJ, entiende que se trata de mercancías con las que se puede comerciar.

La directiva utiliza una amplia variedad de técnicas para controlar las polí-

²² La definición de «permanentemente establecido» no está clara en la directiva, pero puede encontrarse en la jurisprudencia del TEJ relativa al artículo 49. Véase European Commission: «Guide to the Case Law of the European Court of Justice on Articles 49 et seq. EC Treaty: Freedom to Provide Services». Brussels 1 January 2001.

ticas de los gobiernos. Por ejemplo, se diseñan ciertas propuestas para «simplificar» las normas administrativas de concesión de licencias. Así, el artículo 14 del borrador de directiva derriba las barreras a quienes tratan de invertir en otros países. El artículo exige a los Estados miembros que eliminen las «pruebas de necesidad económica», una de las herramientas clave utilizadas por los organismos reguladores para planificar la distribución de los proveedores de servicios dentro de una determinada área geográfica. Lo que, de acuerdo con la directiva, hace que la concesión de autorización (para un negocio) esté sujeta a la prueba de que existe una necesidad económica o una demanda del mercado, una estimación de los efectos económicos potenciales o actuales de la actividad de que se trate o una estimación de la viabilidad de la actividad dentro de los objetivos de planificación establecidos por la autoridad competente.

Los encargados de la planificación y de la concesión de licencias han usado este tipo de prueba para evitar la instalación de grandes supermercados en las afueras de las ciudades y también para limitar el número de establecimientos en un área determinada autorizados para vender alcohol. La derogación de esta norma en el RU al final de los años noventa condujo a un enorme aumento del número de bares en el centro de las ciudades y un aumento consiguiente de la violencia relacionada con el alcohol.

El efecto del artículo 14 no está claro por el momento según los proveedores de servicios sanitarios se conviertan en actores que actúen en un contexto de mercado, habrá una presión creciente sobre las autoridades sanitarias locales para relajar las normas de planificación y permitir que la oferta de atención sanitaria se abra, independientemente de las necesidades locales.

Se va a exigir también a los gobiernos nacionales que demuestren a la Comisión y a los demás Estados miembros que la legislación que rige la implantación de proveedores de servicios en su territorio es necesaria (o sea, debe ser «objetivamente justificable por una razón imperiosa relacionada con el interés general») y proporcional (o sea, que «no debe ir más allá de lo necesario para lograr [el objetivo que se persigue] y que no podría lograrse el mismo resultado con otras medidas menos restrictivas»). Cualesquiera normas que no puedan justificarse por estos motivos deben eliminarse o adaptarse. El artículo 15 (g) de la directiva exige a los Estados miembros que justifiquen el establecimiento de «tarifas fijas mínimas o máximas a las que tenga que someterse el proveedor». En el RU, el Departamento de Sanidad ha introducido recientemente una tarifa o precio fijo, aplicable a todos los servicios del Servicio Nacional de Sanidad (NHS), tanto si los prestan los «trust del NHS» como si

lo hace el sector privado²³. En qué modo se encuadra esto en la directiva propuesta no está claro, pero parece ser una barrera al comercio desde la perspectiva de un prestador europeo de servicios sanitarios que desea vender servicios al NHS a un precio más bajo que dicha tarifa. Bajo la nueva normativa, el gobierno del RU puede tener que demostrar que dichas medidas son necesarias y proporcionadas.

Los servicios sanitarios extrahospitalarios también se van a ver afectados por la directiva. Por ejemplo, es casi seguro que la propuesta tendrá implicaciones para los servicios de farmacia comunitaria en toda Europa. Los organismos locales de planificación tratan, por lo general, de regular la distribución geográfica de las oficinas de farmacia, igual que lo hacen con los hospitales. Bajo el actual «control de entrada» en el RU, por ejemplo, cualquier farmacia que quiera obtener un contrato para dispensar prescripciones del NHS debe convencer al organismo local de que una nueva oficina es «deseable» o «necesaria» para asegurar el abastecimiento en un área determinada de población²⁴. Las regulaciones están destinadas a asegurar el acceso a esos servicios a los más pobres y a los que gozan de menor movilidad. Mientras tanto, el artículo 15 (2a) de la directiva propuesta declara ilegales «las restricciones cuantitativas o territoriales, en particular si se trata de límites fijados sobre bases de cifra de población o de una distancia geográfica mínima entre dispensadores de servicios». Este tipo de medidas rigen la distribución de la mayor parte de los servicios de farmacia comunitaria.

El gobierno del RU rechazó este tipo de desregulación cuando la Oficina Británica de Comercio Limpio recomendó una supresión completa de las licencias de servicios farmacéuticos comunitarios²⁵. El gobierno argumentó que estos servicios «deben contemplarse dentro del panorama más amplio de los servicios sanitarios que se basa en las necesidades locales»²⁶. Sin embargo, según la directiva, deberán convencer a la Comisión y a otros Estados miembros de que las normas son necesarias y proporcionadas si quieren mantenerlas en vigor.

²³ Department of Health. «Reforming NHS financial flows introducing payment by results». 15 October 2002 London HMSO.

²⁴ Statutory Instrument 1992 No. 662. The National Health Service (Pharmaceutical Services) Regulations. 1992. London HMSO.

²⁵ Office of Fair Trading. «The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK». January 2003.

²⁶ Patricia Hewitt. «Government welcomes OFT pharmacies report». DTI Press release 17 July 2003. www.gnn.gov.uk accessed 7 April 2004.

Las implicaciones de la directiva respecto a la dispensación de servicios sanitarios en toda Europa seguirá siendo oscura durante cierto tiempo pero, como el propósito de la misma es imponerse sobre las normativas y regulaciones nacionales que rigen la provisión de servicios, es improbable que los sistemas sanitarios nacionales continúen sin verse afectados. Los servicios de dentista, de óptica y de atención sanitaria a largo plazo para los ancianos se proporcionan en muchos Estados miembros por entidades con ánimo de lucro. La directiva, si se convierte en ley, limitará de manera significativa la capacidad de los gobiernos de los Estados miembros para introducir regulaciones que rijan estos y cualesquiera otros nuevos mercados. Si bien la directiva no exige a los Estados miembros que abran a la competencia sus servicios nacionales de salud, proporciona la oportunidad para que corporaciones de atención sanitaria con sede en la UE logren un punto de apoyo substancial en los ya existentes mercados sanitarios nacionales. Estas corporaciones ya están tratando de ampliar su cuota de mercado. Según un informe de los consultores de gestión McKinsey & Company, «en casi todos los países europeos, y especialmente en Alemania, se han arraigado y están proliferando grupos de hospitales privados. La mayoría de estas cadenas hospitalarias se limitan a sus fronteras nacionales, pero unas pocas, como (la compañía sueca) Capio, funcionan en diversos países»²⁷. El informe revela que Capiro mueve al año 836 millones de euros y opera en Suecia, Francia, la República Checa, Noruega y el RU, mientras la empresa BUPA, con sede en Gran Bretaña, opera tanto en el RU como en Irlanda y es propietaria de la cadena española de hospitales Sanitas. El borrador de directiva de servicios favorece a estos grupos al pretender facilitarles la posibilidad de operar fuera de su país de implantación inicial. De este modo, la directiva contribuye a la dispersión de la provisión privada de atención sanitaria.

CONCLUSIÓN: EL MERCADO EUROPEO DE ATENCIÓN SANITARIA Y EL MODELO SOCIAL EUROPEO

En un reciente libro blanco sobre la reforma de los servicios públicos, la Comisión arguyó que son compatibles el funcionamiento de mercados competitivos en salud y el logro de objetivos de servicio público²⁸. Este argumento

²⁷ McKinsey & Company, *Health in Europe*, Number 2 September 2003 p.8.

²⁸ European Commission. «White Paper on Services of General Interest». Brussels, 12.5.2004 COM (2004) 374 final.

se basa en la distinción que hace el Tribunal entre financiación y provisión de la sanidad. El Tribunal se ha centrado en desregular o regular de nuevo el medio por el que se prestan los servicios sanitarios, pero ha eximido a la financiación de la aplicación de las reglas del mercado único y de la competencia, en tanto que los sistemas sanitarios muestren suficientes elementos de solidaridad social. Con estas premisas, cualquier fondo de seguro social o sistema basado en impuestos que proporciona beneficios igualitarios a sus miembros, sin tener en cuenta la cuantía de su contribución, se considera que es una entidad con finalidad enteramente social²⁹. Además, el Tribunal también ha reglamentado que siempre que un organismo estatal compra asistencia sanitaria en nombre de sus ciudadanos, esto, además, tiene un mero fin social³⁰. Por tanto, estas actividades no pueden considerarse que sean «económicas», según la jurisprudencia del mencionado tribunal. Por este motivo, según la Comisión, los servicios de solidaridad están protegidos porque, mientras el Estado es capaz de intervenir en el mercado para asegurar el acceso universal a la atención sanitaria, no existe razón alguna por la que no pueda promoverse un mercado paneuropeo de provisión de servicios sanitarios. Por el contrario, el argumento que se esgrime es que la competencia conducirá a ahorros eficientes, mejor calidad y mayor diversidad en los tipos de tratamiento disponibles.

Pero persisten varios problemas para el Modelo Social Europeo. Los primeros mercados sanitarios de cualquier tipo requieren una gran cantidad de regulación, con objeto de proteger a los enfermos y proporcionar atención de gran calidad. Las asimetrías de información en los mercados sanitarios son tales que el comprador que compra servicios en nombre del enfermo nunca puede estar seguro de la calidad de dichos servicios hasta que ya es demasiado tarde para poder hacer algo para modificarlos. Además, los que venden servicios sanitarios en un mercado tienen incentivos para recortar presupuestos, evitar la regulación y aumentar sus provechos mediante selección de enfermos con poco riesgo. Si el Estado no proporciona la atención sanitaria directamente, hay que desarrollar un aparato regulador complejo para que se ocupe de estos problemas. La política de mercado único europeo hace esto aún más difícil. Como hemos visto, la respuesta del TEJ y de la Comisión Europea al tema de los patrones de actuación ha sido exigir una mínima armonización de las normas a un nivel básico de calidad acompañada del principio del «reconoci-

²⁹ Cases C-159/91. *Poucet and Pistres*.

³⁰ Judgment of the Court of First instance T-319/99. *FENIN v Commission*.

miento mutuo». El Tribunal ha regulado que dicho marco es suficiente para asegurar que la calidad de la provisión de servicios sanitarios es similar a lo largo y a lo ancho de todo el mercado interno. Esta es una visión muy controvertida y persisten las preocupaciones sobre la calidad del personal médico proveniente de las partes menos desarrolladas de la UE.

Los niveles de calidad son un particular problema para la UE, dado que los imperativos del mercado libre entran en conflicto con las normas y reglamentos nacionales que son barreras al comercio. Un examen de la directiva de servicios propuesta nos muestra que el tratamiento de los servicios sanitarios es equivalente al de cualquier otra mercancía. La Comisión cree incluso que es adecuado someter a los proveedores de atención sanitaria al principio del país de origen que hará que las normas nacionales no sean aplicables a los proveedores extranjeros con sede en la UE. Hace falta cuestionar el método de control de calidad en el mercado sanitario de la UE.

La segunda razón por la que el modelo de atención sanitaria propuesto por la Comisión es problemático es que la introducción del mercado no disminuye los costes, sino que los aumenta. La experiencia de los EEUU, Australia y el RU muestra que el coste de la provisión de servicios hospitalarios, basado en el provecho, es mucho mayor que el basado en la ausencia de provecho³¹. Además, los costes de transacción que se derivan de un mercado tan complejo como el de la atención sanitaria con frecuencia superarán a los ahorros en los costes que, por su parte, pueden ser a expensas del colectivo de trabajadores. En un momento en que los gobiernos de los Estados miembros están presionados para que reduzcan los gastos en sanidad y otros servicios relacionados con el bienestar, un aumento en el coste de la provisión conducirá a más presiones sobre el gasto clínico y sobre la cobertura universal. La razón última por la que la conversión en mercado de los servicios sanitarios es problemática es que la provisión de servicios por parte del mercado está sujeta a los caprichos del mismo, de una forma que no ocurre con la provisión pública. Dicho simple y llanamente, el mercado ni garantiza ni puede garantizar la continuidad de la provisión. Por ejemplo, en el RU las autoridades locales dependen casi por completo del sector de las residencias con ánimo de lucro para proporcionar atención a largo plazo a los ancianos. Este grupo no sólo ha actuado como

³¹ Para tener una visión de conjunto de estos argumentos, véase: Allyson Pollock, Jean Shaoul, David Rowland and Stewart Player. *Public Services and the Private Sector: A response to the IPPR*. The Catalyst Trust London 2001.

grupo de presión para evitar la imposición de unos mínimos criterios nacionales de calidad, sino que muchos propietarios de residencias han decidido abandonar el negocio como consecuencia de los bajos niveles de beneficio y el aumento del valor de los edificios. Esto ha creado enormes problemas a las autoridades locales que han visto cómo la oferta de plazas de residencia desaparecía en muchas áreas. Lo que es más importante, se ha expulsado a los ancianos vulnerables de estas instalaciones de atención³². Una garantía estatal para cubrir el coste de la atención sanitaria no protege a los enfermos de las vicisitudes del mercado.

Por lo tanto, hay que hacerse preguntas muy serias a propósito del papel de la Unión Europea en la regulación de la provisión de servicios sanitarios. Lo que se consideró, en su momento, como el último reducto de los gobiernos nacionales, se trata ahora como un área potencial de crecimiento económico por parte de la Comisión Europea y se somete a las reglas que gobiernan el libre comercio. La atención sanitaria ha dejado de ser un servicio que se presta a los ciudadanos, para convertirse en un derecho a acceder a una mercancía con la que puede comerciarse a lo largo y a lo ancho de la Unión Europea de forma muy parecida a cualquier otra. La Comisión Europea intenta activamente crear un mercado interno de atención sanitaria, una medida que transferirá aún más el control de las políticas sanitarias desde los Ministerios de Sanidad a los organismos supranacionales como el Tribunal Europeo de Justicia y la Comisión Europea. Es menester restablecer el Estado de bienestar a nivel europeo, a la vista de estas presiones de globalización y de integración económica. Esto sólo puede lograrse dando a la UE poderes para que garantice a los ciudadanos el derecho positivo al bienestar e impidiendo que las reglas de la política del libre comercio y la libre competencia determinen la calidad de los servicios sanitarios y el acceso a los mismos dentro de Europa.

Traducción: Diego Reverte Cejudo

³² Allyson Pollock. *NHS PLC – The Privatisation of our healthcare* Verso September 2004, Chapter 6.

UN ESPEJO EN DONDE MIRARSE: LA EXPERIENCIA DE NUEVA ZELANDA

CARLOS PONTE*

Apenas se han divulgado los cambios del Servicio de Salud de Nueva Zelanda en los últimos veinte años. Sin embargo, estamos ante una interesante experiencia que se ha saldado con el fracaso del modelo sanitario conocido como «mercado interno» y el restablecimiento de un sistema público integrado. Curiosa e inusual trayectoria, llena de enseñanzas, quizás ignorada porque el caso de Nueva Zelanda está en las antípodas, no sólo geográficas, de las modas y tendencias actuales de la política sanitaria.

No cabe duda que la mayoría de las reformas de los sistemas de salud en todo el mundo se han orientado hacia el mercado interno o competencia gestionada. La causa fundamental, aunque no exclusiva, de esta tendencia responde a la hegemonía política e ideológica del neoliberalismo y su extrapolación al ámbito de los sistemas de salud.

Con las reformas del mercado interno, la financiación de la salud continúa siendo responsabilidad del Estado que a su vez mantiene, al menos como probabilidad, su condición de garante de la equidad y la calidad de las prestaciones; por el contrario, la oferta es descentralizada y los servicios sanitarios, gestionados de forma autónoma, compiten a través de contratos por el precio, la calidad y el volumen de la asistencia. En plenitud de desarrollo, el mercado interno contempla el fraccionamiento del sistema sanitario en tres niveles: el Estado (financiación), la autoridad sanitaria (comprador, que actúa como agente del financiador) y los servicios sanitarios (proveedores, basados en la cuenta de resultados). En teoría, la bondad de este modelo fundamentado en la competencia reside en incrementar la responsabilidad de las partes y otorgar más transparencia y mayor valor del dinero (más productividad, menores precios y mayor calidad).

* Jefe de Servicio UCI. Hospital de Asturias. Presidente FADSP.

LAS REFORMAS

El Servicio de Salud de Nueva Zelanda era en su origen un sistema financiado por impuestos con provisión pública de los servicios sanitarios, esto es, el modelo tradicional de «Beveridge». Sin embargo, desde 1984 ha conocido tres profundas reestructuraciones. La primera reconversión tiene lugar en 1984, su propósito es abandonar «el intervencionismo y la regulación» y abrir paso a la competencia y el libre mercado con la pretensión de controlar el gasto sanitario y la convicción (según los postulados de Enthoven) de que sólo el mercado es capaz de conseguir una mayor eficiencia y, a la postre, intervenir eficazmente sobre el gasto público.

La primera medida fue establecer la separación de la financiación de la provisión, iniciándose un proceso de empresarización del sector de la salud y la transformación de los servicios sanitarios en empresas públicas. En 1993, debido a que los resultados no fueron satisfactorios, se estimó que la reforma había sido incompleta y que era necesario profundizar en la autonomía de las partes y en los incentivos de mercado. Se ponen en marcha, pues, un nuevo período de reformas radicales que se extienden hasta 1997: los Comités de Salud de Área se transforman en empresas comerciales que contratan servicios con los hospitales y la Atención Primaria. Éstos, a su vez, se convierten en empresas con criterios de negocio (privatización de la provisión) con repercusiones sobre el propio rol del comprador público que también funciona con la lógica del beneficio y facilita la derivación hacia el aseguramiento privado.

En 1997, la coalición de gobierno termina con la ruptura de compradores/proveedores y recupera un sistema de salud integrado en un marco de planificación y regulación nacional con funciones descentralizadas en las regiones. El fracaso del mercado, analizado en el documento «Coalition Agreement on Health» (1997), se puede resumir en las siguientes tensiones y disfuncionalidades:

- Dificultades en la gestión de los servicios: muchos gerentes eran inexpertos en las políticas de mercado y otros adoptaron posiciones empresariales sin sensibilidad hacia los problemas de salud de la población.
- No había una visión compartida entre compradores, proveedores y la comunidad. Los médicos, por ejemplo, no tenían cauces en este marco fragmentado y contradictorio de financiadores, compradores y proveedores.
- Los contratos no generaban suficiente flexibilidad para responder a las necesidades individuales o las especificidades poblacionales.

- La competencia fomentaba el secreto entre los agentes.
- Los costes de contratación y transacción fueron muy superiores a lo que se esperaba. En tan sólo un año (Easton, 1997), los costes administrativos subieron del 2 al 10% del presupuesto total en salud.
- Inicialmente se consideró que la eficiencia había permitido una reducción de los costes del 30%. En una reevaluación posterior, la ganancia se estimó únicamente en el 5% y, finalmente, el gobierno tenía serias dudas sobre este beneficio en la creencia de que quizás debería de explicarse por la derivación de costes a otros capítulos y no por mayor eficiencia.
- La ciudadanía también había perdido confianza en el sistema: los seguros privados crecieron hasta el 51% de la población y una encuesta oficial (1998) mostraba que el 90% de los ciudadanos, y con mayor énfasis los sectores con más bajos ingresos, consideraban que el sistema tenía que cambiar.

En resumen, la visión del gobierno al final de los 90 era que el mercado interno no había mejorado la eficiencia ni la calidad de los cuidados, que el sistema de salud estaba seriamente desacreditado y que el aseguramiento y la provisión privada habían experimentado un auge espectacular.

PERVIVENCIA DE PROBLEMAS

Naturalmente, el actual Servicio de Salud no es un ejemplo en todos los terrenos y todavía persisten importantes dificultades, dado que la positiva reestructuración que lo ha transportado del mercado al modelo público es limitada e incompleta.

El acceso es actualmente el problema principal por el tradicional recurso a los copagos: los ciudadanos pagan de su bolsillo el 16% del total de los gastos en salud, mientras que los seguros privados (aunque en descenso) todavía dan cobertura al 33% de la población. Asimismo, hay conciencia de la carencia de recursos del sector público y está en marcha un proyecto de financiación capitativa de los médicos de Atención Primaria con el objetivo de mejorar el acceso.

Con el retorno del modelo público estructurado, se ha reforzado la participación de los ciudadanos con Consejos de Salud de distrito (elegidos en las urnas) y se están desarrollando políticas específicas en los cuidados de la salud de los maoríes. La calidad para promover la excelencia clínica es otro de los propósitos.

CONCLUSIONES

Las reformas de los sistemas sanitarios pueden no ser beneficiosas para la salud de la población. La reforma de mercado interno de Zelanda, con una propuesta similar al modelo Thatcher en el Reino Unido, es muy ilustrativo al respecto.

Aunque existen importantes dificultades para evaluar la efectividad de las reformas sanitarias, esta experiencia de mercado de Nueva Zelanda (incremento de la provisión y el aseguramiento privado, anulación de la participación y ausencia de mejoras en la eficiencia y la calidad) parece adecuadamente documentado.

La competencia deteriora las relaciones entre los ciudadanos, profesionales y organizaciones sanitarias. Los sistemas de Salud se deben basar en la colaboración y cooperación a todos los niveles.

INFORMACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE SALUD EN NUEVA ZELANDA

Hopkins S.: «From Public Sector to Public enterprise: lessons from the reorganisation of New Zealand's Health services». En: <http://www.moh.govt.nz>

French S, Old A, Healy J (2001): *New Zealand. Health care in transition*. Vol 3, No 19. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. Editors: Anna Dixon, Elias Mossialos. The London School of Economics and Political Sciences 2002.

Ministry of Health (1999) health expenditure trends in New Zealand 1980 – 1999. En <http://www.moh.govt.nz>

OECD (2001) OECD Health Data 2001: Comparative análisis of 29 countries. Paris: OECD.

Health Research Council. <http://www.hrc.govt.nz>

Statistics New Zealand. <http://www.stats.govt.nz>

The Medical Council of New Zealand. <http://www.mcnz.org.nz>

The Ministry of Health. <http://www.moh.govt.nz>

The National Health Committee. <http://www.nhc.govt.nz>

The New Zealand Health Information Service <http://www.nzhis.govt.nz>

CONSECUENCIAS DE LA GLOBALIZACIÓN EN LOS SISTEMAS SANITARIOS: MALASIA

CHAN CHE KHOON*

REINVENTANDO EL ESTADO DE MALASIA

«Para incrementar la eficiencia de los servicios y retener una mano de obra cualificada y experimentada (en el sector público), se llevará a cabo la conversión en empresas¹ y privatización de los hospitales, así como de los servicios médicos, durante el período del Plan. El Gobierno reducirá gradualmente su papel en la provisión de servicios e incrementará sus funciones regulatorias y jurídicas. Se implementará también un esquema de financiación de la sanidad para enfrentar los costes sanitarios. De cualquier forma, para el grupo de ingresos reducidos, el acceso a los servicios sanitarios se asegurará a través de asistencia por parte del Gobierno...»

7º PLAN DE MALASIA (1996-2000)
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA
DEPARTAMENTO DEL PRIMER MINISTRO

En Malasia, el cambiante equilibrio entre mercado y Estado presenta muchos matices. Aunque nunca ha constituido un modelo clásico de Estado de bienestar, el Estado malasio ha tenido una presencia social y económica dominante dictada por su política, la cual eventualmente ha sufrido una metamorfosis hacia un capitalismo indígena liderado por el Estado.

La privatización en Malasia por lo tanto está íntimamente ligada a la emergencia de una burguesía indígena con acceso continuo y favorecido por una enorme acumulación de ventajas y prerrogativas del Estado. Internacionalmente, esto está condicionado además por las fluidas relaciones de las alianzas convergentes y los disputados compromisos con el comercio internacional, incluyendo las industrias de servicios sanitarios transnacionales.

Desde una perspectiva tecnocrática convencional, podría decirse que el

* Profesor Universidad Sains. Malasia.

¹ *Nota de la traducción:* Se ha traducido el término «corporatisation» por conversión en empresa o empresarización.

compromiso del gobierno malasio en el sector sanitario se ha reducido a las siguientes premisas:

- El gobierno, como guardián obligado del bienestar público, era responsable de llevar a cabo las acciones para mejorar la salud pública. Hasta hace poco tiempo, esto significaba un papel directo del gobierno en la provisión de los servicios de salud. Como un objetivo de desarrollo nacional, la consecución de una salud satisfactoria para la población en general era un fin deseable en sí mismo, y el gobierno aumentaba su legitimidad y reputación en la medida en la que este contrato social se cumplía.
- En segundo lugar, un estado de salud satisfactorio era también un medio, en forma de una mano de obra sana y productiva, para el objetivo del rápido crecimiento económico y desarrollo. En línea con el énfasis en el crecimiento guiado por la productividad, en el 7º Plan de Malasia, la Unidad de Planificación Económica considera que la inversión en capital humano (salud, educación, herramientas, reestructuraciones organizativas, etc.) mejorará la capacidad productiva humana y por lo tanto acelerará el proceso de crecimiento económico.
- En tercer lugar, como ha sido puesto de manifiesto por los brotes periódicos de enfermedades infecciosas clásicas o de reciente aparición (cólera, miocarditis viral, encefalitis Nipah, malaria, dengue, SARS), el gobierno era también responsable de que los brotes de enfermedad capaces de provocar una ruptura en la vida económica normal permanecieran al menos dentro de límites tolerables, si no erradicados. Podemos decir lo mismo sobre las amenazas a la salud medioambiental en general, especialmente los perjudiciales episodios de contaminación ambiental, como los recurrentes y estacionales smogs en el sudeste asiático.

Como parte de su visión de una economía diversificada en proceso de maduración, el gobierno malasio ha añadido una dimensión más a su política de desarrollo en salud:

«...el fomento de una industria de servicios sanitarios avanzada en Malasia, que recaiga en el sector privado como máquina de lo que se pretende que sea un importante crecimiento industrial en el sector servicios. Además de servir para la demanda local, se promovería también como una industria exportadora de servicios orientada a clientes tanto regionales como internacionales».

La asunción que subyace es que la población tiene cada vez más recursos, y que como los ingresos disponibles cubren más allá de lo necesario, otros productos esenciales, está emergiendo un mercado para los servicios sanitarios, y

se espera que los ciudadanos vayan progresivamente haciéndose responsables de sus propios gastos sanitarios. El gobierno quedaría como proveedor en última instancia para los indigentes más desfavorecidos, aunque utilizando medidas o herramientas racionalizadoras para desanimar a una clientela excesiva, y en último lugar, a través del fomento de redes sociales de beneficencia.

Pero la asunción clave permanece: conforme los países más pobres alcancen el despegue de su desarrollo, la trayectoria de crecimiento se verá acompañada de la emergencia de mercados para las industrias de servicios, industrias «nacientes» como la sanitaria, educación, ocio y turismo, dirigidas a una clase media cada vez con más recursos. Más importante aún, el mercado para los servicios sanitarios y sociales se expandirá dramáticamente conforme la bajada de la financiación del sector sanitario público admita una retirada general del papel proveedor del gobierno.

De ahora en adelante el gobierno adoptará progresivamente, a través del Ministerio de Sanidad, un nuevo papel como regulador de una industria sanitaria privatizada. Idealmente esto se hará de manera discreta, y el Estado concentrará sus esfuerzos en crear una política facilitadora y un ambiente operativo para el desarrollo de un mercado libre.

LA EMERGENCIA DE MERCADOS SANITARIOS

Una rápida visita a las páginas webs de las compañías extranjeras en Kuala Lumpur es muy instructiva. Sus unidades de inteligencia económica nos sugieren invertir en estos mercados emergentes, tanto para potenciales empresarios locales como para compañías extranjeras.

Para el año fiscal 2000, la lista de los designados como mercados «con las mejores perspectivas» por el servicio comercial de la Embajada de EEUU en Kuala Lumpur, por orden de prioridad, fueron los siguientes:

- Material médico y sanitario.
- Suplementos alimentarios.
- Industria de equipamientos y procesos.
- Industria química.
- Agua y aguas residuales.
- Servicios mobiliarios y de maquinaria.
- Educación, enseñanza para el desarrollo de recursos humanos y la enseñanza a distancia.
- Comercio por internet.

De forma similar, la Comisión de Comercio de Australia (Austrade, la agencia para la promoción de inversiones y exportación del gobierno federal) proyectó en el año 2000 que:

«... la demanda de servicios sanitarios de calidad continúa creciendo en Malasia..., hay un enorme potencial para la implicación de Australia en muchos aspectos del desarrollo y dispensación de servicios sanitarios. Las oportunidades incluyen: planificación, diseño y gestión de instalaciones sanitarias especializadas; formación y provisión de educación médica continuada; equipaciones médicas; telemedicina y sistemas de imagen digitalizada; manufactura de material y equipos médicos desechables...»

Y desde el Departamento de Comercio e Inversiones del Alto Comisionado Británico (British High Commission) en Malasia:

«... aunque las conversiones en empresas de los hospitales públicos se han llevado a cabo, es importante también monitorizar el progreso en el cambio en las decisiones sobre adquisiciones en los hospitales desde el gobierno central, dentro del programa de empresarización en expansión... Es probable que presenciemos la emergencia de un nuevo grupo de compradores en el mercado... Los suministradores de equipos británicos deberían también contemplar seriamente el establecer empresas conjuntas y/o acuerdos de transferencia tecnológica para manufacturar localmente sus productos. Las compañías locales están ahora también buscando activamente esas oportunidades... Otro área de interés es la formación y educación médica (incluyendo la enseñanza a distancia)... La industria farmacéutica puede ser también otro área de crecimiento potencial. De nuevo el énfasis estará en la manufacturación local, ya que el gobierno quiere reducir la dependencia de la importación farmacéutica de un 70% al 50%. Las compañías británicas por lo tanto pueden unirse a la manufacturación local, o perder completamente el mercado...»

La expansión del sector privado en los servicios sanitarios en Malasia se construye en un mercado ampliamente expandido, o con expectativas de ello, nacidas de la política privatizadora del gobierno malasio. ¿Cómo de grande es el mercado, en términos concretos?

LA PRIVATIZACIÓN EN PRÁCTICA

En 1996, los servicios de mantenimiento hospitalario del Ministerio de Sanidad fueron privatizados. Los servicios de limpieza, lavandería, gestión del

gasto clínico, mantenimiento de la ingeniería e instalaciones biomédicas del Ministerio de Sanidad, hospitales de distrito y nucleares, y de otras instituciones (que suponían el 14% del presupuesto del Ministerio de Sanidad) se externalizaron, en lo que se ha descrito como el mayor ejercicio de privatización en servicios de mantenimiento hospitalario. Se realizó una concesión valorada en 2,8 billones de dólares en 15 años, y fue otorgada a tres consorcios locales en empresas conjuntas con sus colegas extranjeros, en un ejercicio con escasa transparencia, justificación o adjudicación por concurso.

De acuerdo con los datos del Departamento Financiero del Ministerio de Sanidad, el gasto en servicios de mantenimiento hospitalario se incrementó de 54 millones de dólares en 1996 a 174 millones en 1997, un incremento de 3,2 veces que no se correspondió con un incremento en los servicios o en la calidad de los mismos. Ha seguido aumentando gradualmente hasta 188 millones en 1999.

Esta concesión siguió a la privatización de los almacenes médicos estatales en 1994. Se adjudicó una concesión por 15 años para suministrar, almacenar y distribuir suministros médicos y farmacéuticos a las instituciones sanitarias del gobierno (con un volumen anual de 100 millones de dólares, el 8% del presupuesto del Ministerio de Sanidad) a una empresa estrechamente ligada al partido en el gobierno. Investigadores de la Universidad Sains de Malasia realizaron en 1997 un estudio en el que comparaban listas de precios en ítems coincidentes, encontrando un incremento de 3,3 veces (ponderado) en los precios después de la privatización, otra vez con escasa evidencia de los correspondientes incrementos o mejoras en la provisión de productos o servicios.

Todo esto debe añadirse a las medidas tomadas previamente y al camino recorrido por el sector público sanitario. La sanidad que proveía el Estado en Malasia ha sido reconocida internacionalmente. Peter Heller, economista de la salud, mencionaba en un estudio de investigación que *«el descubrimiento más importante de este estudio es que el desarrollo de la accesibilidad del sistema sanitario malasio ha sido extremadamente efectivo en llegar a proveer servicios sanitarios y preventivos a los grupos de población más desfavorecidos. Ni el nivel de ingresos ni el tiempo suponen una barrera significativa al acceso o utilización de los servicios médicos. Este hallazgo se extiende también a los grupos étnicos, tanto en el área rural como urbana. Esto sugiere que la accesibilidad del sistema malasio puede constituir un instrumento efectivo para la redistribución de recursos en los países en desarrollo...»*

Está lejos de la perfección, hay muchas áreas de mejora, pero en conjunto

la puesta en marcha ha sido notable. Con gastos inferiores al 2% del PIB, el sector sanitario público ha contribuido a conseguir una gran rentabilidad de la inversión: una tasa de mortalidad infantil de 7,9/1.000 nacidos vivos en 1999, esperanzas de vida al nacimiento cercanas a 70 años (mujeres 74,9, hombres 69,9), el 90% de la población viviendo en un radio de 5 km o a una hora de distancia de un centro de atención primaria, tasas de inmunización superiores al 90% para la mayoría de las enfermedades infantiles vacunables.

De esta forma, es difícil justificar la privatización del sistema sanitario basándose en la carga financiera sobre el erario público (a pesar de un 95% de subsidio), o en mejoras del coste-eficiencia. Un comentarista avisado podría decir que en Malasia las fuerzas del mercado han sido distorsionadas por la falta de adjudicaciones por concurso, el amiguismo y contratos clientelares, y que si se hubiera dejado en un mercado libre sin intromisiones del gobierno o interferencias políticas, los resultados habrían sido muy diferentes (a menudo me pregunto qué es lo más deseable: un sector privado purgado de asimetría de información, ventajas internas, desequilibrios de poder y distorsiones del mercado, o un sector público competente, motivado y eficientemente gestionado).

En el año 2000 participé en la 8ª Conferencia Nacional sobre Sistemas Sanitarios (Kuala Lumpur), y en una de las sesiones el presidente de la Asociación de Hospitales Privados de Malasia (APHM) llamó al gobierno a intervenir restringiendo el número de hospitales privados en el área metropolitana de Kuala Lumpur, para solucionar el exceso de camas hospitalarias en el valle de Klang, resultado de la construcción frenética en la última década (debo señalar que este problema fue anterior a la crisis económica que empezó en 1997, aunque se exacerbó por la caída de la demanda relacionada con la crisis).

Hasta finales de los 90, había tantos escáneres de resonancia magnética en el área metropolitana de Kuala Lumpur como había en toda Australia, y el presidente de la APHM solicitaba medidas reguladoras, como la aprobación de licencias, para limitar la adquisición por parte de los hospitales privados de equipos médicos de elevado precio.

¿Qué nos dice esto? En primer lugar, no hay una actitud monolítica dentro del sector privado con respecto a la regulación e intervención gubernamental, la cuestión del mercado y el Estado. Parece que depende de que sea un empresario en potencia o por el contrario una empresa ya existente, celosa de más competencia y amenazas al mercado.

En segundo lugar, es un ejemplo revelador de cómo el sector privado puede

equivocarse terriblemente en la proyección de demandas de mercado y volumen de negocios, hasta el extremo de que necesiten pedir la intervención del gobierno para regular el mercado, si no ayudas públicas y limosnas para evitar su completo colapso. Noam Chomsky lo resume muy bien: «¿Privatización? Eso es “socialismo” para los ricos (es decir, bienestar corporativo y pagarle la fianza a los amiguetes) y disciplina de mercado para los pobres...».

Ahora bien, no estoy diciendo que el sector sanitario público sea siempre mejor que el sector privado. Esto no es así, pero lo contrario también es falso de manera comprobable, y es preciso continuar desmontando la fe obsesiva del sector público sanitario en que las soluciones basadas en el mercado llevarán invariablemente a una mayor eficiencia y un coste por unidad más bajo. Es más, nada menos que la directora general de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, ha afirmado que «no sólo las aproximaciones orientadas hacia el mercado llevan a una inequidad intolerable respecto a los derechos humanos fundamentales, sino que cuerpos de teoría y evidencia crecientes indican que el mercado en salud puede ser además ineficiente...».

LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO: LA PRIVATIZACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (EL CONTROL DEL RIESGO)

Mientras tanto, la atención en Malasia se ha centrado en las reformas en la financiación del sistema sanitario. La postura oficial del gobierno durante muchos años ha sido que la conversión en empresas y privatización de los hospitales públicos, tal y como reflejaba el 7º Plan de Malasia, sólo se llevaría a cabo en paralelo a la introducción de un sistema de aseguramiento nacional.

A mitad de 1999, el Instituto Jantung Negara (Instituto Nacional del Corazón), el Centro Médico de la Universidad de Malaya, el Hospital USM (Kubang Kerian) y el Hospital UKM (Cheras) fueron transformados en empresas, pero el Ministerio de Sanidad permaneció visiblemente callado sobre el sistema de aseguramiento nacional.

En enero de 2000, los titulares de las primeras páginas anunciaron que el Fondo de Mutualidades de Empleados (Employees' Provident Fund, EPF) había llegado a un acuerdo con la Asociación de Aseguradoras de Vida de Malasia (LIAM) que permitiría a los «*estimadamente cinco millones de miembros activos de la EPF usar sus ahorros para contratar un esquema de seguro*

sanitario que comenzaría en junio. Bajo este esquema, los contribuyentes pueden autorizar a EPF a pagar las cuotas por el Capítulo III (salud) anualmente... Los miembros pueden optar por una esquema de cuotas bajas que cubre 13 enfermedades críticas (o procedimientos) –transplantes de órganos mayores, cirugía de bypass coronario, reemplazamiento de válvula cardiaca, cirugía de aorta, infarto, coma, cáncer y tumores cerebrales benignos, traumatismos graves debidos a accidentes, enfermedades cardiacas congénitas, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal crónica, meningitis y encefalitis– o por uno que cubre 36 enfermedades importantes (o procedimientos) con cuotas altas».

La cuota a pagar variaba entre 30 y 20.034 RM al año, pagando más según un gradiente de edad (3,8 RM = 1\$ USA, cambio fijo desde 1998). Los miembros femeninos de EPF disfrutaban de un 30% de descuento para reflejar la menor incidencia global de las enfermedades mencionadas, en comparación con los hombres.

Dejando aparte la adecuación de los pagos extras (incluso como suplementos) para alcanzar los costes de los tratamientos de estas enfermedades, hay serias reservas sobre este esquema como un potencial vehículo para la financiación sanitaria.

LA EMPRESA PRIVADA Y EL CARÁCTER SOCIAL DEL ASEGURAMIENTO

Un esquema de aseguramiento supone un profundo compromiso social. Ya sea en la forma de un esquema gestionado públicamente, un acuerdo colectivo o una política de compras comerciales, es en esencia un mecanismo para aunar el riesgo de eventos catastróficos que enfrentan los individuos unidos en una empresa colectiva.

Es necesariamente un compromiso de grupo, porque se basa en el reconocimiento de que el desafortunado individuo, contando únicamente con sus recursos, se verá abrumado e incapaz de hacer frente a una catástrofe.

El aseguramiento cruzado es por tanto el corazón y el alma del aseguramiento, los sanos subsidian a los enfermos, con la premisa importante de que hay pocas indicaciones a priori de quién puede sufrir el evento catastrófico. Esta es la lógica y el razonamiento que dirige el sistema.

La lógica de la empresa privada, sin embargo, es el máximo beneficio. En

el campo del aseguramiento esto significa discriminar entre categorías de riesgo, fragmentando el mercado en aquellos considerados con alto riesgo de enfermedad y aquellos con bajo riesgo.

Esta es la razón de por qué las cuotas del seguro aumentan cuando se atraviesa el umbral de edad de los 40 años, y se dispara cuando se alcanzan los 60 o más (como es el caso con el esquema EPF-LIAM). La historia familiar de enfermedades hereditarias, que será sustituida en el futuro por el screening de DNA, llevará incluso a una discriminación más fina entre categorías de riesgos, a pesar de las precauciones de los genetistas moleculares, epidemiólogos y éticos más familiarizados con las limitaciones de la tecnología emergente. O más simplemente, preguntar a cualquiera con enfermedades crónicas preexistentes, o seropositivo para VIH, que haya intentado suscribir un esquema de seguro típico.

Todo esto es comprensible dado el imperativo del sector comercial de buscar el beneficio. Pero, ¿qué ocurre aquí? El reconocido y necesario compromiso social está siendo subvertido por un proceso de fragmentación e individualización del riesgo cuyo objetivo lógico es su propia antítesis: los enfermos deberán cargar con el coste de sus propias enfermedades, y los sanos se regocijarán por su buena suerte (o «buenos genes»).

Es irónico que estas iniciativas anticomunitarias estén siendo potenciadas como parte de la privatización sanitaria en Malasia, un país conocido por su articulación de los «valores y ética asiáticos», frecuentemente entendidos como la priorización de los bienes colectivos sobre los del individuo.

De hecho, uno podría preguntarse razonablemente si el seguro, un importante compromiso social (manejo social del riesgo), es al fin compatible con los dictados de la empresa privada.

La lección entonces está clara: la salida selectiva de individuos de bajo riesgo, favorecida por una financiación orientada al beneficio, socavaría enormemente el aseguramiento cruzado implícito, que es la esencia y razón de ser del seguro social.

Es particularmente lamentable que el EPF, como aseguradora social de trabajadores, esté siendo usada como caballo de Troya para institucionalizar el perfil de riesgos como base para cuotas discriminatorias para las personas de edad y suscriptores de alto riesgo, perfectamente normal en financiadoras con ánimo de lucro, pero completamente opuesto a los principios de uniformidad de cotización y solidaridad del seguro social. Es por esta razón que organizaciones como la Iniciativa de Ciudadanos por la Salud (CHI) han reclamado la

prohibición de aseguradoras orientadas al beneficio en los seguros de salud, o como mucho una regulación muy estrecha de las aseguradoras comerciales a la hora de establecer las cuotas y no permitir cotizaciones según riesgo discriminatorias.

Con menos bombo y platillo –un lanzamiento discreto en noviembre de 1999 seguido de una serie de programas rodados a pie de calle de ámbito nacional–, Cuepacs (la Confederación de Sindicatos de Servicios Públicos) había introducido previamente su propia versión de seguro de salud, CuepacsCare, en unión con AMI Insurance Bhd y Medicare Assistance Sdn Bhd. A diferencia del esquema de EPF-LIAM, CuepacsCare tiene cuotas uniformes, pero excluye a una gran proporción de mayores de la capacidad de elegir.

Otra diferencia es que el reembolso se basa en servicios específicos a los pacientes, sujetos a un techo máximo en los pagos, y excluye las alteraciones congénitas, discapacidades producidas en guerras o desórdenes civiles, enfermedades mentales, deficiencias en la vista y ayudas visuales, miembros artificiales y prótesis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas cuarentenables, embarazos y asistencia domiciliaria de niños, vacunas, SIDA y complicaciones relacionadas, así como otras enfermedades crónicas preexistentes (como la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular, cáncer) en el año previo a la suscripción.

Algunos de los puntos más sobresalientes en esta emergente mezcla de esquemas de seguros sanitarios son los siguientes:

- El esquema EPF-LIAM tiene cotizaciones según riesgos, más en línea con el compromiso comercial que con el seguro social. La consecuencia que más rechazamos es el hecho de que aquellos que puedan necesitar cuidados sanitarios no sean capaces al final de financiarlos. Innegablemente la financiación del sistema sanitario con una población cada vez más envejecida es un gran reto, pero un esquema con cotizaciones según riesgos con cuotas exorbitantes para las personas mayores y otros grupos de alto riesgo es inaceptable como solución. El esquema de CuepacsCare resuelve esto excluyendo de su cobertura a un amplio grupo de mayor edad.
- La exclusión de los mayores de la cobertura: el esquema EPF-LIAM está disponible sólo para aquellos con 70 años o menos, incrementándose la cuota anual vertiginosamente con la edad; los suscriptores de CuepacsCare pagan una cuota uniforme independientemente de la edad, pero deben suscribirse antes de los 60 años, y la cobertura acaba a los 65. Dado que la esperanza de vida media en Malasia está alcanzando los 75 años, a

lo que se une la alta prevalencia de enfermedades crónicas en las personas mayores, está claro que la financiación de las personas mayores se convierte en un asunto principal de la política social.

- El esquema CuepacsCare es un esquema voluntario para trabajadores civiles y funcionarios del Estado jubilados (es decir, no obligatorio y permite salirse). Debido a que el esquema está basado en la comunidad, con cuotas uniformes para todos los suscriptores, hay la posibilidad de que decidan salirse individuos de bajo riesgo, por lo que el «pool» de suscriptores puede terminar siendo desproporcionadamente de alto riesgo, con sobrerrepresentación de frecuentadores intensivos del sistema sanitario. No está claro si las cuotas de 87 RM para planes individuales y 335 RM para planes familiares seguirían siendo viables a largo plazo en este escenario.
- La mayoría de los esquemas de seguridad social se basan en contribuciones conjuntas del empleador y el empleado. Los emergentes esquemas de seguros sanitarios parecen ser exclusivamente responsabilidad de los empleados (las contribuciones de EPF se hicieron conjuntamente, pero con la clara comprensión de que eran ahorros y ventajas del empleado, distinto de los beneficios sanitarios laborales).

En respuesta a esta proliferación de seguros médicos privados y esquemas de gestión de cuidados, los profesionales sanitarios y la población han propuesto varias alternativas que comparten algunas características comunes: un sistema de seguridad social, sin un sistema de cotización según el riesgo, que estuviera financiado con contribuciones empleador/empleado, eventualmente recaudado por los trabajadores autónomos, con contribuciones suplementarias mediante un sistema fiscal progresivo (y con tasas para los consumidores de alcohol y tabaco) para extender sus beneficios a todos los ciudadanos y residentes. Funcionaría como una institución estatutaria que no busca el beneficio, con una participación ciudadana efectiva y creíble.

BIBLIOGRAFÍA

- G Soros. The Capitalist Threat. *Atlantic Monthly* (January 1997).
- Palindrome repents: George Soros and laissez faire. (*Economist*, January 25, 1997, p. 16).
- CK Chan. 1996. Privatisation and the Healthcare Sector. Re-negotiating the Social Contract, background paper prepared for the Second Penang Economic Seminar *Promoting Penang as a Centre for High Quality Health Services* (1996) (Education, Economic Planning & Information Committee, Penang State Government).
- Zainab bte Abdul Karim. 1996. Policies and Objectives under the 7th Malaysia Plan, paper presented at the *APHM National Health Care Conference*, Kuala Lumpur, 1996.
- 7th Malaysia Plan (1996-2000), Economic Planning Unit, Prime Minister's Department.
- CK Chan, Noorul Ainur Mohd Nur & Dzulkifli Abd Razak. 2000. A Sunrise Industry: The Emergence of Investor-led, Corporate Healthcare, presented at the *National Seminar on Health & Healthcare in Changing Environments: The Malaysian Experience* (April 22 & 23, 2000, Kuala Lumpur).
- Mohd Izham Mohd Ibrahim, Zubaidah Che Embee & Dzulkifli Abd Razak. 2000. Drug Distribution Systems in Malaysia: The Privatisation of the General Medical Store, paper presented at the *National Conference on Privatisation & Healthcare Financing in Malaysia* (April 5 & 6, 1997, Penang).
- PS Heller. 1982. «A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia». *Social Science & Medicine* 16:267-284.
- 8th Malaysia Plan (2001-2005), Economic Planning Unit, Prime Minister's Dept.
- *The Sun* (June 20, 2000).
- Noam Chomsky. *Free Market Fantasies: Capitalism in the Real World* (CD recording, April 13, 1996). San Francisco: AK Press Audio.
- Children's Defence Fund. 1997. Child Health Fact Sheet (January 17, 1997). Washington, DC: Children's Defence Fund.
- OECD website <http://www.oecd.org/publications>.
- S Woolhandler & D Himmelstein. «When Money is the Mission: The High Costs of Investor-Owned Care». *New Engl J Med* (August 5, 1999).
- World Health Report (World Health Organisation, 1999).
- HT Greely. 1992. Health Insurance, Employment Discrimination and the Genetics Revolution, in DJ Kevles & L Hood (eds.). *The Code of Codes: Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; C.K. Chan. 2002. Genomics, Health, and Society. *New Solutions: A Journal of Environmental & Occupational Health Policy* 12(2):109-119.
- CK Chan. 2001. The National Health Financing Authority: Six Questions for the Health Minister. *Aliran Monthly* 21(2):21-23.
- CK Chan. 2000. *The Privatisation of Social Insurance*. (Malaysiakini, August 28, 2000).
- *The Edge online* (October 20, 2000).
- C.K. Chan. 2003. The Political Economy of Healthcare Reforms in Malaysia, in *Restructuring Health Services* (ed. Kasturi Sen). London: Zed Books.
- Gilbert Rist. 1997. *The History of Development*. London: Zed Books.
- Asa Cristina Laurell & Oliva Lopez Arellano. 2001. «Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health», in *The Political Economy of Social Inequalities*. (ed. V. Navarro). Amityville, NY: Baywood.

Traducción: Clara Repeto

**Trabajando por
otra globalización
en salud**

EXPERIENCIAS EN ESPAÑA DE MOVILIZACIONES CONTRA LOS EFECTOS EN SALUD DE LA GLOBALIZACIÓN

MANUEL MARTÍN GARCÍA*

LA GLOBALIZACIÓN Y LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

El proceso de globalización de los servicios sanitarios pretende convertir la salud en una mercancía, abrir el sanitario al negocio privado y eliminar las barreras que dificultan el libre comercio y la expansión a las grandes empresas multinacionales en el sector. Para ello se pretende acabar con el papel del Estado como garante de los servicios sociales básicos y retirar la responsabilidad de la asistencia sanitaria de los sistemas de salud públicos¹.

LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La destrucción de los servicios sanitarios públicos y la mercantilización de la sanidad incrementará, aún más, las desigualdades sanitarias; dejará sin asistencia a los sectores que más la precisan; condicionará la libertad de decisión y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios; y aumentará, paradójicamente, los gastos en salud (Estados Unidos, donde la sanidad privada es

* Médico EAP Seixo. Secretario Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

¹ El AGCS es uno de los 28 acuerdos comerciales liberalizadores de la OMC. Por el mismo, los miembros de la OMC están comprometidos a «liberalizar progresivamente» los diferentes 160 sectores de los servicios, incluidas las actividades de servicios-salud animal y humana. Pretende poner precio a la totalidad de los servicios que en la actualidad presta el sector gubernamental, financiado con las contribuciones de los ciudadanos. La salud, la educación y la distribución del agua, por citar los servicios más elementales, serán simples mercancías por las que habrá que pagar en el futuro, en ausencia de criterios de bienestar social, culturales o de solidaridad. El AGCS es una apropiación de los servicios básicos, públicos o no, y de los recursos medioambientales, cuyas inversiones se pretenden proteger a pesar de los gobiernos y las normas de los propios Estados implicados.

hegemónica, destina el 14% del PIB, mientras en la Unión Europea la media es la mitad, con un 7%).

Los efectos de la globalización tienen repercusión a diferentes niveles: escala planetaria, Unión Europea, estatal o nacional, regiones o comunidades autónomas, centros y servicios sanitarios.

LA ESTRATEGIA EN ESPAÑA

El llamado «Informe Abril» pretendió, al comienzo de los años 90, trasladar esta estrategia a la sanidad española, promoviendo medidas destinadas a introducir el mercado en el sistema público y privatizar la gestión de los centros públicos mediante fundaciones y otras formas de gestión empresarial. La fuerte oposición al mismo obligó a su retirada y su sustitución por el Acuerdo Parlamentario para la Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud de diciembre de 1997, que proponía generalizar la nueva gestión y privatizar la atención sociosanitaria, y posteriormente una serie de medidas (lluvia fina) destinadas a enmascarar el desarrollo del proceso de privatización sanitaria como los cambios en el IRPF para acabar con el aseguramiento único apoyando fiscalmente los seguros complementarios en empresas; la Ley de Estabilidad Presupuestaria, que impide a las Administraciones públicas recurrir al endeudamiento para realizar inversiones sanitarias obligando así a concertar las ampliaciones de nuevos servicios con el sector privado; o el Nuevo Modelo de Financiación Autonómica, que pretende acabar con el carácter redistributivo de la sanidad pública que pasará a ser financiada esencialmente mediante impuestos directos que no tienen en cuenta el nivel de renta de quien paga.

LA REBELIÓN DE LOS AFECTADOS

Estas medidas, orientadas a reducir el gasto público, están creando problemas sanitarios:

- A la población en general que, como consecuencia de los recortes de recursos, deben soportar el aumento de las listas, la masificación de las consultas de Atención Primaria, o la carencia de centros para enfermos crónicos o cuidados paliativos.
- A los profesionales sanitarios que, además de disponer de menos pue-

tos de trabajo, pierden ingresos económicos (los sueldos son los más bajos de la UE después de Grecia), derechos laborales (temporalidad, inseguridad laboral o contratos basura), que obligan a muchos de los profesionales, sobre todo a los recién formados, a emigrar al extranjero.

- A las CCAA menos desarrolladas que, como consecuencia del nuevo modelo de financiación, que vincula los ingresos sanitarios de cada una a su capacidad de recaudar impuestos que gravan la actividad económica y el comercio, se enfrentan a la posibilidad de no poder financiar sus actuales servicios (la diferencia en gasto sanitario por habitante al año, entre la que más gasta y la que menos, creció en un 152,61% tras la entrada en vigor del nuevo modelo).
- A las personas que viven en áreas sanitarias donde están ubicadas las fundaciones sanitarias y otras formas de gestión privada orientadas a reducir gasto público disminuyendo recursos (32% menos médicos, 46% menos enfermeras, 45% menos camas y 31% menos quirófanos por 1.000 habitantes respecto de los hospitales de gestión tradicional), asistencia sanitaria (37% menos ingresos y 21% menos intervenciones quirúrgicas), racionando pruebas diagnósticas y tratamientos (22% menos procedimientos al alta), y que deben esperar más tiempo para ser atendidos que las personas atendidas por hospitales de gestión de naturaleza similar (40% más pacientes en espera por 1.000 habitantes).
- A los sectores sanitarios con menor capacidad de compra de servicios y de influencia social como pensionistas, discapacitados, mujeres o clases trabajadoras.

Es decir, los efectos de las políticas privatizadoras de la globalización repercuten sobre el sistema sanitario público, los usuarios y los trabajadores del mismo.

Hacer evidente estas situaciones concretas que afectan a pacientes, colectivos sociales, centros, áreas, comunidades autónomas, con las estrategias del FMI o de la OMC debe formar parte esencial de la estrategia de lucha contra la globalización.

CÓMO HACER FRENTE A ESTE PROCESO

La globalización, responsable última de esta situación, no es obra del destino, es el resultado de decisiones de gobiernos (incluido el nuestro) decididos

a bajar impuestos y tasas aduaneras, autorizar las transferencias masivas de dinero o a privatizar los servicios públicos. La Comisión Europea ha apostado (mediante los posibles acuerdos entre la Organización Mundial del Comercio) por la privatización sanitaria, a pesar de los malos resultados cosechados por los países que han puesto en marcha estas iniciativas.

Algunas experiencias de movilizaciones contra la privatización de la sanidad en el Estado

La destrucción del sistema sanitario público forma parte del proceso de aplicación de la estrategia del FMI y del Banco Mundial² a la sanidad en España. Pese al desarrollo solapado de esta estrategia, para evitar costes políticos, en los lugares donde se han puesto en práctica los ciudadanos y profesionales afectados por las mismas han reaccionado oponiéndose.

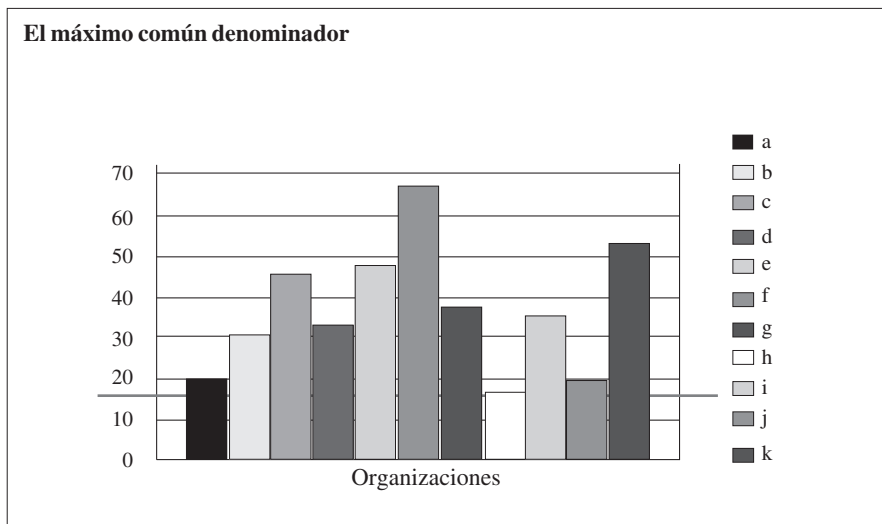
El proceso de privatización cuenta con gran apoyo mediático, y se desarrolla en varios frentes: gestión, aseguramiento, provisión asistencial o la financiación, camuflado bajo mensajes positivos como que mejorará la eficiencia o que contribuirá a satisfacer las preferencias del usuario mejor que el sistema público. A favor de la misma juegan algunos factores como la difícil comprensión del tema tanto para los sanitarios como para los ciudadanos y la existencia de un escenario político muy desfavorable para el sector público, consecuencia del dominio absoluto de los medios de comunicación social por las fuerzas más conservadoras.

Afrontar esta situación exige reunir el máximo de apoyos posibles, de los afectados, en diferentes frentes: sanitario, ciudadano, profesional, sindical, institucional como parlamentos o ayuntamientos, con el objetivo de conseguir una masa social y mediática crítica contra la privatización, lo que exige esforzarse en los aspectos didácticos de los mensajes dirigidos a profesionales de la salud y ciudadanos, y planificar estrategias de marketing y comunicación social. A favor de esta lucha contra la privatización está el que la sanidad pública forma parte esen-

² El Banco Mundial, en 1987, plantea en su *Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios*: Trasladar a los usuarios los gastos por el uso de las prestaciones, ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo, utilizar de forma eficaz los recursos privados, descentralizar los servicios sanitarios públicos. Seis años después, en 1993, el *Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo en el Mundo* propone dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad: Introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y mejorar la asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

cial del llamado Estado del bienestar y que beneficia a todos los grupos sociales, incluyendo a las influyentes clases medias.

Parece lógico buscar la unidad más amplia de los afectados, haciendo especial énfasis en los intereses comunes básicos, dejando a un lado los aspectos accesorios que puedan dividir, procurar una cooperación leal y no forzar posicionamientos políticos partidarios, es decir, la búsqueda del máximo común denominador.



LAS PLATAFORMAS POR LA DEFENSA Y MEJORA DE LA SANIDAD PÚBLICA

La mayoría de las movilizaciones contra la privatización han sido protagonizadas por las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública (PDSP), integradas por colectivos sociales y profesionales de composición, finalidad y actividad muy variada, unidos por dos grandes motivaciones:

- a) Estar afectados por las medidas destinadas a privatizar servicios, reducir asistencia o por la mala gestión de los mismos (listas de espera, contratos basura, etc.).
- b) Estar interesados objetivamente en el mantenimiento del sistema sanitario público.

En las PDSP están integradas, con ligeras variantes, por organizaciones ciudadanas (asociaciones de vecinos, de consumidores y de enfermos crónicos), sindicatos de clase, organizaciones de profesionales sanitarios de tendencia progresista y partidos políticos de izquierda.

Cada una de estas organizaciones carecen, por sí solas, de capacidad para enfrentarse a las fuerzas que promueven la privatización, pero su unión estable les dota de una enorme capacidad de intervención política y social. La salud y los servicios sanitarios constituyen una prioridad social por su repercusión sobre la calidad de vida, la seguridad y la economía de las personas, las familias y los colectivos sociales.

Todo lo anterior hace que las propuestas y las actividades desarrolladas por las Plataformas tengan un nivel de audiencia social y una trascendencia política muy importante.

Una alianza estratégica: Las ventajas del apoyo mutuo y de las actuaciones sinérgicas

El funcionamiento coordinado de las fuerzas que integran las Plataformas permite realizar intervenciones sinérgicas y coordinadas en diferentes escenarios sociales, sindicales, profesionales e institucionales.

Las Plataformas son la cristalización de la alianza de los afectados por las políticas privatizadoras, en las que cada colectivo aporta recursos y recibe a cambio apoyo y ayuda.

- Las organizaciones ciudadanas aportan capacidad de movilización y representación social y reciben de los sanitarios información contrastada, propuestas bien fundamentadas y apoyo técnico. La incorporación de los temas sanitarios a las reivindicaciones de las organizaciones vecinales las prestigia y les permite intervenir en un tema de gran repercusión mediática y trascendencia ciudadana.
- Los organizaciones de profesionales sanitarios proporcionan información, legitimidad profesional e influencia social a las Plataformas, mientras que reciben de los ciudadanos apoyo social y capacidad de movilización (los temas de salud tienen trascendencia electoral, a la que son muy sensibles los gobiernos).
- Los sindicatos aportan capacidad de movilización sectorial, presencia institucional y organización. Representan los intereses de los sanitarios, pero también del conjunto de todos trabajadores, para los que los servicios sanitarios forman parte de su salario en especie.
- Los partidos políticos aportan liderazgo social, presencia institucional, capacidad de movilización y de iniciativa legislativa. Las Plataformas les permiten acercarse a los colectivos y agentes sociales y trabajadores de la salud, para poder conocer de forma directa sus problemas, necesida-

des y opiniones para articular sus programas y conseguir apoyo electoral. La alianza entre partidos y colectivos sociales permite e éstos trasladar sus reivindicaciones a parlamentos, ayuntamientos y otras instituciones con capacidad de legislar y asignar recursos sanitarios.

Características organizativas y funcionales de las Plataformas

Estas estructuras tienen un carácter:

- **Informal:** La mayoría no tienen estatutos y/o no están legalizadas.
- **Autónomo:** Carecen de estructuras jerárquicas o dependencia internas o externas. Cada Plataforma es independiente de las demás, aunque funcionan en redes con objetivos similares.
- **Abierto:** Puede pertenecer a las mismas cualquier organización o colectivo de carácter democrático que comparta los valores de su documento de fundación, habitualmente un manifiesto que une los problemas locales con los generales de la privatización.
- **Variable:** Dependientes del interés de cada organización o de la cultura social de cada zona.
- **Provisional:** Aparecen y desaparecen en función de los problemas o circunstancias para las que se crearon, pudiendo estar paralizada su actividad durante períodos determinados.

La naturaleza, composición y funcionamiento de cada Plataforma depende del motivo o la circunstancia que determinó su constitución:

- Coordinar las actuaciones de organizaciones a nivel del Estado o comunidad autónoma contra decisiones que afecten al sistema público, proponer y apoyar medidas institucionales (iniciativas parlamentarias, municipales...) en defensa o mejora sanitaria, etc.
- Enfrentar problemas sanitarios como la privatización de la gestión de un centro, reivindicación de un nuevo hospital o centro de salud, exigir más recursos sanitarios para una zona, protestar contra listas de espera, demandar servicios sociosanitarios, etc.

Escenarios de intervención de las Plataformas

- Movimiento ciudadano: Federaciones vecinales (ciudad, CCAA), asociaciones de barrio, organizaciones de consumidores,
- Centros de trabajo: Centros sanitarios y empresas, fábricas, etc.
- Medios profesionales: Congresos, jornadas sanitarias, debates, publicaciones.
- Instituciones sociales: Consejos económicos y sociales, mesas de negociación.
- Instituciones políticas: Parlamentos autonómicos y nacional, ayuntamientos.
- Prensa y medios de comunicación social y profesional.

Algunos ejemplos:

Denominación	Campo de intervención	Actividades
Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública de Vigo	Local	Oposición a privatización nuevas tecnologías (MEDTEC) Derogación concierto singular de un área sanitaria con un hospital privado (POVISA)
Plataforma DSP de Lugo	Local	Difusión y denuncia situación de las listas de espera Reivindicación de nuevo hospital para Lugo
Plataforma DSP Vilagarcía	Hospital y localidad	Integración de la Fundación do Salnés en la sanidad pública Más recursos sanitarios para este centro
Plataforma DSP de Galicia	Comunidad autónoma	Integración de las fundaciones en la Red Sanitaria Pública Rechazo Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia Exigencia de transparencia en las listas de espera
Plataforma DSP Pontevedra	Área sanitaria	Exigencia de un hospital único con más recursos par el área Transformación del hospital provincial en centro de crónico y de atención sociosanitaria

Denominación	Campo de intervención	Actividades
Plataforma para la Atención Sociosanitaria de Santiago	Atención sociosanitaria	Dedicación de una parte del viejo Hospital Universitario de Santiago a centros de crónicos y actividades sociosanitarias Nuevos recursos para atención de enfermos crónicos y discapacitados Participación en instituciones
Plataforma DSP Alcorcón	Localidad	Exigencia nuevo hospital Rechazo a su transformación en fundación
Foro por la Sanidad Pública de Getafe	Localidad	Rechazo a convertir hospital en Fundación
Plataforma DSP del Corredor del Henares	Área sanitaria	Reivindicar más y mejores recursos sanitarios para el área
Foro por la Sanidad Pública de Madrid	Comunidad autónoma	Rechazo convertir hospitales en fundaciones Rechazo a la Ley de Ordenación Sanitaria (privatizadora)
Plataforma Pro hospital Oviedo	Área sanitaria	Reivindicación de un nuevo hospital

También hay experiencia de Plataformas en Murcia, Ceuta, León, Asturias, Barcelona, Salamanca, Cádiz, etc. En todas ellas se repite el mismo esquema: asociar los problemas sanitarios locales (falta de recursos, restricciones en la asistencia, listas de espera...) con las políticas neoliberales generales que las determinan. Esto permite explicar y hace comprender a ciudadanos y sanitarios cuál es el origen de sus problemas y la necesidad de realizar alianzas cada vez más amplias para poder actuar sobre ellos.

Algunos resultados de las Plataformas

- La movilización sindical y profesional fue capaz de hacer retirar el «Informe de la Comisión Abril» como estrategia global para privatizar el sistema (aunque posteriormente muchas de sus propuestas se han desa-

rollado de manera solapada y fraccionada), y posteriormente el Acuerdo Parlamentario para la Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud.

- En algunas localidades, las movilizaciones ciudadanas y profesionales impidieron la generalización de nuevas formas de gestión como fundaciones o sociedades anónimas (como MEDTEC en Vigo, destinado a gestionar todas las nuevas tecnologías que se incorporaran al sistema en la CA, que desde hace años no ha incorporado nuevos recursos a los iniciales, se encuentra en estado de hibernación, ha perdido parte de su autonomía y se coordina con los servicios hospitalarios de los centros en los que está ubicado).
- Las movilizaciones sindicales y profesionales en la CA de Madrid paralizaron el plan de transformar todos los hospitales de la Red Pública en fundaciones sanitarias y la apertura de nuevas experiencias de nueva gestión. En esta estrategia tuvieron un importante papel las juntas de personal de los hospitales públicos y los delegados sindicales.
- Los comités de empresa de las fundaciones sanitarias en Galicia, pasado el temor inicial de los trabajadores a ser despedidos por la precariedad de sus contratos, están desarrollando una gran contestación social, aliados con la Plataforma Gallega, que agrupa a sindicatos y organizaciones sociales de las zonas en las que están ubicados estos centros.
- Las movilizaciones de la Plataforma por la Atención Sociosanitaria en Santiago consiguió ampliar los recursos destinados a patologías crónicas, cuidados paliativos, etc., en un área que carecía de ellas. La movilización de la junta de personal del Hospital Universitario, ADSP, las organizaciones vecinales, organizaciones de la Iglesia como Cáritas y un importante número de profesionales fueron capaces de abortar una importante maniobra especulativa con el antiguo hospital y hacer que una parte se destinara a fines sanitarios y sociosanitarios.
- En Oviedo, la Plataforma por el Nuevo Hospital Central de Asturias fue capaz de integrar a numerosos colectivos sociales, representativos de una gran mayoría de intereses ciudadanos y consiguió el nuevo hospital.

Otras experiencias del modelo plataformas

Aunque sin responder al modelo de las PDSP, la Plataforma 10 Minutos ha

sido capaz de articular y organizar la rebelión de los profesionales de este nivel asistencial contra el deterioro y abandono por parte de la Administración sanitaria.

La Plataforma 10M integra a organizaciones profesionales de vocación científica como la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria Española (SEMFyC), la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina Rural y General (SEMERGEN); organizaciones profesionales de vocación más política, como Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y Asociación Galega de Médicos (AGM); sindicatos de clase mayoritarios a nivel estatal como Comisiones Obreras (CC.OO.) y Unión General de Trabajadores (UGT), o autonómico como Confederación Sindical Galega (CIG); sindicatos corporativos como Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), etc.

La enorme variedad de organizaciones que la integran, ha obligado a esta Plataforma a que sus propuestas sean muy generales, centradas esencialmente en reivindicar más recursos (presupuestos, profesionales, etc.) para la Atención Primaria, proponer medidas que permitan a los centros realizar una atención integral de salud (promoción, prevención, asistencia curativa, investigación, docencia o trabajo comunitario), reorientar la gestión economicista centrada en el ahorro por otra orientada a la calidad, mejorar el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos que garanticen una mayor capacidad resolutive, y acabar con la precariedad profesional.

Como instrumentos de movilización, la Plataforma 10M ha promovido debates y promocionado sus reivindicaciones en congresos y eventos profesionales de atención primaria publicando artículos de opinión en prensa social y profesional, solicitado pronunciamientos de instituciones y organizaciones sociales y sobre todo organizar concentraciones unitarias y simultáneas en los centros sanitarios de todo el Estado, buscando el apoyo de usuarios y organizaciones sociales.

Uno de los aspectos más interesantes y novedosos de este movimiento es que, a pesar de su naturaleza profesional, plantea unas reivindicaciones no corporativas destinadas a mejorar la atención de los pacientes. Ello ha permitido a la Plataforma dar a conocer sus demandas y que hayan sido aceptadas por la opinión pública y profesional, establecido alianzas con los movimientos ciudadanos y agentes sociales, que han reforzado y ampliado su capacidad de presión y obligado a las organizaciones políticas e instituciones a apoyar sus propuestas.

CONCLUSIONES

Aunque las Plataformas están muy lejos aún de haber alcanzado los objetivos para las que fueron creadas, sus actuaciones y movilizaciones han sido capaces de alertar a la sociedad, agentes sociales y partidos políticos sobre las intenciones privatizadoras de las reformas neoliberales y sobre las negativas consecuencias de las mismas para la salud y calidad de vida de ciudadanos y profesionales.

Esta alianza ha podido, hasta el momento, frenar el proceso de privatización de la sanidad pública; ha puesto los problemas de la sanidad pública en la agenda política, y ha favorecido la convergencia de planteamientos racionales de las organizaciones progresistas.

El éxito más evidente e imponente de las mismas es haber detenido hasta ahora la generalización de las fundaciones sanitarias y otras formas de la nueva gestión empresarial de los centros sanitarios públicos.

Sin embargo, las fuerzas que están detrás de las propuestas neoliberales tienen una dimensión internacional que exige unas alianzas cada vez más amplias, que trasciendan las fronteras de los países y aun de los continentes. No será posible derrotar la privatización sin compaginar las movilizaciones a nivel local con las de dimensión internacional. Ese es el reto.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Campaña contra la OMC «El mundo no es una mercancía» 2000. Autores: Óscar Arnau, el All. ATTAC Catalunya. Edición: Lidia Vilalta. Septiembre 2001, Barcelona.
- (2) Declaración de Baleares en Defensa de la Sanidad Pública. XIV Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública FADSP. Mallorca 21 a 24 mayo 2002.
- (3) Baum F. «Health, equity, justice and globalization: some lessons from the People's Health Assembly». *J Epidemiol Community Health* 2001;5:613-6.
- (4) Marciano Sánchez- Bayle. *Evolucion del gasto sanitario autonómico y sus implicaciones en la cohesión*.
- (5) *Nuevas formas de gestión y su impacto sobre las desigualdades. A propósito de las Fundaciones Sanitarias*. M. Martín García y M. Sánchez Bayle.
- (6) *Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia*. Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 43/2004.
- (7) *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*. Fundación Alternativas 1999.
- (8) Jornadas sobre Descentralización y Transferencias. Confederación Sindical de Comisiones Obreras. 2001.
- (9) «Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia. Propuestas de mejora». Grupo de consenso de Primaria SEMFYC, SEMERGEN, y Sindicato Médico. Noviembre del 2000. En www.diezminutos.org (consultado el 5 de febrero del 2004).
- (10) «La profesión se une para reclamar los 10 minutos por consulta en AP». *Diario Médico* 8-10-2003.

EXPERIENCIAS DE LAS CAMPAÑAS DEL REINO UNIDO SOBRE LOS EFECTOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA SALUD

HARRY KEEN*

Pertenecer a la comunidad mundial y los enormes impactos en la salud que de ello se deriva –potencialmente tanto buenos como malos– ha sido reconocido cada vez más como un asunto social, político, profesional y económico a medida que las distintas sociedades se han hecho conscientes de la existencia de otras sociedades (del resto de sociedades). Como consecuencia de las relaciones comerciales y de los viajes, la conciencia de la posible transmisión de enfermedades entre las distintas sociedades se desarrolló de forma temprana. Los viajes en avión facilitaron y acentuaron el transporte de los agentes de infección, pero hay nuevos e importantes impactos de la globalización sobre la Sanidad que se han originado debido a la agresiva revolución científica en la alimentación, a la revolución de las comunicaciones con respecto a la propagación de ideas, sanas e insanas, y a las consecuencias socioeconómicas de la movilidad de los trabajadores y de la deslocalización.

El agua que bebemos, el aire que respiramos, la comida que comemos pasa cada vez más rápido de una parte del planeta a otra, llevando consigo las ventajas de la disponibilidad y la capacidad de selección, pero también los peligros de la no-identidad y de la enfermedad. Pueden existir algunos aspectos de la salud y enfermedad que estén fuera de una dimensión global. El reconocimiento global fue señalado por la Organización Mundial de la Salud en su concepto y fue promocionado en su campaña «Salud para Todos» hace más de una década. La salud puede ser una aspiración humana, si no es ya un derecho. ¿Cómo puede uno transformar este ideal en una campaña nacional con objetivos realistas? ¿Cuáles son las posibilidades? ¿Cuáles son los problemas?

Hay muchas contradicciones evidentes en los efectos del crecimiento de la

* Harry Keen es profesor del Guy's Hospital y miembro de la NHSCA.

empresa/iniciativa global/mundial sobre la salud humana y el bienestar. La difusión de la tecnología ha mejorado espectacularmente los métodos de producción y conservación de alimentos de tal manera que, en las partes más privilegiadas del mundo, la disponibilidad supera en gran medida a la demanda. En principio, este mayor consumo ha significado la erradicación virtual del hambre, pero por otro lado contribuye a la epidemia de la obesidad y sus enfermedades asociadas que ahora se ciernen sobre la mayoría de los países ricos. Tristemente, muchos menos beneficios han ido hacia los productores de este enorme derroche de alimentos. Abasteciendo las demandas de los países más ricos, las necesidades de las sociedades productoras han sido frecuentemente marginadas. Los beneficios obtenidos por los países productores raramente van a los propios productores y normalmente van a parar a los bolsillos de aquellos cuyos estómagos están llenos. El impacto que tiene este empobrecimiento sobre la salud de las sociedades productoras es inmenso y la ausencia de inversión en este campo niega incluso los requisitos básicos de salud (condiciones básicas de salubridad; requerimientos básicos para una existencia saludable) a la mitad de la población mundial que vive en condiciones de pobreza.

Esta desigualdad fundamental en la distribución de los recursos es la base de los continuos impactos de la malaria, tuberculosis, VIH/SIDA y de las infecciones letales de gastroenteritis y neumonía en la infancia. Hasta que no se realice una inversión social básica en estas, todavía, sociedades explotadas, existen pocas perspectivas de erradicar estas limitaciones permanentes al desarrollo social y económico.

CUESTIONES Y VALORES

Anheier et al. (2001) han descrito cómo Europa noroccidental –la región más globalizada del mundo de acuerdo a los indicadores– es también el sitio donde la sociedad globalizada se ha desarrollado de forma más intensa. Sostienen que, como una reacción y un esfuerzo para engancharse al acelerado proceso de globalización, ha surgido una nueva sociedad conectada internacionalmente. El Reino Unido, con su reciente y extensa historia de colonialismo, se convierte de forma casi natural en el principal foro para el debate público y para la organización de acciones políticas con el fin de abordar los problemas de la globalización. La historia imperial británica sentó el escenario para la dominación económica y deja al Reino Unido con una especial responsabilidad – y

oportunidad— para reequilibrar las numerosas consecuencias económicas de explotación y relacionadas con la salud que ocasiona la globalización.

Activistas de la salud han planteado un cierto número de cuestiones bajo el gran título de la globalización. Las campañas más destacadas se han centrado en los efectos de los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC) sobre sanidad, en especial en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPICs) y en el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS) (Pollock and Price, 2003). Otras preocupaciones relacionadas con la salud que han sido planteadas incluyen las crecientes desigualdades tanto entre distintos países como en el interior de ellos mismos (Milanovic, 2003); los efectos de la creciente inestabilidad económica en la salud de la población de los países afectados por las crisis (Sims and Rowson, 2003); cuestiones internacionales relacionadas con la salud tales como la exportación de tabaco, tráfico de drogas, contrabando y control de enfermedades infecciosas como el SARS.

TEMAS EMERGENTES

La importancia, las posturas políticas y los escenarios históricos de estas campañas son heterogéneos. Incluyen consideraciones relacionadas con:

- Mantener la solidaridad y el principio de un «pool» de riesgo común en la financiación de los servicios públicos.
- Asegurar que la soberanía nacional se preserve en la toma de decisiones sobre política sanitaria y sistemas de distribución.
- Mostrar solidaridad entre las naciones ricas y pobres, y establecer estructuras de soporte sólidas y sostenibles.
- Regular y controlar de forma más efectiva a las empresas multinacionales con repercusión en la salud.
- Promover una cada vez mayor y bien informada participación pública en la política mundial respecto a asuntos que conciernen a la salud y al bienestar.

REACCIONES A LA GLOBALIZACIÓN

En todas las sociedades, las reacciones y las respuestas a la globalización

adquieren una gran variedad de formas y representan multitud de actitudes. Anheier et al. (2001) las han clasificado como partidarios (aquellos que a menudo se favorecen y se benefician directamente de la difusión del capitalismo mundial), detractores (como los movimientos sociopolíticos anticapitalistas y las doctrinas nacionalistas y fundamentalistas), reformistas (que aspiran a «civilizar» la globalización) y alternativos (aquellos cuyo objetivo es eliminar totalmente el proceso de globalización y establecer economías locales alternativas protegidas). La mayor parte de las campañas y posiciones descritas más adelante parecen encajar más fácilmente dentro de la categoría de reformistas; demuestran una ambigüedad basada en el reconocimiento de que existen tanto beneficios como perjuicios en el proceso de globalización y eso proviene de una visión histórica que parece demostrar que es más fácil regular que cambiar. Estas posiciones y campañas demandan cambios crecientes en las instituciones mundiales y en las políticas nacionales e internacionales para hacerlas más sensibles y responsables a las necesidades y a la protección de la salud de los países más pobres y hacerlas asimismo más sensibles a la participación democrática. Esta actitud se sitúa con la posición general de las ONG internacionales con base en Europa.

CAMPAÑAS Y POSICIONES

Iniciativas con respecto a los acuerdos mundiales –AGCS y ADPICs

Existe una gran y creciente preocupación acerca de los efectos de los tenso rígidos derechos de propiedad intelectual en sanidad, quizá de forma más marcada en lo que respecta al acceso a los medicamentos y al creciente desarrollo de las ciencias biológicas relacionadas con la salud tales como la genética. Tales preocupaciones se agudizaron a mediados de los 90 cuando los acuerdos mundiales sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio se firmaron bajo el amparo de la OMC. Las campañas para el abastecimiento de medicamentos a los países pobres se volvió realmente importante cuando Médicos sin Fronteras (MSF) llevó a cabo su gran y notoria acción para promover el acceso a los retrovirales y a otros medicamentos patentados contra infecciones oportunistas en aquellas poblaciones que parecían estar destinadas a no recibirlos nunca. La delegación de MSF en el Reino Unido estuvo fuertemente involucrada en este trabajo, y algunas otras

organizaciones sanitarias y para el desarrollo en el Reino Unido –por ejemplo Oxfam y Voluntary Service Overseas– también respaldaron a MSF con sus propias actividades en este área. Esta campaña tuvo mucho éxito y dio como resultado la Declaración de Doha en la Conferencia Ministerial de la OMC en 2001, que reconoció los derechos de los gobiernos de las naciones a pasar por encima las patentes con el fin de atender las necesidades sanitarias urgentes de la población. Tomando la iniciativa de estos éxitos, los activistas están ahora intentando cambiar la rigurosidad de los derechos de propiedad intelectual a través de negociaciones y acuerdos bilaterales al margen de la OMC y amplificando su campaña para demostrar cuán importante es la disponibilidad de medicamentos para lograr las grandes aspiraciones como son la equidad en la salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Las campañas relacionadas con la repercusión del AGCS han tenido relevancia en los sistemas sanitarios tanto de los países desarrollados como en vías de desarrollo. El debate sobre la aplicación del AGCS ha planteado problemas fundamentales acerca de si los gobiernos nacionales podrían regular o incluso financiar sus sistemas nacionales de salud para garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria. En el Reino Unido, una combinación de académicos (ver artículos de Pollock and Price, 2001, 2002, 2003), profesionales (por ejemplo: NHS Consultants Association), grupos activistas (ver, por ejemplo, Save the Children (UK), 2001) y asociaciones sindicales han intervenido activamente en este tema. El World Development Movement ha llamado la atención sobre las demandas de los negociadores de la Unión de que los países en vías de desarrollo deberían abrir su sector servicios al mercado internacional bajo el AGCS. Han pedido una paralización en la aplicación del AGCS hasta que exista una evaluación de los efectos potenciales del mismo, una mayor evaluación y un mejor control parlamentario sobre las decisiones gubernamentales acerca de este acuerdo, el fin de la influencia y del control empresarial en el proceso y una mayor transparencia en la naturaleza de las demandas del AGCS y en la posición del gobierno de Reino Unido en las negociaciones.

Iniciativas sobre el impacto general de la globalización-cambio económico mundial, desigualdad creciente

Los efectos más generales de la globalización han recibido atención en el Reino Unido por parte de ONG relacionadas con la salud, asociaciones de pro-

fesionales, departamentos universitarios, revistas y medios de comunicación. Dentro de los grupos que realizan las campañas, como Medact, la atención ha sido dirigida en particular a las consecuencias sanitarias de las crisis económicas inducidas por la globalización (Simms and Rowson, 2003). Especialmente desde la crisis financiera de Asia se han producido peticiones de políticas que protejan a las sociedades más vulnerables de la inestabilidad sistémica que ha originado la globalización (Woodward, 1998).

Las crecientes desigualdades entre los países ricos y pobres y entre las diferentes clases sociales dentro de los propios países han generado grandes comentarios y preocupaciones y han estimulado un vigoroso debate sobre si esto está relacionado con la globalización, y si es así, cómo lo está (Cormia, 1999; Milanovic, 2003). Tanto si existe relación directa como si no, se ha producido un aumento repentino de la concienciación y preocupación públicas por las enormes diferencias en la riqueza y en la salud que existen en el mundo. Esto ha dado como resultado no sólo declaraciones públicas por parte de políticos importantes, sino también una cantidad considerable de campañas sobre reducción de deuda externa, comercio y acceso a medicamentos, y la formación de grandes coaliciones entre organizaciones como Jubilee 2000 y el Movimiento por el Comercio Justo y, conectadas con él, la British Medical Association. Estas coaliciones y las manifestaciones extendidas del Fair Trade Movement (movimiento por un comercio justo) apuntan hacia un reconocimiento público creciente de los efectos del entorno económico y de los términos de comercio sobre el bienestar y sobre los sistemas de atención sanitaria de los países productores.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las organizaciones del Reino Unido mencionadas anteriormente como participantes en las campañas podrían considerarse como pertenecientes al campo «reformista» en cuanto a sus actitudes y acciones sobre globalización y salud. No se debería ignorar el gran número de movimientos fuera de este campo que proclaman de una manera mucho más explícita y a veces muy visible su rechazo a la globalización. Sus preocupaciones se centran en el bienestar y en la reducción de la explotación de la población de los países más pobres, pero en el Reino Unido al menos no se han expresado específicamente dentro de los círculos de la asistencia sanitaria. Desde las atro-

ciudades del 11 de septiembre de 2001, la atención pública ha sido ampliamente desviada hacia asuntos relacionados con la guerra contra el terrorismo y con la seguridad nacional, lo que ha reducido inevitablemente el nivel de preocupación sobre algunos de los principales efectos de la globalización como los que se han producido en Sanidad. Pese a ello, continúa siendo un tema que despierta la simpatía y el apoyo de la opinión pública y que produce una respuesta en general positiva hacia las campañas y hacia los activistas en asuntos de salud.

Traducción: Pedro Avedillo

LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA EN LOS 90: HECHOS Y DESAFÍOS

DÉBORA TAJER*

INTRODUCCIÓN

La Medicina Social latinoamericana tiene como antecedente y punto de inspiración los movimientos sociales ocurridos en Francia, Alemania e Inglaterra a mediados del siglo XIX (1). Puede ubicar su nacimiento en la reformulación hecha en esta región en los años 50 en la formación de la enseñanza médica (2), diferenciándose al mismo tiempo de la Higiene, la Salud Pública y la Medicina Preventiva (3, 4). El punto de clivaje con respecto a estas últimas acontece en los tardíos 60 cuando la ideología subyacente al modelo preventivo, entonces en boga en América Latina, fue puesta sobre el tapete y la posibilidad de construir una teoría social de la medicina se hizo posible (1). De este modo surge una tradición que identifica a la Medicina Social latinoamericana desde entonces: el análisis crítico e ideológico de lo que muchas veces es presentado como mero conocimiento técnico (5).

Esta perspectiva, que surge ligada a la tentativa de formalizar en la enseñanza de pregrado en medicina los contenidos de las ciencias sociales en salud, luego avanza hacia la incorporación de estos mismos contenidos en la enseñanza de posgrado en salud pública, constituyéndose a partir de ese momento posgrados específicos de Medicina Social y Salud Colectiva (el nombre que este movimiento toma en Brasil) en diversos países cuyo precursor es la Maes-

* Psicóloga (UBA). Especialista en Psicología Clínica (GCBA). Master en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO). Doctoranda en Psicología (UBA). Profesora e investigadora de Estudios de Género de la Universidad de Buenos Aires. Ex coordinadora general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social- ALAMES (7/01-9/02). Coordinadora regional de ALAMES para el Cono Sur (00/04) y de la Red de Género y Salud Colectiva de la misma asociación. Miembro del Board de la International Association of Health Policy IAHP (00-02/02-04).

tría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana en México en 1975 y el programa de Medicina Social de la Universidad Estadual de Río de Janeiro en 1976, que contaron ambos con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3).

Pero si bien la Medicina Social latinoamericana puede ser considerada primordialmente como una corriente de pensamiento y conocimiento, la misma tiene fuertes raíces en la práctica política concreta llevada a cabo por un actor social que es el Movimiento Médico Social Latinoamericano, por lo tanto se constituye en un discurso situado con objetivos ideológicos específicos (6), que ha madurado y evolucionado a lo largo de estos cuarenta años.

Para poder presentarlo adecuadamente y en su complejidad podemos decir que el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social basa sus raíces en las siguientes vertientes:

La primera es una **corriente conceptual** denominada Medicina Social que valora y trabaja sobre los determinantes *económicos, políticos, subjetivos y sociales del proceso salud-enfermedad-atención de los colectivos humanos*.

La segunda es una **vertiente política** ligada a las apuestas de cambio y transformación social en América Latina que dio desde sus comienzos prioridad a la cuestión de la salud como uno de los ejes ligados a la posibilidad de liberación de los pueblos.

La tercera es una **vertiente organizacional** que tiene sus orígenes en los seminarios ligados a la Medicina Social que a finales de los 70 y a principios de los 80 convocó Juan César García, en cuyo tercer seminario que se llevó a cabo en la ciudad de Ouro Preto, Brasil, en 1984 se fundó la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Y por último de una **concepción humana** que piensa a la solidaridad como la ternura de los pueblos y al internacionalismo como una de sus expresiones que opera traficando buenas prácticas y saberes.

Es así entonces que partiendo de ese pionero grupo de compañeras y compañeros, provenientes fundamentalmente de México, Ecuador, Brasil, Colombia, Cuba, Chile y Argentina, llegamos a la actualidad de un colectivo pujante, con presencia en todos los países del continente americano, incluidos EEUU y Canadá, y a partir de esta gestión también el Caribe anglófono (7). A nivel internacional la misma representa el capítulo americano de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP) y tiene lazos de trabajo conjunto con la Asociación Internacional de Equidad en Salud (ISEqH).

Luego de veinte años de la decisión de crear la asociación, la misma se

define a sí misma como un movimiento social, político y académico con una perspectiva de desarrollo de la Salud Pública y de la Medicina Social orientada hacia la resolución de los determinantes históricos-sociales del proceso salud-enfermedad-atención.

La región latinoamericana es muy diversa y también lo son los diferentes grupos nacionales y su propias dinámicas. Los grupos nacionales de ALAMES están conformados por: instituciones de posgraduación en salud colectiva (Brasil), sindicatos médicos (Chile, Uruguay), movimientos de campesinos por la salud (Paraguay), Escuelas de Salud Pública o Maestrías de Medicina Social (Costa Rica, México), Foros de Salud (Perú), Movimientos Nacionales de Salud (Perú), grupos autoorganizados (Argentina), grupos de investigación y acción (Ecuador), entre otros.

El ser un movimiento social, académico y político al mismo tiempo le ha dado a la ALAMES un enorme potencial, pero simultáneamente ubica al movimiento frente a una serie de contradicciones y desafíos internos. Estos desafíos surgen de los diferentes puntos de vista desde los cuales se aproximan a la realidad en salud los movimientos sociales, académicos y políticos. Esto ha llevado a la conclusión que tensar esas contradicciones al interior de un mismo movimiento es parte del capital simbólico, de la identidad y la diferencia del movimiento latinoamericano de medicina social.

ORÍGENES Y LÍNEAS PRINCIPALES

Cabe destacar que gran parte de los/as miembros/as de la Medicina Social ha surgido y pertenece al ámbito académico (9) y considera que la generación y transmisión de conocimientos es una herramienta para el cambio. La creación de nuevo conocimiento y el entrenamiento de recursos humanos de grado y posgrado de las diversas disciplinas del campo de la salud desde una perspectiva de medicina social son vistos como contribuyendo a la construcción de voluntades inteligentes, que permite la producción y sostenimiento de reales cambios. Desde esta misma perspectiva, se promueven y se llevan a cabo investigaciones basadas en este marco teórico, con el objetivo de contribuir a políticas públicas contrahegemónicas y abogacía basadas en la evidencia (10-16).

Para poder entender la especificidad de esta corriente en pocas palabras, se puede decir que en América Latina la Medicina Social se diferencia de la Salud Pública tradicional en:

- La definición de la población como objeto de estudio no concebida como suma de individuos sino como colectivos (15-17).
- Estudios de las instituciones de salud, para entender su lógica, su capacidad para reproducir relaciones de dominación, y también de generar propuestas alternativas (18, 19).
- Considerar relacionados dialécticamente el estar sano, estar enfermo y las prácticas de atención de la salud no como situaciones discontinuas, sino como un proceso histórico descrito como proceso salud-enfermedad-atención (20, 21).
- Considerar a las estructuras socioeconómicas como determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel individual como colectivo (22, 23).
- La articulación entre teoría y práctica denominada praxis (24) que considera a la teoría como describiendo a la vez que inspirando el cambio social.
- En lo metodológico se ha encargado de introducir el bagaje descrito en la generación de nuevas herramientas utilizando las provenientes de los abordajes cualitativos y cuantitativos con el objeto de evitar el reduccionismo positivista de la salud pública tradicional y de los ensayos clínicos.

La clara relación entre política y ciencia que define al movimiento médico social latinoamericano encuentra sus orígenes en la procedencia social de los estudiantes universitarios posibilitada por la proliferación de Universidades públicas y gratuitas y la marcada politización del estudiantado a partir de los 60. Eso hizo que luego de la graduación muchos/as profesionales de la salud hayan escogido prácticas profesionales ligadas a los procesos de cambio político en América Latina. Esta radicalización ha permitido desarrollos teóricos y técnicos que se constituyeron en un aporte del campo científico al cambio social. Esto tuvo como consecuencia numerosos avances y logros, pero también llevó a que gran parte de los/as líderes de la Medicina Social en América Latina haya padecido represión política, desapariciones y muerte.

La matriz conceptual de la Medicina Social se encuentra en la incorporación de las ciencias sociales dentro del campo de la salud colectiva en un primer momento del materialismo histórico y más recientemente, a partir de lo 80, de los trabajos de algunos científicos sociales europeos y norteamericanos tales como Arendt, Bourdieu, Foucault, Giddens, Gramsci, Habermas, Heller, Laclau, Rorty, entre otros.

Uno de los temas en el cual la medicina social latinoamericana ha sido pionera es en el de la salud de los trabajadores y su contribución específica es la operativización metodológica del concepto clase social y los procesos de producción y reproducción social en la investigación en salud (20, 29-30).

Otros temas claves son: los efectos de las políticas sociales en la salud y en la atención de la salud, las políticas públicas en salud (31), los determinantes sociales de la enfermedad y la muerte y los efectos de las relaciones internacionales principalmente en lo relativo a países centrales y periféricos como determinantes de las condiciones de salud de estos últimos (22, 32).

En los 80, los principales temas fueron el impacto de la crisis económica, el desempleo, la inflación, el crecimiento de la pobreza y el empeoramiento de las condiciones de salud en la región al mismo tiempo que se daban los procesos de transición hacia la democracia (33). Asimismo el impacto de la violencia y el trauma durante las dictaduras (34) y las democracias (35) en la salud de la población.

Podemos señalar que existen aportes específicos y originales de este movimiento a la salud colectiva internacional (6): los desarrollos en las áreas de epidemiología social (29-30), políticas y prácticas en salud (31, 36), planificación estratégica en salud (18, 37) y epistemología y metodología (17, 25-27) y la incorporación de dimensión de los sujetos en el campo de la salud colectiva (38-39).

LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA EN LOS 90

Los 90 se caracterizan, por un lado, como los años de crecimiento de la producción científica de esta corriente en teoría e investigación dada la consolidación de los posgrados de Medicina Social y Salud Colectiva a nivel de cursos de perfeccionamiento, residencias, maestrías y doctorados que aportaron una gran cantidad de estudios sistemáticos sobre los más diversos temas de la salud de las poblaciones abordados desde la perspectiva de la medicina social. Por su parte este desarrollo ha sido desigual, motivo por el cual la creación de programas de posgrado sigue siendo uno de los temas pendientes en varios países (41). Brasil es el más avanzado y junto con México son los países con más apoyo estatal para estas actividades. Otros países de la región que tienen una larga historia en este campo carecen de programas de entrenamiento específico, tales como Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay. Es dable de destacar los recientes Programas de Doctorado creados en México y Colombia.

Pero por otra parte, este mismo período se caracterizó por la implementación de los procesos de Reforma Sectorial en Salud (RSS) de corte neoliberal que ya desde sus comienzos motivó un muy riguroso análisis crítico por parte de la Medicina Social latinoamericana (36). Estas reformas fueron implementadas en la región a partir de las propuestas del Banco Mundial, valorizando la eficiencia y la eficacia en detrimento de la equidad mediante políticas de ajuste macroeconómico y en el sector salud mediante la extinción de las políticas orientadas por los valores de la universalidad y la integralidad mediante la aplicación de programas de focalización y la creación de canastas o paquetes básicos de servicios como la única política pública universal garantizada (6, 32), lo cual excluye la garantía de una atención integral de la salud. La otra medida implementada fue la descentralización de los sistemas y servicios de salud nacionales hacia la gestión provincial y municipal de tales sistemas y servicios.

La descentralización llevó a un incremento de la fragmentación de los sistemas, asimismo a un aumento de la inequidades en la calidad de atención dada por la enorme disparidad económica entre las provincias y municipios en una región caracterizada por tener la mayor inequidad económica entre pobres y ricos del planeta (42).

Podemos señalar que la reforma fue propuesta por sus implementadores como una vía para resolver los históricos problemas de calidad, equidad e integralidad de los sistemas de salud. Diez años después es claro para todos y no sólo para los sectores críticos que lo señalaron desde el comienzo (36) que no sólo no ha resuelto los problemas señalados, sino que ha producido nuevos. Éstos son: pérdida del liderazgo de los Ministerios de Salud, desfinanciamiento de la seguridad social debido a la caída del empleo formal, la presencia de corrupción en el gerenciamiento, el alza de la inequidad y la fragmentación (44-45). El subsector público, duramente criticado y castigado económicamente durante los 90, siguió conservando e incrementó su rol como subsidiario de la caída de cobertura del sector privado y la seguridad social (32). Una de las promesas de la reforma fue la de crear condiciones de libertad de elección para los usuarios de la seguridad social mediante la posibilidad de pasar sus cotizaciones a las compañías aseguradoras y prepagas (46). Lo que realmente ocurrió fue una concentración del mercado de las aseguradoras. En términos de derecho a la salud significó un retroceso, pues en lugar de fortalecerlo implicó una introducción fuerte de la lógica de mercado en todo el sistema sanitario (10).

La desmitificación de los procesos de reforma neoliberal en salud fue uno de los ejes principales del trabajo académico, político y social de la Medicina Social latinoamericana durante los 90 como parte de su agenda por la defensa de la salud como un derecho ciudadano y un deber del Estado (32, 36, 44-45). Simultáneamente sus áreas de acción se han extendido para poder implementar este derecho en lo concreto, siendo las mismas: violencia (35), género (47-49), recursos humanos (50), políticas públicas (31,36), descentralización (51-52), reforma sectorial de salud (44-45), globalización, epidemiología (53), medio ambiente (54), equidad (10), bioética (11), participación social (13), etnicidad, multiculturalismo y derechos humanos (55-56). Esto nos lleva a señalar en la actualidad que, más allá de una cuestión de temas que la caractericen, la Medicina Social latinoamericana representa un enfoque ético-ideológico interdisciplinario de los problemas de la salud a nivel individual y colectivo guiado por la defensa de la salud como un derecho ciudadano y preocupado por las formas de lograr la ampliación de dicho derecho. Tomando a la salud como más allá de la atención médica (12) en un sentido abarcativo ligado a la calidad de vida.

En la actualidad, el eje principal de la agenda es la defensa de la salud como un bien público y un derecho ciudadano en este continente. También existe un interés en intercambios con otros movimientos similares en el mundo con los cuales compartir, desde las raíces latinoamericanas, la construcción de una agenda en defensa de la salud como derecho en el ámbito internacional desde una perspectiva contrahegemónica.

Es en este sentido que nuestra posición en el debate sobre qué se considera equidad en salud parte de una base de derechos y ciudadanía en la cual la vulnerabilidad y la diferencia no deben ser traducidas en injusticia, sino que deben ser resueltas desde su especificidad, desde una perspectiva de integralidad y universalidad en la satisfacción de esas necesidades. El otro polo del debate considera a la equidad como la focalización en él de los grupos, de manera discrecional y no en término de derechos. Por lo tanto considera inequitativo cuando una acción no va sólo dirigida al sujeto vulnerable, aun cuando esta acción colabore a incrementar la integración y la ciudadanía.

Estamos totalmente conscientes de que el Movimiento de la Medicina Social Latinoamericana es mucho más abarcativo que los que están involucrados y en contacto con nuestra asociación, pero también sabemos de la importancia de que exista un organismo como el nuestro congregando y estableciendo lazos de colaboración con sujetos, instituciones o grupos que tienen el

mismo objetivo, pero no necesariamente pertenecen a nuestra institución porque entendemos que nuestra misión especial es desarrollar nuestra capacidad de trabajo en red y establecer cooperaciones.

En el nivel político, un eje fundamental de trabajo en este período ha sido el desarrollo de agendas nacionales, regionales y continentales de debate público que incorporen el concepto de la salud como derecho y bien público. En este sentido detallaremos dos tipos de procesos en los cuales estamos participando y que apoyamos: procesos continentales y aquellos producidos en el ámbito de los países.

En el ámbito nacional estamos involucrados en el apoyo a la creación de movimientos nacionales de defensa de la salud como es el caso de: Argentina, Colombia, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay.

En el nivel continental, cabe destacar que una de las medidas de implementación de las reformas neoliberales de los sistemas de salud en la mayoría de los países ha sido la descentralización de la gestión en salud mediante la municipalización de las acciones y servicios de salud. Esta situación abrió un interesante escenario para la praxis del Movimiento Médico Social Latinoamericano durante los 90 y hasta el momento, ya que mediante la llegada al poder local de partidos progresistas muchos líderes de este movimiento entraron de lleno a la arena de lo político como secretarios/as municipales de salud.

Tomando en cuenta que no se puede lograr los cambios nacionales en una primera instancia, fortalecieron la gestión de los niveles municipales como primer paso. Esta decisión fue fuente de un cambio en la manera en que el movimiento concebía, hasta ese momento, las políticas públicas en salud y su rol relativo a las mismas. Hasta este viraje, el rol del movimiento consistía en criticar al Estado por reproducir las condiciones de dominación, y la gestión de gobierno en salud sólo era imaginable mediante un proceso revolucionario o de cambio radical. En los 90, la praxis política de muchos/as de los miembros/as del movimiento podría haberse caracterizado de no suficientemente revolucionaria por los mismos/as actores/as en el pasado.

La coexistencia de estos dos procesos: la descentralización y el cambio en la manera de pensar la práctica política y los cambios, generó una práctica muy característica de ese período que fue el meterse de lleno en la gestión local de salud tanto a nivel de la gestión como en el entrenamiento y formación de recursos humanos, como en el desarrollo de investigaciones necesarias para direccionar y evaluar las políticas.

Desde 1995, ALAMES participa de la Red Américas junto con el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud de Brasil (CONASEMS), un actor político resultado de la reforma sanitaria en Brasil, de corte progresista, a diferencia de la mayoría de las efectuadas en las Américas, que consideró a la descentralización como un modo de desconcentración de poder, de promoción de la participación y de control social de gestión.

La Red Américas, iniciativa que ya lleva nueve años, tiene como objetivo articular los procesos locales de gestión. Y es muy interesante destacar de estos procesos que contrariamente a las líneas hegemónicas neoliberales de la reforma, estos gestores locales están realmente interesados en que la arena local sea un espacio de ampliación de la ciudadanía, y tiene una alta valoración y jerarquización de lo público en oposición al auge neoliberal en el ámbito nacional en la mayoría de los países. Encontramos que muchos de estos gestores pertenecen a partidos contrahegemónicos o progresistas, tal como el PT en Brasil, el PRD en México, en Argentina FREPASO/ARI/PSP, el Frente Amplio en Uruguay, entre otros, que han conquistado triunfos locales.

Ellos valoran que lo local es un modo de consolidar su base de legitimación mediante la eficiencia en la gestión. Es en este sentido que la elección de Lula da Silva como presidente de Brasil puede ser considerada como el resultado de más de diez años de gestión local con un foco en la construcción de legitimidad política. La experiencia de Cristina Laurell como actual secretaria municipal de gestión del distrito federal de México es otro buen ejemplo de esa dirección política. Ella pertenece al grupo mexicano que ha sido pionero, congregado alrededor de la Maestría de Medicina Social de la UAM- Xochimilco, en la cual muchos de nuestros colegas de México y otros países se han capacitado¹.

A través de su militancia en el PRD, ella ha asumido esa responsabilidad acompañada por varios de los miembros del equipo de la UAM-X. Su experiencia puede ser ubicada dentro de la línea de gestores que pertenecen a organizaciones políticas opuestas al modelo que han conseguido triunfos locales y que la asociación ha decidido apoyar en pos de hacer público lo que es público o publicando nuevamente la salud pública. Esto significa en sus propias palabras²: «Cuando tengo que realizar una decisión o tengo un conflicto de intere-

¹ Como Duarte señala en la obra referida (3) para 1986, luego de 11 años de actividades, dicha Maestría había registrado 297 alumnos, siendo 156 mexicanos y 141 extranjeros.

² Comunicación personal, La Habana, Cuba, mayo 2002.

ses entre actores en lo referido a una acción de gobierno, mi primera opción es siempre a favor de los intereses de la población».

El otro ejemplo es el de Venezuela. País que a nivel nacional forma parte de un proceso político de gran cambio. En el área salud, María Urbaneja, que fue coordinadora general de la ALAMES durante dos períodos (94-97/97-00), y a quien le debemos nuestra entrada en la Red Américas, asumió durante dos años (01-03) como ministra de Salud. María hace su primera gestión en salud precisamente en la arena de lo local, a cargo de la Secretaría de Salud del Municipio de Caracas. Uno de los desafíos de su gestión fue cómo se construye el cambio y los actores sociales que lo sostengan, gubernamentales y no gubernamentales, desde una nueva idea del rol del gestor nacional de salud que está comprometido con lo público y que asume su responsabilidad de liderazgo como Ministerio Nacional de Salud, pero ya no con una idea fuertemente centralista como solíamos pensarlo hace años.

A partir de enero del 2004, una nueva experiencia de gestión local en salud con perspectiva de medicina social está a cargo de la ciudad de Bogotá, Colombia. La misma es liderada por Román Vega, profesor de la Universidad Javeriana y miembro del Movimiento por la Defensa de la Salud Pública de su país, filiado con ALAMES junto con un equipo proveniente del mismo movimiento.

En lo relativo a la actividad como movimiento social, cabe destacar que ALAMES ha participado en el Foro Mundial Social de Porto Alegre y organizó el Foro Internacional de Salud, los dos días previos, con una asistencia de 400 personas.

El objetivo principal de este foro social fue convocar a los diversos movimientos sociales que forman parte del foro: jóvenes, mujeres, sin tierra, campesinos, indígenas, opción sexual, sindicatos, entre otros, a discutir su agenda de salud con nosotros. Pues hemos detectado que muchos de esos movimientos tienen una agenda progresista en términos de su reivindicación específica, pero en la cuestión salud suelen compartir la agenda del modelo médico hegemónico.

También queremos destacar el trabajo realizado por años con otros movimientos sociales, como el de mujeres y el de derechos humanos.

El movimiento social de mujeres es uno de los interlocutores de ALAMES tanto en el ámbito de los países como a nivel regional. La relación está liderada por la dinámica Red de Género y Salud Colectiva de la Asociación (28-30). Como resultado de su trabajo e intercambio, podemos identificar que la equi-

dad entre los géneros como un bien público y un derecho de ciudadanía se ha transformado en uno de los tres ejes principales de agenda durante este período.

Por otra parte existe una histórica relación entre nuestra asociación y los movimientos de derechos humanos, tanto con los correspondientes a la defensa frente al terrorismo de estado ligado a la búsqueda de los desaparecidos, fundamentalmente en el Cono Sur, como más recientemente a colectivos como la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, que hacen una defensa del derecho a la salud como parte de su apoyo a la garantía de los derechos sociales y culturales (10) (31-32).

CONCLUSIONES

Desde sus comienzos, la Medicina Social latinoamericana se ha caracterizado por establecer un marco crítico y una propuesta de cambio a los desarrollos de la salud pública clásica, en aras de transformarla en una herramienta de cambio social y justicia.

Durante los 90, el movimiento ofreció propuestas alternativas a la reforma neoliberal en salud tanto en el ámbito de la generación de conocimientos como en la práctica política, creando una agenda en ambos campos propia diferenciada de los organismos de cooperación y los bancos internacionales. De tal modo, la Medicina Social latinoamericana se encuentra en una excelente posición para ofrecer elementos teóricos y prácticos a colegas de otras regiones del mundo interesados en construir una nueva salud pública que contribuya a garantizar la salud como un derecho y un bien público para todos y todas.

Por último quisiera compartir los principales desafíos en la actualidad: seguir adelante con nuestros temas principales e históricos, estar abiertos y sensibles a los nuevos problemas y perspectivas y siempre en la búsqueda de soluciones y propuestas creativas para resolver los nuevos y los viejos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Paim J. *Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises, Perspectivas*. Saúde em Debate. 1981, 11: 57-59.
- (2) García J.C. Entrevista Juan C. García. In: Nunes E editor. *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas*. Montevideo: OPS/CIESU; 1986. p.21-29.
- (3) Duarte E. «Trayectoria de la Medicina Social en América Latina: elementos para su configuración». In: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C Editors. *Debates en Medicina Social*. 1st ed. Quito: OPS-ALAMES; 1991. p. 17-137.
- (4) Arouca SO. «Dilema preventivista: contribuição para a compenensao e crítica da Medicina Preventiva». (Tesis de Doutorado) UNICAMP, 1975.
- (5) Testa M. *Pensar en Salud*. 1st ed. Buenos Aires: Lugar; 1993.
- (6) Paim JS, Almeida NF. *A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde colectiva*. 1° ed. Bahia: ISC-UFBA; 2000.
- (7) Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C Editors. *Debates en Medicina Social*. 1° ed. Quito: OPS-ALAMES; 1991.
- (8) Waitzkin H, Iriart C., Estrada A., Lamadrid S. «Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups». *Lancet* 2001; 358 (9278): 315.
- (9) Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. «Social Medicine then and now: lessons from Latin America». *Am J Public Health* 2001; 91:1592-1601.
- (10) Plataforma Interamericana de Derechos Humanos (ALAMES). *¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud*. Bogotá: Antropos; 2001.
- (11) Mercado Martínez FJ, Robles Silva L *La medicina al final del milenio. Realidades y proyectos en la sociedad occidental*. Guadalajara, Mexico: Universidad de Guadalajara and ALAMES; 1995.
- (12) «Equity in Health Across the World: Neoliberalism or Welfare Policies?» Proceedings of the X Conference of the International Association of Health Policy, Perugia Italy, September 23-26, 1998. Regione Dell' Umbria, Perugia, Italy; 1999.
- (13) ALAMES-IAHP. «Memorias de un encuentro. Globalización, reformas y equidad en salud. Construyendo una agenda política en defensa de la salud». VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas en Salud (CD-ROM). Julio 3-7, 2000; La Habana, Cuba, 2000.
- (14) Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto L *Globalizacion y Salud* Federacion de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADESP), Madrid, España.
- (15) Almeida Filho N. *Epidemiología sin Números*. 1° ed. Buenos Aires, Argentina: OPS; 1992.
- (16) Laurell AC. «El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina». *Cuadernos Médicos Sociales*. 1985;37:43-48.
- (17) Breilh J., Granda E, eds. *Investigación de salud en la sociedad*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1982.
- (18) Testa M. *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*. Buenos Aires, Argentina: OPS; 1989.
- (19) De Sousa Campos ,GW., ed. *Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*. 2° ed. Sao Paolo, Brasil: Huicitec; 1992.
- (20) Menéndez E., Di Pardo R. «El concepto de clase social en la investigación de la problemática de salud enfermedad». *Revista Casa Chata*. 1986;1:53-62.
- (21) Bloch C, Belmartino S, Troncoso M, Torrado S, Quintero Z, eds. *El proceso de salud enfermedad en el primer año de vida*. Rosario, Argentina: Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1984.
- (22) Navarro V, ed. *Salud e Imperialismo*. México DF, México: Siglo XXI; 1983.
- (23) Escudero JC, López S. «La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud Argentina». *Salud Problema Debate*. 1998;20:8-22.
- (24) Aricó J, *La cola del diablo. Itinerario de Gramsci en América Latina*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Punto Sur; 1988.
- (25) Samaja J. *Epistemología y metodología*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires; 1994.

- (26) Breilh J. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. 3ª ed. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesorías en Salud; 1995.
- (27) De Souza Minayo MC. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Lugar; 1997.
- (28) Varsavsky O. *Ciencia, Política y Cientificismo*. 6ª ed. Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina; 1975.
- (29) Laurell AC. *Tendencias Actuales en Epidemiología Social* (conferencia). Córdoba, Argentina: Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba. Presentada en el 3er Congreso Panamericano de Epidemiología, Córdoba, Argentina; 1993.
- (30) Castellanos PL. «O ecológico na epidemiologia». En: Almeida N, Barreto ML, Veras RP, Barata RB. *Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamentos, Interfaces e Tendência*. 1ª ed. Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz- Asociación Brasileira de Salud Colectiva; 1998:129–148.
- (31) Fleury S. *Estado sem Cidadãos*. 1ª ed. Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz; 1994.
- (32) Escudero JC. «The Health Crisis in Argentina». *Int J Health Serv*. 2003 33(1):129–136.
- (33) ALAMES. *Actas del 2do Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Caracas, Venezuela: Ediciones del Rectorado; 1991.
- (34) Lira E. *Psicología y Violencia Política en América Latina*. 1ª ed. Santiago, Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos; 1994.
- (35) Franco S. *El Quinto: No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*. 1ª ed. Bogota, Colombia: Tercer Mundo; 1999.
- (36) Laurell AC. *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. 1ª ed. México DF, México: Fundación Ebert; 1992.
- (37) Matus C. *Adeus Senhor Presidente*. Recife, Brazil: Litteris; 1989.
- (38) Saidón O, Troianovski P. *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar; 1994.
- (39) Menéndez E. *Cura y Control. La Apropiación de lo Social por la Práctica Psiquiátrica*. México DF, México: Nueva Imagen; 1979.
- (40) Bourdieu P. *La Distinción. Criterio y Bases Sociales del Gusto*. Madrid, España: Taurus; 1991.
- (41) 1st Pan American Conference on Education in Public Health. XVI ALAESP Conference, Final Report. Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz; 1994.
- (42) Equity and Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, DC: Pan American Health Organization Occasional Publications; 2001.
- (43) Casas JA. «La equidad como eje de la políticas públicas en salud». In: Castillo A, *Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud: Desafíos para Centroamérica y Caribe*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. En prensa.
- (44) Arroyo J. *Salud: La Reforma Silenciosa*. 1ª ed. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
- (45) Tavares L. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na America Latina*. 1ª ed. Río de Janeiro, Brasil: UERJ; 1999.
- (46) Mussot ML. *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*. 1ª ed. México City, México: UAM; 1996.
- (47) Tajer D, Ynoub R, Huggins M. *Oficina de Género y Salud Colectiva*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Asociación Latinoamericana de Medicina Social–/International Development Research Center–Canada; 1997.
- (48) Costa AM, Merchán-Hamman E, Tajer D. *Saúde, Equidade e Gênero. Um Desafio para as Políticas Públicas*. 1ª ed. Brasília, Brasil: Universidad Nacional de Brasilia /Asociación Brasileira de Salud Colectiva /Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2000.
- (49) Sarduy Sánchez C, Alfonso A. *Género: Salud y Cotidianidad. Temas de Actualidad en el Contexto Cubano*. La Habana, Cuba: Ed. Científico Técnica; 2000.
- (50) Calderón R, Mendoza J. *Oficina de Recursos Humanos en Salud*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Asociación Latinoamericana de Medicina Social–/International Development Research Center–Canada; 1997.
- (51) Borgia F, Brykman D. *Oficina de Gestión Local en Salud*. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Asociación Latinoamericana de Medicina Social–/International Development Research Center–Canada; 1997.

- (52) Luz M., Pinheiro R., Borgia F. *Descentralización y Nuevas Formas de Gestión Social*. Río de Janeiro, Brasil: UERJ-ALAMES (en prensa).
- (53) Barata R, Barreto M, Almeida Filho, Peixoto R, eds. *Serie Epidemiologica 1-2-3-4*. 1ª. Río de Janeiro, Brasil: Fiocruz; 1997.
- (54) Escudero JC. «The logic of the biosphere, theologic of capitalism: nutrition in Latin America» *Review XIV Fernand Braudel Center*. 1991;14:1-25.
- (55) Plataforma Colombiana de Derechos Humanos. Documento N° 5 para avivar la reflexión en torno al Congreso Nacional por la salud. En: Torres M. *Derecho a la Salud: Motor de Movilización Social*. Bogotá, Colombia; 2001.
- (56) Currea Lugo V., Hernández M., Paredes N. *La salud está grave. Una visión desde los Derechos Humanos*. Bogotá, Colombia: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, 2000.
- (57) Castillo A. *Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud: Desafíos Para Centroamérica y Caribe*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica (en prensa).
- (58) Monteiro de Andrade LO. *SUS Passo a Passo. Normas, Gestão e Financiamento*. São Paulo-Sobral, Brasil: Huicitec-Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2001.
- (59) *Boletín Red Américas*. Publicación Semestral de la Red de Secretarios Municipales de Salud de las Américas. 2002;1(1). <http://www.conasems.com.br/saudeamericas>.

LA INICIATIVA DE CIUDADANOS POR LA SALUD (CHI): UNA RESPUESTA POPULAR A LA PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN MALASIA

CHAN CHE KHOON*

En estas actuales reformas del sector social, otros participantes en el sector sanitario –propietarios de hospitales, profesionales sanitarios, industrias aliadas (farmacéutica y de suministros médicos, servicios de mantenimiento hospitalario, informática médica, industria de seguros y otros)– han sido de formas diferentes muy activos en articular sus intereses, buscando influir en la dirección del cambio, aprovechándose algunos incluso de las oportunidades que aparecen tras la retirada del sector público.

La población ha sido sin embargo relativamente un observador pasivo en estos momentos clave de cambios políticos, en contraste con las iniciativas activas de cuerpos como la Asociación Médica Malaya (MMA), la Federación de Asociaciones de Profesionales Médicos Privados de Malasia, la Asociación de Hospitales Privados de Malasia (APHM), la Asociación de Organizaciones de Gestión Sanitaria, y más recientemente la Organización de Médicos de Atención Primaria de Malasia (PCDOM). Las ONG han luchado en el pasado por los temas relacionados con la salud (grupos de consumidores, derechos de los pacientes, sindicatos entre otros), pero raramente se implican en los temas de políticas sanitarias nacionales o en las reformas de la financiación del sistema sanitario.

En abril de 1997, la Universidad Sains de Malasia, la Asociación de Consumidores de Penang y la Asociación Médica Malaya copatrocinaron una conferencia nacional sobre la Privatización de la Financiación Sanitaria en Malasia. En un encuentro posterior para discutir las acciones a llevar a cabo con los problemas detectados, se decidió que lo más urgente era alcanzar un documento de consenso alrededor del cual pudiera construirse una coalición nacio-

* Profesor Universidad Sains. Malasia.

nal. Esta coalición, la Iniciativa de Ciudadanos por la Salud (CHI), se creó como un vehículo para articular las preocupaciones de la población sobre la privatización del sistema sanitario, y más allá de eso, para intervenir de forma efectiva e impactante en los actuales procesos políticos sanitarios.

En marzo de 1998, el Manifiesto de los Ciudadanos por la Salud fue presentado oficialmente en la Universidad de Malasia. En el acto estuvieron presentes cuatro antiguos presidentes de la Asociación Médica Malaya, el Sindicato Enfermero Malayo, grupos de mujeres, la Asociación Malaya de Personas con Discapacidad, sindicalistas, académicos, terapeutas alternativos, periodistas y escritores, asociaciones de defensa de los consumidores y pacientes, activistas políticos y sociales, la Asociación Islámica Malaya Welfare y empresarios con preocupación social.

En un encuentro realizado a continuación el mismo día, se constituyó un Comité Ejecutivo (Grupo de Trabajo) y la naturaleza de la CHI comenzó a tomar forma. En esencia, comenzaría a funcionar como:

- Un mecanismo flexible de coordinación de una coalición diversa, unida en su preocupación por un sistema sanitario equitativo y accesible.
- Un multifacético grupo de opinión en cuestiones sanitarias, que combina investigación y análisis político con publicidad orientada a la acción y movilización.

Dada su orientación táctica –un grupo de opinión populista combinado con un activismo sin pelos en la lengua–, la CHI no mantuvo por mucho tiempo la opción de una discreta aproximación, en vistas a influir en la política mediante individuos o agencias bien situados. Pero aunque la CHI era consciente de que tal aproximación llevaría al silenciamiento de las opiniones contrarias, fue también lo bastante pragmática para darse cuenta de que un grupo disidente no alcanzaría mucho siendo marginado.

Por esta razón, el Manifiesto de los Ciudadanos por la Salud pasó por un laborioso proceso de rediseño para que incorporara una serie de principios consensuados que pudieran acoger al mayor espectro posible de constituyentes. La estrategia principal consiguió ganar adeptos entre un amplio multiétnico y multirreligioso sector de la sociedad malaya.

Siendo aún un equipo de activistas de la salud, el Grupo de Trabajo de la CHI consiguió rápidamente identificar puntos de amplificación con los cuales un grupo pequeño con escasos recursos pudiera contar para magnificar su impacto e influencia. Una de sus prioridades principales fue desarrollar el alcance de los medios de comunicación de masas, organizaciones de consu-

midores y pacientes, sindicatos, grupos religiosos, organizaciones de mujeres, cuerpos representativos de profesionales sanitarios, personas discapacitadas y las personas mayores; en breve, alcanzar las organizaciones con redes efectivas para diseminar y coordinar la acción.

LA CAMPAÑA CONTRA LA EMPRESARIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

La efectividad de esta estrategia fue más evidente en 1999, la campaña pre-electoral contra la empresarización de los hospitales públicos. En ese momento, los hospitales universitarios dependientes del Ministerio de Educación, así como el Instituto Jantung Negara (Instituto Nacional del Corazón), habían sido ya convertidos en empresas. La inquietud generalizada sobre la privatización del sistema sanitario comenzaba a cristalizarse alrededor de rumores persistentes de que otros hospitales del Ministerio de Sanidad iban a ser próximamente convertidos en empresas a partir de enero de 2000¹.

En mayo de 1999, el Dr. Jeyakumar Devaraj y sus colegas del Hospital Ipoh circularon una petición dirigida al ministro de Sanidad, solicitando una moratoria de la inmediata empresarización de los hospitales públicos para permitir una mayor consulta con todos los participantes, y para realizar una revisión imparcial del funcionamiento de los servicios de mantenimiento hospitalario y farmacéutico, que habían sido previamente privatizados. La petición fue bien recibida por el personal del Hospital Ipoh, y recibió apoyo también de una significativa proporción de los profesionales médicos.

A partir de esta iniciativa, la CHI modificó la petición y extendió rápidamente la campaña a nivel nacional a través de un red cuidadosamente alimentada de contactos que cubrían las grandes ciudades en la península de Malasia, así como en Sabah y Sarawak. Se imprimieron cien mil copias de la carta de

¹ Empresarización, en el contexto de Malasia, se refiere a un cambio de estatus del departamento de gobierno a una entidad corporativa con una autonomía financiera y operativa importante, típicamente sin ánimo de lucro y propiedad completamente del Estado (e.g. el Instituto Nacional del Corazón). Privatización cubre una variedad de escenarios que incluyen la contratación con concesionarios del sector privado, la externalización, la conversión en empresas públicas en las cuales el gobierno puede seguir siendo el propietario mayoritario o principal. La ansiedad que genera la empresarización proviene del miedo a que sea una estación en el camino hacia la total privatización de los servicios e instituciones sociales.

petición y panfletos para su distribución en los lugares de trabajo, escuelas, mezquitas, iglesias, templos, sindicatos, sociedades y otras redes sociales existentes. La petición se tradujo también en bahasa y mandarín, y se hizo hincapié en su reproducción en periódicos y revistas, publicaciones y panfletos, a lo que también contribuyó la diseminación por internet y a través de la página web.

De manera más significativa aún, el Consejo General del Congreso de Sindicatos Malayos se reunió en julio de 1999 y resolvió apoyar la campaña. La petición se reprodujo al por mayor y se repartió a los 230 sindicatos afiliados para su distribución. Dos semanas después de esta movilización, se habían recogido 10.000 firmas de los afiliados y se habían enviado a la oficina del ministro de Sanidad, solicitando una moratoria en la empresarización de los hospitales públicos.

En agosto, poco después del consejo de ministros semanal, el ministro de Sanidad, Chua Jui Meng, dio pistas acerca de descartar los planes de empresarización del gobierno. Esto fue confirmado a continuación en las primeras páginas de los periódicos la semana siguiente (*The Star*, 14 de agosto de 1999).

Estas noticias fueron bien recibidas por el público malayo, pero también percibidas ampliamente como una conveniencia preelectoral en el camino hacia las elecciones generales de noviembre. Los más incrédulos especularon sobre cómo el núcleo de la política de empresarización podía alcanzarse sin cambiar radicalmente la posición del ministerio.

Una cuestión intrigante surge de la mayor autonomía funcional de los hospitales convertidos en empresas. ¿Permitiría la renegociación o incluso finalización de los contratos de los servicios de mantenimiento hospitalario? Esto era poco probable, a juzgar por la experiencia del Hospital Universitario, que fue convertido en una empresa en enero de 1998. A pesar del incremento de autonomía, el departamento de gestión tuvo pocas opciones excepto adaptar las concesiones de los servicios a la privatización en 1999.

Frente a las amenazas de la industria de los seguros, la Iniciativa Ciudadana por la Salud continúa su trabajo con los profesionales de la salud, los sindicatos, los grupos de mujeres, las asociaciones de consumidores, así como con los parlamentarios que abogan por un esquema de aseguramiento público de salud, habiendo puesto hasta el momento en dificultades a los esfuerzos de los «lobbies» empresariales.

BIBLIOGRAFÍA

- MMA National Health Care Plan, prepared for the 2nd National Economic Consultative Council (MAPEN II), 2000.
- People's Health Movement Takes Shape (Aliran Monthly, April 1998).
- Health for All: Reforming Health Care in Malaysia (Malaysian Medical Association, 1999).
- Resolution from the Primary Care Doctors Organisation of Malaysia (PCDOM) public forum on Financing for Healthcare: How Will It Affect You? (May 21, 2000, Universiti Malaya) <http://www2.jaring.my/pcdom/finance.htm>
- CK Chan. 2000. Towards a Citizens' Proposal for Healthcare Reforms. *Ekonomika* 12(3):10-12 (July 2000).

Traducción: Clara Repeto

ALGUNAS LÍNEAS DE TRABAJO DESDE EL SECTOR SANITARIO

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE*

INTRODUCCIÓN

Las repercusiones de la globalización sobre los sistemas sanitarios han sido analizadas en los capítulos precedentes, en los que se objetiva que, aunque existe una estrategia general que podríamos resumir en desregulación, privatización y mercantilización, y que en términos generales está expresada en los acuerdos y propuestas de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), se aplica de maneras muy diferentes en cada contexto concreto, pudiendo decirse que en este aspecto, como en muchos otros, la estrategia combina unos objetivos y tácticas generales con una aplicación flexible de los mismos en cada país, de forma que su visibilidad en muchas ocasiones no es percibida por la mayoría de la población, y ni tan siquiera por los sectores directamente implicados.

En este contexto, estrategia global y aplicaciones muy pegadas al terreno, las alternativas que se quieran desarrollar contra los efectos negativos de la globalización deben de ser capaces de combinar ambos aspectos: una estrategia general que puede ser válida para la escala global en que se plantea esta ola globalizadora, y a la vez estrategias concretas que permitan cambiar la correlación de fuerzas en cada sitio y que además sirvan tanto para hacer visible la estrategia general de los impulsores de la globalización neoliberal como para permitir pequeñas victorias de las fuerzas opuestas que tendrán también una doble consecuencia: retrasar o impedir la aplicación de medidas puntuales, con lo que se obstaculiza el avance general, y a la vez permitir la consolidación de un sector con una alternativa distinta que tenga perspectivas de éxito, pues no

* Portavoz FADSP. Miembro del Executive Board IAHP.

hay que olvidar que una de las grandes bazas de la estrategia globalizadora es precisamente la inmensidad, la globalidad de sus planteamientos y de las fuerzas implicadas, lo que favorece el desánimo, la apatía y en suma la desmovilización de sus oponentes, «autoconvencidos» de que es prácticamente imposible hacerle frente con alguna probabilidad de éxito.

ALGUNAS PREGUNTAS PREVIAS

Para abordar las posibles alternativas de trabajo ante los efectos de la globalización, parece necesario el hacer algunas reflexiones previas.

¿Es posible otra globalización?

El eslogan de «otro mundo es posible» se ha popularizado a partir de los encuentros del Foro de Porto Alegre. Por supuesto siempre es «posible» que las cosas discurran de una manera distinta, pero voluntarismos aparte se trata de analizar si existen los recursos suficientes a nivel mundial como para asegurar un estado de salud razonable a la totalidad o cuando menos a la inmensa mayoría de la población mundial, y si esa transformación de la realidad puede llevarse a cabo sin un cambio en profundidad del marco político y económico actual.

Existen muchos datos que parecen abonar la primera teoría. Por poner sólo unos ejemplos, en el mundo 1.200 millones de personas viven con menos de 1\$ por día y 2.800 millones con menos de 2\$ diarios, uno de cada 6 niños en el planeta está desnutrido, un porcentaje superior al 80% de la población del África subsahariana infectada por el VIH (que a su vez es aproximadamente el 30% de la población total de estos países), no tiene acceso a los medicamentos retrovirales debido a su elevado precio en el mercado, cuando su coste de producción es menos del 20% del mismo. Es evidente que sin transformaciones radicales en el sistema económico mundial no podrían conseguirse mejoras espectaculares tanto en la situación económica como de salud de la mayoría de la población mundial, y que algunas cuestiones que se han señalado al respecto y que van desde un mayor porcentaje del PIB dedicado a ayudas a los países en desarrollo (el eslogan del 0,7), hasta unos sistemas de intercambio económico más justos (por ej. eliminando los mecanismos proteccionistas agrarios en los

países ricos), la aplicación de la denominada tasa Tobin (que gravaría los movimientos internacionales de capitales), o el levantamiento de las restricciones sobre patentes de los medicamentos para los países en desarrollo, o para algunos medicamentos de especial interés para la salud mundial, como los antirretrovirales, podrían cambiar sustancialmente el panorama y conseguir avances relevantes en su mejora. Por otro lado hay una teoría económica muy solvente que reclama un cambio en la estrategia de los organismos internacionales y que entiende que otra política económica podría, sin cuestionar el marco general del sistema, cambiar sustancialmente la situación global, promover el desarrollo económico y social en los países del Tercer Mundo y reducir las desigualdades, como por ejemplo se ha señalado en las conclusiones de la denominada Agenda del Desarrollo de Barcelona en 2004.

En este sentido bastantes entidades internacionales (UNICEF, OMS, ONU, etc.) han elaborado muchas propuestas de interés indudable que han tenido una vida efímera y un escaso cumplimiento. Desde el ámbito estrictamente sanitario es de recordar la famosa «Estrategia de Salud para Todos en el año 2000», que como sabemos hoy se quedó en una colección de buenas intenciones con poca consecución práctica, que es de temer sea la perspectiva de la nueva estrategia de los «21 Objetivos de Salud para el 21», o de otras iniciativas igualmente bienintencionadas como los Objetivos del Milenio que parece muy probable se habrán incumplido en el 2014, año que se señaló como meta.

No obstante, los cumplimientos de estas promesas están claramente por debajo de las expectativas generadas. Por poner sólo un ejemplo, el % del PIB del mundo desarrollado que se dedica a ayudas está en el 0,25%, y EEUU dedica sólo 15.000 millones frente a los 75.000 millones que supondría el 0,7%, mientras que el gasto militar se ha incrementado en 150.000 millones de dólares anuales.

Ha sido precisamente esta serie de fracasos en las intervenciones de los organismos de coordinación internacional y sus planes de mejora, los que son utilizados para confirmar las teorías de quienes aseguran que sin un cambio profundo del sistema económico y político predominante es imposible ningún avance consistente en la línea planteada: una mayor equidad en el acceso a la salud de la población mundial, entre otras cosas porque economía y salud están fuertemente interconectadas y porque los sectores con mayores intereses en la mercantilización de la salud (las transnacionales farmacéuticas, de seguros o de equipamientos tecnológicos) se cuentan entre las principales potencias económicas mundiales.

Se trata de una nueva versión de la vieja polémica entre pragmáticos y maximalistas, con todas las connotaciones y peligros que tiene, respecto de los primeros, de convertirse en meros maquilladores de una situación social y de un modelo económico injustos, y a la postre en garantes de la misma, y de los segundos de marcarse objetivos inabordables por su amplitud (el cambio global del modelo económico y social) que hacen prácticamente imposible su consecución a medio plazo y generan un gran efecto desmovilizador. Por otro lado conviene no olvidar que en este momento no está clara la presencia de una alternativa global a los problemas y que el movimiento anti-globalizador se configura más como un frente de rechazo, y por lo tanto de características básicamente defensivas, que como un modelo social y económico alternativo.

Con todas estas limitaciones son obvias dos cuestiones: la primera es que en el nivel teórico y en el práctico existen numerosas alternativas concretas al desarrollo de la globalización en la línea de limitar sus aspectos más negativos y de aprovechar las cuestiones de índole positiva que puede acarrear (por ej. una mejora sustancial de las comunicaciones y una conciencia más planetaria de los problemas). La segunda es la comprobación de que es posible conseguir cambios sobre la estrategia general en lugares y en cuestiones concretas que pueden alterar la correlación de fuerzas y abrir nuevas expectativas de intervención. Es evidente que la consecución de objetivos limitados es muy importante porque permite cambios pequeños que pueden acumularse para lograr transformaciones relevantes, y por otro lado permite aglutinar sectores sociales alrededor de estos objetivos inmediatos y visualizar la posibilidad de cambiar el rumbo aparentemente ineluctable de la globalización neoliberal.

¿Existen sectores interesados en hacerla factible?

Obviamente sí y éstos son muy amplios. De una manera genérica podría decirse que abarca a la inmensa mayoría de la Humanidad. Son los representados por las organizaciones sindicales, los grupos progresistas, tanto políticos como en la sociedad civil. En lo referente a la Sanidad abarcan grupos con intereses estrictamente profesionales, los usuarios de los sistemas sanitarios, las organizaciones de pensionistas, las entidades vecinales y de consumidores, los grupos sociales vinculados con las ONG, y naturalmente las entidades sindicales, sociales y políticas progresistas.

El principal problema está a la hora de conseguir que esta conjunción teórica de intereses se convierta en una alianza estratégica. En Europa y los países desarrollados se vinculan en torno a la defensa o consecución del Estado del Bienestar, del mantenimiento de una Sanidad Pública de calidad y en la lucha contra las privatizaciones y el deterioro del sector sanitario público. Existen ejemplos muy evidentes: en España, las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública, en el Reino Unido las movilizaciones contra la PFI, en Noruega contra la introducción de la gestión privada en los centros sanitarios públicos, o en EEUU la iniciativa por un Seguro Nacional de Salud, etc. En todos los casos y adaptándose a la problemática local o de cada país se ha tenido capacidad para no sólo organizar a un conjunto de sectores sociales muy amplios y de realizar importantes movilizaciones, sino además para generar propuestas alternativas de gran calado a la situación existente, como en el caso de EEUU.

Hasta ahora lo que no se ha logrado es conseguir una alternativa de trabajo fuera de los ámbitos de los países concretos, si bien la iniciativa de la Declaración de Toledo en pro de la consecución de la Carta del Derecho a la Salud de los ciudadanos europeos puede ser un germen de este tipo de trabajo a nivel de la Unión Europea.

¿Cuáles deben ser sus principios generales?

Frente a los principios generales de la globalización neoliberal: libre comercio, mercantilización de los bienes y servicios y el derecho de propiedad intelectual por encima de los derechos sociales, una estrategia por otra globalización debe de asentarse en principios generales que puedan servir de aglutinante a un movimiento muy amplio, de una gran diversidad de posiciones incluso ideológicas, y que se mueve en contextos muy dispares. Estos principios podrían ser de, acuerdo con Kikbusch, los siguientes:

- La salud es un bien público universal, aceptando que la salud debe de situarse en un lugar relevante en la agenda política global.
- La salud es un componente esencial de la seguridad global, o que implica arbitrar mecanismos de seguimiento y regulación de los problemas de salud a escala global.
- La salud mundial precisa de mecanismos de gobierno internacional que permitan una coordinación y planificación de las políticas de salud.
- La salud debe de incluirse en el concepto de responsabilidad social de las

empresas, que deben tener en cuenta las repercusiones que sobre la salud tienen sus actuaciones. Hay ejemplos muy claros, como son el control de la promoción del tabaquismo o la fijación de los precios de los medicamentos, que faciliten su acceso en los países en desarrollo.

- Aceptar el principio ético de que la salud es parte de la ciudadanía global, trabajando para su incorporación en las diferentes legislaciones como un derecho humano básico.

No obstante, habría que buscar unos principios que permitieran una mejor adaptación a la alternativa que se persigue, así como dejar claro cuál es el componente fundamental en que se sustenta ésta. En este contexto podrían plantearse los siguientes aspectos como ejes centrales del movimiento frente a la globalización neoliberal en salud:

- *El derecho a la salud es un derecho humano universal.* Todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria de calidad acorde al nivel de los conocimientos científicos existentes. La salud no puede ser una mercancía cuyo acceso está limitado a la situación económica de los países y las personas. La salud debería de incorporarse a la lista de derechos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y su reconocimiento a las distintas Constituciones nacionales o de entidades plurinacionales.
- *Hay que situar a la salud en el primer plano de la agenda política nacional e internacional.* La consecución de políticas de salud deben de situarse en la agenda de la política nacional e internacional. No puede seguir manteniéndose en una situación secundaria que sólo favorece su invisibilidad como problema fundamental a escala mundial.
- *Son imprescindibles políticas públicas de salud* en el doble contexto, en cada país y a escala internacional. La consecución del derecho a la salud sólo puede asegurarse mediante unas fuertes políticas públicas de salud que permitan una planificación y coordinación de los recursos existentes y marquen las prioridades a atender.
- Hay que *reforzar la provisión pública de los servicios sanitarios.* Los intereses del mercado son ajenos a las necesidades de salud de los ciudadanos, por ello hay que potenciar la provisión pública de los servicios sanitarios como garantía de la equidad, la accesibilidad y la calidad de las prestaciones asistenciales.
- *Democratizar la salud.* Es imprescindible la participación ciudadana y profesional. No es posible una política de salud sin tener en cuenta los intereses de la población y los profesionales que la hacen operativa. Por eso, un objetivo estratégico debe ser el asegurar la existencia de amplios

canales de participación y control de la población y los profesionales sobre los sistemas de salud.

EL COMPONENTE CIENTÍFICO-IDEOLÓGICO

Una política de este tipo precisa de un amplio apoyo científico–ideológico sobre el que existen serias dificultades por motivos obvios. La estrategia globalizadora neoliberal ha diseñado una amplia panoplia de intervenciones en este campo a través de una multitud de iniciativas (think tank, fundaciones, empresas consultoras y de marketing, subvenciones a universidades, medios de comunicación, etc.) que tienen ingentes medios económicos, por lo que gozan de una gran capacidad de atracción, de influencia (no sólo en medios económicos y mediáticos, sino también en el llamado mundo académico y en las organizaciones internacionales de supuesto carácter «imparcial y científico») así como de difusión de sus ideas, y que por lo tanto no son nada fáciles de contrarrestar.

Por eso es muy importante propiciar y desarrollar un amplio apoyo científico que permita dotar de consistencia a las propuestas alternativas, y por eso también es necesario propiciar organismos y entidades que puedan hacerlas posibles, tanto desde el ámbito académico (universidades, etc.) como desde el de las asociaciones político–profesionales, sindicatos o grupos políticos.

En este sentido habría que profundizar en algunas áreas que parecen críticas a la hora del análisis y la búsqueda de alternativas, como serían:

- Problemas de salud generados específicamente por la globalización neoliberal: actuación de los organismos internacionales y de las empresas multinacionales. La generación de desigualdades en salud.
- El papel de los ciudadanos en los servicios de salud. Los efectos de la medicalización de la vida cotidiana y la inducción del consumismo sanitario. Mecanismos de participación y control social.
- La salud pública y su relación con la asistencia sanitaria. Papel de los planes y la planificación estratégica en salud.
- La privatización de los servicios públicos y el papel de las distintas administraciones en la provisión de los servicios sanitarios. La deriva de los modelos sanitarios hacia el mercado y la erosión que ello produce en la integración de los servicios de salud.
- Papel de las innovaciones tecnológicas en los avances en salud.

- Modelos de servicio público. El equilibrio entre la eficiencia y la equidad y la solidaridad social.
- Los profesionales de la salud en el contexto global. Movimientos de profesionales. Especialización y su imbricación en la atención integral a los problemas de salud. Desarrollo de los equipos multidisciplinares de trabajo.

EXPERIENCIAS DE TRABAJO

Existen algunas experiencias desarrolladas tanto a nivel de países concretos como a escala internacional que han comenzado a plantearse la necesidad de avanzar en el terreno específico de la salud. Éstas han surgido desde perspectivas diferentes, bien desde movimientos sociales, sindicales, entidades de ámbito profesional o desde el marco de los movimientos generales antiglobalización y las organizaciones no gubernamentales, y su capacidad de desarrollo en el ámbito internacional es en términos generales limitada.

En países y zonas geográficas concretas se han conseguido avances y movilizaciones significativas. Algunos ejemplos son:

- España, donde una organización profesional, la FADSP, ha sido capaz de articular un movimiento social más amplio (las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública) que han generado movilizaciones en algún caso muy relevantes.
- Gran Bretaña, donde existe un importante movimiento que se generó contra las reformas conservadoras de Margaret Thatcher y que se ha continuado frente a la política de Blair, en el que participan la National Health Service Consultant's Association (NHSCA), una organización profesional que junto con UNISON (un sindicato de trabajadores sanitarios) y la NHS Support Federation (que agrupa a diversas organizaciones y personas que se unen para la lucha contra la privatización del NHS). Se han realizado activas movilizaciones en los sectores profesionales y sociales.
- EEUU. La organización principal es la PNHP (Physicians for a National Health Program), organización profesional que propugna la puesta en funcionamiento en EEUU de un seguro público de cobertura universal y que tiene una gran actividad especialmente en el terreno profesional, realizando campañas como la relativa a la propuesta de un seguro nacional de salud con un único pagador, o la propuesta de una Ley de Seguro

Nacional de Salud, con una amplia repercusión tanto en los medios profesionales como en los sociales.

- Latinoamérica. En Latinoamérica hay una gran experiencia de movimientos sociales y profesionales. Un nexo de unión general ha sido ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social), que ha integrado profesionales sobre todo del ámbito de la salud pública con implicaciones sociales y políticas. La experiencia por países ha sido muy distinta y responde en gran parte a las transformaciones socio-políticas que éstos han experimentado. En todo caso merece la pena resaltar el caso brasileño con potentes organizaciones con implicaciones entre lo político, lo social y lo científico - profesional como ABRASCO y la existencia de un potente movimiento de responsables municipales de salud que se ha implicado en el desarrollo de alternativas desde el área de la gestión sanitaria desde una óptica social. Otros movimientos se han desarrollado alrededor y con el apoyo de las organizaciones populares como las comunidades indígenas en El Salvador y Nicaragua, o centrándose en planteamientos generados por núcleos académicos progresistas (Universidad de Xochimilco en México) o en alternativas contra la violencia social generalizada (Foro Nacional Popular por la Salud en Colombia), o en movimientos contra la privatización y el deterioro de los servicios sanitarios, con la colaboración de sindicatos y organizaciones políticas opositoras, como en Argentina.

Quizas lo más llamativo de estos movimientos organizados es su carácter parcelar (generalmente en el ámbito territorial de un estado), su capacidad para generar movilizaciones concretas de corta duración, y sus dificultades para mantener el movimiento durante un período largo, y las organizaciones que lo han conseguido lo han hecho con una intensidad baja de actividad.

A nivel internacional se han hecho varios intentos de agrupación que hasta el presente pueden resumirse en:

- International Association of Health Policy (IAHP), a la que pertenece ALAMES, que realiza una intervención que se desarrolla sobre todo en el ámbito científico-profesional desde una óptica sociopolítica.
- Asamblea de la Salud de los Pueblos, que integra movimientos sociales y profesionales en torno a la Declaración por la Salud de los Pueblos.
- Agunos colectivos dirigidos a temas muy concretos, como el colectivo Europa y Medicamentos.

- Organizaciones no gubernamentales como Intermon-Oxfarm o ATTAC que atienden problemas de salud desde la perspectiva de la lucha contra la globalización.
- Foros sociales, que han incorporado más recientemente un apartado dedicado a la salud en sus actividades.

En cualquier caso se trata de iniciativas muy limitadas con escasa capacidad organizativa y operativa que mantienen la mayoría de sus actuaciones en el ámbito declarativo, presentando grandes dificultades para generar agendas de trabajo comunes que se desarrollen en los diferentes países de manera coordinada y más aun para propiciar movilizaciones comunes.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Con este panorama, que no pretende ser exhaustivo, ¿qué se puede hacer para avanzar? Habría que delimitar dos campos de intervención.

1. Estrategia a nivel global

Sus objetivos serían fundamentalmente cinco:

- Conseguir una elaboración teórica alternativa a los planteamientos de la globalización neoliberal en salud, que debe de incluir una activa participación de las organizaciones sociales tanto en la fijación de prioridades como en la evaluación de la investigación realizada, para lo que es preciso favorecer la colaboración entre las organizaciones sociales y los investigadores del ámbito académico.
- Configurar un grupo de presión internacional que pudiera hacerse presente en los foros en los que se debate sobre problemas de salud, tanto institucionales (OMS, UNICEF, etc.) como alternativos (Foros Sociales).
- Organizar una coordinación entre las distintas organizaciones realmente existentes que permitiera marcar unas estrategias de trabajo generales y ámbitos de debate y generación de propuestas alternativas a nivel global y regional (Europa, Latinoamérica, África, etc.).
- Incluir Objetivos de Salud concretos en los tratados, conferencias e informes internacionales que permitan avanzar en una Agenda Política de Salud mundial.

- Propiciar la puesta en funcionamiento de organismos de gobierno (una gobernación / gobernanza / gobernabilidad) internacionales sobre salud con capacidad no sólo para adoptar recomendaciones, sino para poder hacer operativas políticas globales en algunos temas clave: farmacia y tecnología, cobertura sanitaria mínima, planificación en recursos de salud, etc.

Es obvio que existen serias dificultades para conseguirlo, pero existen también muchos aspectos que favorecen su desarrollo. De una manera genérica, cabría pensar que en algún caso podría favorecerse esta vía de trabajo mediante el desarrollo de estrategias de ámbito regional (por ej. la Declaración de Toledo en la Unión Europea, o un documento similar en el Mercosur, etc.), lo que posibilitaría algunos avances e ir limando algunas dificultades que no son ideológicas sino que pertenecen a la inercia de las propias organizaciones (cultural, connotaciones ideológicas, carácter científico, etc.) que deberían de ser la base de esta estrategia.

Una primera fase de colaboración en cuestiones concretas permitiría el que se desarrollasen posteriormente lazos más consistentes e ir creando un entramado de relaciones y unas bases de criterios ideológicos y científicos comunes, pero teniendo en cuenta que, en todo caso, seguirán coexistiendo muchas ópticas, posiciones y matices diferentes, que se deben de canalizar para que enriquezcan el debate y permitan visiones más amplias y la integración de iniciativas que, aunque moviéndose en ámbitos distintos, avanzan todas en una finalidad común. Por eso es muy importante el flexibilizar y abrir cualesquiera mecanismos de coordinación que se arbitren de manera que permita una dirección común estratégica de las iniciativas, la conjunción de los esfuerzos, a la vez que una amplia pluralidad de los campos de intervención.

2. Estrategias locales

Si en el ámbito general las dificultades son evidentes debido a los problemas relacionados con la falta de visibilidad de los problemas globales y de la simple posibilidad de ser capaces de generar una alternativa con alguna probabilidad razonable de conseguir cambios sustantivos en el proceso de globalización neoliberal, a nivel local, en cada país, región, comarca o ciudad, se visualizan más claramente los problemas, las alternativas y las probabilidades de éxito, y también resulta más fácil el nuclear alianzas con otros sectores sociales, sindicales,

políticos y profesionales en torno a cuestiones concretas. Precisamente por eso las experiencias prácticas se han desarrollado en este terreno.

No obstante hay tres dificultades que deben considerarse: cómo engarzar la problemática concreta en el marco general, es decir, cómo conseguir la conciencia de que los problemas concretos que nos atañen no son sino una expresión de políticas globales, cómo hacerlo sin fomentar la desmoralización, y cómo mantener la tensión en el tiempo, ya que la característica de los movimientos locales es el nuclearse en torno a problemas muy concretos que una vez resueltos, o pasados, suelen seguirse de la desaparición de las alianzas coyunturales.

Como a nivel general hay que plantear una triple estrategia:

- Una línea de pensamiento científico-técnico que sirva de contrapeso a la avalancha de propaganda de los voceros de la globalización. En este sentido debería de intentarse la formación de grupos de trabajo permanentes que analicen los puntos clave, y también que consigan difundir en cada país los debates y los avances que se realizan a nivel internacional. Para ello es importante favorecer la colaboración entre las organizaciones sociales y el ámbito investigador, de manera que las primeras puedan participar activamente en la fijación de prioridades, la evaluación y la difusión de los resultados.
- La búsqueda de una Alianza por la Salud que incluya a todo tipo de entidades sociales, sindicales, políticas y profesionales, que elaboren las líneas estratégicas en cuanto a objetivos de salud y a fórmulas operativas de intervención.
- Fomentar organismos de coordinación ante problemáticas concretas, como las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública experimentadas con bastante éxito en España, u otros similares.

No obstante, debe tenerse en cuenta que es fundamental generar organizaciones socioprofesionales que permitan dar continuidad a estas estrategias, pues caso contrario es muy fácil que se pierdan la especificidad sanitaria de estos movimientos dentro de marcos muy amplios de intereses como son los políticos o los sindicales.

Se trata de líneas muy generales de trabajo que deben de desarrollarse en la práctica cotidiana y que necesariamente deberán contrastarse con ésta, pero en cualquier caso hay que tener presente que el futuro no está escrito ineluctablemente en las estrellas sino que lo construimos día a día todas las personas. En suma, que otra globalización no sólo es posible, sino que depende de cada uno de nosotros, y de nuestra capacidad para articular actuaciones colectivas e individuales que permitan avances en una línea más justa, solidaria y equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnard K. (ed): *The future of health- Health of the future*. World Health Organization Regional Office for Europe and The Nuffield Trufts. London 2003.
- García M., Sánchez Bayle M.: «The right to health of the European Union citizens. A strategy for a social european construction». *J Epidemiol Community Health* 2003 ; 57: 564.
- Leach M., Scoones I.: *Science and citizenship in a global context*. Institute of Development Studies. Brighton 2003.
- Benos A. et al: «Another health care system is possible». *Int J Health Serv* 2003; 23:391-393.
- Boutros-Ghali B.: «The interaction between democracy and development». *Executive Summary*. UNESCO. Paris 2003.
- Kickbusch I.: «From charity to rights: proposal for five action areas of global health». *J Epidemiol Community Health* 2004; 58 : 630 –631.
- Reformas y equidad social en América Latina y el Caribe: Memorias de la primera fase del Foro de Equidad Social*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC 2004.
- The Economist: «The health of the nations». *The Economist* 15/7/2004.
- Qureshi Z.: *Millenium Development Goal and Monterrey Consensus: From vision to action*. World Bank. Washington DC 2004.
- Vega J., Irwin A.: «Trackling health inequalities: new approaches in public policy». *Bull WHO* 2004; 82:7-8.
- Hunter D.J., Killoran A.: *Tackling health inequalities: turning policy into practice?* NHS Health Development Agency. London 2004.
- Wait S.: *Benchmarking. A policy analysis*. The Nuffield Trufts. London 2004.
- Bloom D.B.R.: *The future of public health: A millennial symposium series*. Harvard School of Public Health. Harvard 2004.
- Public Health Sciences Working Group: Public Health Sciences: Challenges and Opportunities*. The Wellcome Trufts. London 2004.
- Choi B.C.K., McQueen D.V., Rotman I.: «Bridging the gap between scientist and decision makers». *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 918.
- Woolhandler S., Himmelstein D.U.: «The high cost of for- profit care». *CAMJ* 2004; 170:1814-1815.
- Devereaux P.J. et al: «Payments for care at private for-profit and private not-for –profit hospitals: a systematic review and meta-analysis». *CAMJ* 2004; 170 : 1817-1824.
- Talbot-Smith A., Gnani S., Pollok A.M., Pereira Gray D.: «Questioning the claims from Kaiser». *Br J General Practice* 2004; 54:415-421.
- Gruen R.L., Pearson S.D., Brennan T.A.: «Physician- citizens- public roles and professional obligations». *JAMA* 2004; 291: 94-98.
- Stiglitz J.E.: «Evaluating economic change». *Daedalus*, Summer 2004 : 18-25.
- Haines A., Cassels A.: «Can the millenium development goals be attained?». *BMJ* 2004; 329:394-397.
- Amdsen A. y cols.: «Agenda del desarrollo de Barcelona». *El País* 1/10/2004:79.
- Sachs J.D.: «Que la globalización funcione para todos». *El País* Negocios. 3/10/2004:2.
- Haines A., Kuruvilla S., Borchett M.: «Brindging the implementation gap between knowledge and action for health». *Bulletin of the WHO* 2004; 82:724-732.
- Sanders D., Labonte R., Chopra M.: «Making research matter: a civil society perspective on health research». *Bulletin of WHO* 2004; 84: 757-763.
- Organización Mundial de la Salud: *Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud*. OMS. Ginebra 2004.
- Anand P., Dolan P. : «Wquity, capabilities and health». *Social Science & Medicine* 2005;60: 219-222.

APÉNDICE

DECLARACIÓN DE TOLEDO EL DERECHO A LA SALUD PARA TODOS EN LA UNIÓN EUROPEA

- Los ciudadanos y ciudadanas de los países miembros de la Unión Europea disfrutan de unos niveles de salud y de bienestar social entre los más altos del mundo desarrollado, resultado de la acción política de los gobiernos, de la intervención del conjunto de los agentes sociales y del desarrollo de los sistemas sanitarios públicos. La salud es un logro social, es un logro de todos/as.
- Los ciudadanos y ciudadanas otorgan una gran importancia a la salud individual y colectiva, y demandan mayoritariamente que las políticas públicas continúen el esfuerzo por mantener y mejorar los niveles de salud y bienestar actuales, afrontando los retos de futuro.
- Los sistemas sanitarios de los países miembros de la Unión Europea han introducido, progresivamente, reformas en la organización, funcionamiento y mejora de la calidad de sus servicios de atención a la salud. No obstante, existen diferencias y desajustes internos que exigen adoptar medidas para mejorar sus niveles de ineficiencia y reducir los desequilibrios.
- Las diferentes situaciones de partida de los sistemas sanitarios de cada país miembro exigen contextualizar estas medidas para lograr a medio-largo plazo la convergencia en materia de salud y bienestar.
- Las autoridades públicas de los Estados miembros tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y responder a las preocupaciones expresadas por los ciudadanos y los agentes sociales.
- Sería necesario definir los contenidos del Art. II – 95 del proyecto de Constitución Europea, sobre el derecho a la protección de la salud, ampliando y concretando este derecho.
- La Unión Europea se fundamenta sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad; a dichos valores debe incorporarse también el derecho a la salud como un derecho básico.
- Ante esta situación, consideramos que existen algunos obstáculos a tener en cuenta:

- Los criterios de convergencia económica están determinando el desarrollo y sostenimiento de los actuales niveles del Estado del Bienestar. Las medidas de contención del gasto público tienen un impacto negativo sobre el gasto social. No sólo importa el nivel global del gasto público, sino también su distribución.
- El envejecimiento de la población, las nuevas estructuras familiares, la incorporación de la mujer al trabajo, la llegada de inmigrantes, sobre todo en los países del sur de Europa, exigen para responder a nuevas demandas y necesidades un incremento del gasto social incompatible con la política de contención del gasto público.
- La OMC (Organización Mundial del Comercio) declaró que los servicios públicos están excluidos del AGCS (Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios). Sin embargo, la Conferencia Intergubernamental de la Unión Europea celebrada en Niza concedió a la Comisión Europea mayor autonomía en las negociaciones del comercio de servicios. Se establecieron como excepciones los sectores de salud, educación y servicios sociales, sectores que todavía requieren del acuerdo por unanimidad de los países de la Unión Europea.

Ante esta situación proponemos:

1. Que se escuchen las demandas de los ciudadanos y agentes sociales, para lo que consideramos necesario la creación de un grupo de trabajo en el que éstos estén representados.
2. Dicho grupo debería elaborar propuestas para corregir los desequilibrios en los niveles de salud y de desarrollo de los servicios sanitarios de los diferentes países miembros. Consideramos posible y necesario mantener el Estado del bienestar dentro de una economía de mercado.
3. En base a estas propuestas debería definir y exigir que se establezcan criterios e instrumentos de cooperación para garantizar el derecho a la salud, fortalecer la cohesión y lograr la convergencia europea en materia de políticas públicas de bienestar social y sanitaria.

En Toledo, a 11 de diciembre de 2003

Fernando Lamata, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha. Peter Fisher, presidente de la National Health Service Consultants' Association. Manuel Martín, secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Pilar Polo, directora de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. Olga Solas, jefe de Área del Observatorio de Salud FISCAM. Eduardo Missoni, presidente del Osservatorio Italiano Sulla Salute Globale. Allyson Pollock, Prof. School of Public Policy, University College London. Hans Ulrich Deppe, Prof. Institut for Medizinische Soziologie, Universitaetsklinikum Frankfurt am Main.