

Globalización y salud 2009

Fundación Sindical de Estudios
EDICIONES GPS-MADRID

GLOBALIZACIÓN Y SALUD 2009

Primera edición: mayo 2009

Promueve: Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid

Autores: Marciano Sánchez Bayle (coord), Julio Alguacil Gómez. Gregorio Benito Diego. Reverte Cejudo. Núria Homedes. Jane Lethbridge. Manuel Martín García. Vicente Navarro. Luis Palomo. Carlos Ponte. Antonio Ugalde. Juan Luis Uría Serrano.

Edita:

Ediciones GPS Madrid
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
Tel. + 34 91 527 02 29
info@ediciones.es

Depósito Legal: M-22801-2009
ISBN:978-84-9721-380-6

Realización e impresión:

 **Unigráficas
GPS**

C/ Sebastián Herrera 14. 28012 Madrid
Tfnos.: + 34 91 527 54 98
Fax: + 34 91 536 53 33
unigraficas@unigraficas.es

Sumario

Presentación. <i>Rodolfo Benito</i>	5
Introducción. <i>D Reverte Cejudo, M Sánchez Bayle</i>	7
Capítulo 1. Salud pública y políticas de salud en la era global. <i>L Palomo</i>	9
Capítulo 2. ¿Qué es una política nacional de salud? <i>V Navarro</i>	31
Capítulo 3. Producción capitalista y ecología: o de cómo el aceite y el agua no se pueden mezclar. <i>J Alguacil</i>	55
Capítulo 4. La salud de los trabajadores, hoy. <i>G Benito</i>	83
Capítulo 5. Las actitudes de la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria en un mundo globalizado. <i>D Reverte Cejudo</i>	107
Capítulo 6. Las profesiones sanitarias: entre la planificación y el mercado en un mundo globalizado. <i>M Sánchez Bayle</i>	133
Capítulo 7. Reforma neoliberal de salud y reforma autóctona. El caso de América Latina. <i>A Ugalde y N Homedes</i>	153
Capítulo 8. La sanidad en la Unión Europea y el mercado europeo de servicios sanitarios. <i>J Lethbridge</i>	177
Capítulo 9. La globalización y la cooperación para el desarrollo en el sector salud. <i>J. Luis Uría Serrano</i>	201
Capítulo 10. Neoliberalismo y sistema sanitario en España. <i>C Ponte</i>	227
Capítulo 11. Consecuencias de la Globalización para salud en Europa. <i>Manuel Martín García</i>	253
Capítulo 12. Iniciativas frente al liberalismo globalizador. <i>M Sánchez Bayle</i>	305

PRESENTACIÓN

Este libro sobre Globalización y Salud es el tercero que se publica fruto de la colaboración entre la Fundación Sindical de Estudios y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Analiza la situación de la salud y los sistemas sanitarios en el mundo como resultado de la globalización neoliberal incluyendo valiosas colaboraciones de expertos en la materia.

Durante los últimos 20 años se ha propiciado, desde los intereses económicos y la ideología neoliberal, una estrategia sobre los sistemas sanitarios a escala mundial que se ha centrado en políticas de desregulación de los sistemas sanitarios, empresarización de la provisión de asistencia sanitaria, privatización de los mismos e instauración y/o incremento de los copagos a la hora de acceder a las prestaciones. En el fondo esta la creencia de que el mercado es el único mecanismo con capacidad para suministrar de manera eficaz y eficiente las prestaciones sanitarias, y se ha intentado imponer estos mecanismos de mercado en todos los países a pesar de que la evidencia empírica nunca ha demostrado la veracidad de estas teorías.

Y en esto... llegó la crisis, que ha demostrado la falsedad de las supuestas ventajas del mercado, que dejado a su libre funcionamiento, no solo es incapaz de garantizar el avance de la economía, sino que la ha llevado a un desastre sin precedentes, o lo que es lo mismo que el libre mercado ha fracasado en el terreno en el que se le suponía mayor

eficacia : la producción y el sistema financiero. Ni que decir tiene que ahora carece de sentido el mantener las tesis neoliberales en la esfera de la producción, cuanto mas en las de la provisión de los servicios fundamentales, donde nunca demostró su utilidad. Claro esta que todavía hay fundamentalistas que se niegan a reconocer lo evidente como pasa con el gobierno de la Comunidad de Madrid, pero su credibilidad esta bajo mínimos.

Otro de los efectos de la crisis es el hacer mas necesarios que nunca a los mecanismos de protección social. En un momento en el que los ciudadanos están en el paro o han perdido capacidad adquisitiva, es cuando es mas necesario un sistema sanitario público que asegure que las personas mas desfavorecidas (en lo económico o en su salud) tengan una garantía de atención sanitaria de calidad.

Este libro pretende dar instrumentos para la reflexión y también para la acción, porque esta crisis puede saldarse con un retroceso de los derechos de los trabajadores o por el contrario con una reconfiguración del sistema productivo y el incremento de los derechos sociales. Lo que suceda depende de todos.

Rodolfo Benito

Presidente de la Fundación Sindical de Estudios.

INTRODUCCIÓN

El presente libro sobre SALUD Y GLOBALIZACION 2009 intenta pasar revista a algunas de las consecuencias que tiene para la salud el proceso de globalización. Es el segundo que sobre las consecuencias de la globalización editamos desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Vivimos unos momentos en los que los supuestos beneficios de la globalización para la economía se han desvelado ilusorios, evidenciando que los mercados, dejados a su propia dinámica de funcionamiento, son incapaces de resolver los problemas económicos, que son precisamente aquel campo en que se les supone una mayor eficacia.

La salud y la atención sanitaria han sido, por el contrario, uno de los campos en los que siempre se ha señalado que el mercado, dejado a su libre arbitrio, presentaba más problemas a la hora de ofrecer una respuesta, eficaz, eficiente y de calidad, porque la presencia de asimetrías de información y del papel de agencia de los profesionales de la salud y de las organizaciones sanitarias introducía muchos sesgos de casi imposible control (selección de riesgos, sobreutilización *versus* infrautilización tecnológica, etc.) que, a la postre, encarecía notoriamente la atención sanitaria a la vez que dejaba sin cobertura a las personas con menos recursos económicos y con mas problemas de salud. El ejemplo paradigmático de EEUU es un buen exponente de ello. A pesar de estas evidencias, en el último cuarto del siglo pasado se ha propugnado la

sistemática utilización de los mercados en la provisión de los servicios sanitarios, en evidente contradicción con la tendencia a considerar la salud como un derecho básico universal, lo que la contrapone a su papel de mercancía.

Los desastres de la aplicación de las fórmulas mercantilistas en los sistemas sanitarios son bien conocidos y algunos de ellos se exponen en este libro. El análisis con todo es limitado por propias necesidades de espacio, como por la necesidad de centrarnos en algunos temas específicos que considerábamos más importantes en este momento.

Hay que agradecer a los autores y autoras su valiosa colaboración, como siempre, desinteresada. Si algún defecto tiene este libro cúlpese de ello sólo a los editores.

Esperamos que sea útil no sólo para la reflexión, sino sobre todo para favorecer alternativas a la globalización neoliberal y para propiciar la movilización social y profesional para lograr que el derecho a la salud sea un derecho universal asegurado mediante sistemas públicos de salud.

Diego Reverte Cejudo
Marciano Sánchez Bayle

CAPÍTULO 1

SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE SALUD EN LA ERA GLOBAL

Luis Palomo

Unidad de Docencia e Investigación

Área de Salud de Cáceres

Director de la revista "Salud 2000"

1. ¿Salud pública y políticas de salud en la era global?

1.1. La salud en el mundo. Indicadores y políticas

Cuando millones de seres humanos sufren pobreza, indignidad o dolor, los ciudadanos de los países ricos no podemos estar seguros de nuestra inocencia moral. Con la globalización la distinción entre culpa metafísica y culpa moral ha perdido sentido. Individualmente podemos ser ciudadanos ejemplares: trabajadores, cumplidores de nuestras obligaciones civiles, respetuoso con el medio ambiente, solidarios o caritativos, sin embargo, como sujeto colectivo somos incapaces de rebelarnos contra la sobreexplotación laboral, el maltrato a la inmigración, las agresiones al medio ambiente, las injusticias, los ataques a los derechos humanos, la avaricia del mercado o la ineficacia de las políticas económicas mundiales para corregir el hambre. Desde luego no somos capaces de rebelarnos civilmente y nos conformamos con el cumplimiento periódico, cada cuatro años, de nuestra cita con las urnas para elegir a unos políticos que son incapaces de comprometerse en la solución de los problemas más graves del mundo: la violencia y la pobreza. ¿Hasta que punto podemos sentir nuestra conciencia tranquila cuando millones

de niños mueren de hambre?; ¿Dónde empieza y donde termina nuestra culpa moral?; ¿Empieza con las imágenes de televisión y termina cuando depositamos nuestro voto en las urnas para el partido que creemos más solidario; o cuando marcamos la casilla de fines sociales en la declaración de la renta; o cuando ingresamos un donativo en una cuenta solidaria; o cuando apadrinamos a un niño del tercer mundo?. Todos ellos son gestos válidos, pero no deberían dar por terminada nuestra preocupación por la indignidad a la que deliberadamente se somete a personas como nosotros, porque es injusto que sean decisiones humanas las que conducen a morir en cientos de conflictos étnicos, territoriales, o económicos, a millones de subsaharianos; porque es injusto que habiendo alimentos para todos, estén tan mal distribuidos, y estén tan controlados y protegidos por intereses comerciales y nacionales, que sea el hambre el primer factor de riesgo de enfermedad y de muerte.

Por otra parte, en cuanto ciudadanos conscientes de la inequidad y en cuanto profesionales que persiguen el beneficio y la distribución justa de recursos para favorecer la salud, estamos obligados a hacer visibles los principales problemas de salud en el mundo y su distribución entre las poblaciones, a insistir ante políticos y mandamases para que coloquen de manera prioritaria en sus agendas la resolución de los conflictos violentos y la lucha contra el hambre, y a consolidar alianzas entre las profesiones y poblaciones conscientes de estas injusticias: sindicalistas, periodistas, gentes de las artes, educadores, organizaciones no gubernamentales y, en general, la sociedad civil organizada.

1.1.1 Un contexto mundial con desequilibrios

En los últimos siete años la mayoría de indicadores que sintetizan la situación internacional han mejorado. Ha disminuido el diferencial económico y ecológico entre los 40 países más ricos y los 40 más pobres, han aumentado las remesas retornadas por los emigrantes y ha habido una significativa reducción de la ayuda oficial al desarrollo (AOD), que

ha pasado del 0,22 % al 0,26 % del PIB en los países de renta alta. Sin embargo, entre 1994 y 2005 las desigualdades internacionales se han incrementado, en valores absolutos y relativos, salvo para la ratio entre los países más y menos contaminantes y para la deuda externa total de los países de renta baja, como se refleja en la tabla 1(1).

Se mantienen o aumentan los desequilibrios económicos, ecológicos y políticos entre el Norte y el Sur. La cooperación internacional a través de la AOD entre el Norte y el Sur era 2,7 veces inferior a las cuotas por pago de deuda externa del Sur hacia el Norte y en 2005 pasó a ser 5,3 veces menor. Por otra parte, las remesas de los emigrantes representan más del doble que toda la AOD, aunque, en conjunto, la suma de remesas y de AOD dista mucho de equilibrar la sangría de divisas que supone el pago de la deuda externa. Debido a los intereses de la deuda y al peso que representa la deuda pendiente, se ha calculado que cada seis años se paga toda la deuda (2,74 billones de \$ corrientes en 2005) y, sin embargo, ésta sigue creciendo (1).

Debido al peso estadístico de China y de India, que representan el 79 % de la población y el 54 % de la capacidad productiva de los países de renta media, y a sus espectaculares resultados económicos (China ha crecido un 162 % entre 1994 y 2005 y la India un 97 %), la reducción de la deuda externa ha empezado a mostrar una tendencia positiva, en términos de PIB desde el año 2000.

Como refleja la figura 1, salvo en África subsahariana, en las demás regiones ha mejorado el Índice de Desarrollo Humano (IDH), pero los países ricos distan mucho de cumplir con su compromiso de alcanzar el 0,7 % de ayuda al desarrollo, por el contrario, dedican diez veces más dinero a gastos militares que a luchar contra el subdesarrollo y la pobreza, principal causa de inseguridad a nivel mundial (2).

1.1.2. Condicionantes de la salud. Violencia

Probablemente la violencia extrema ejercida contra la población civil sea la principal causa de muerte evitable a la que se enfrenta el mundo, lamentablemente las iniciativas políticas o diplomáticas para ponerla fin son insuficientes. En algunos países, como Somalia, Afganistán, Sudán o Sri Lanka, generaciones enteras sólo han conocido este estado de violencia extrema¹.

Pobreza y desnutrición

De los 6.655 mil millones de habitantes que hay en el mundo, 1.200 millones viven en la pobreza con menos de un dólar al día y 850 millones pasan hambre. La pobreza produce falta de acceso a los recursos esenciales y afecta a la salud, a la educación a la seguridad y a las oportunidades de participación política de las personas.

Endemias y enfermedades emergentes

Aunque ha habido pasos adelante en el diagnóstico y tratamiento del VIH, sigue siendo ineficaz evitar la transmisión del VIH de madre a hijo o el manejo de la coinfección de VIH y tuberculosis, entre otras razones por la falta de capacitación del personal y porque en África las estructuras de salud están desmanteladas y el poco personal disponible huye en desbandada. Un porcentaje muy bajo de mujeres embarazadas acude a la consulta prenatal y se asisten pocos partos en estructuras de salud, imposibilitando la administración de antiretrovirales. Las mujeres VIH positivas no revelan su enfermedad a sus parejas o familias y no vuelven a los centros de salud a recibir tratamiento profiláctico. Mientras no seamos capaces de comprender a las mujeres, el sida pediátrico seguirá siendo un drama y la prueba más sangrante de la desigualdad²

¹Notas extraídas de: Resumen del año 2007, elaborado por Aitor Zabalgogezkoa, Director General de Médicos Sin Fronteras-España para *MSF*, n° 76; junio de 2008; págs. 4-7

²Fernando Parreño. *MSF*, n° 76; junio de 2008; págs. 20-21

Alrededor de 2,5 millones de niños menores de 15 años están infectados con el virus del VIH; al año se producen 530.000 nuevas infecciones. Más del 60 % de los bebés infectados morirá en los primeros 18 meses de vida, si no se instaura tratamiento urgente. La tendencia indica un incremento del número de personas que viven con VIH y sida (Tabla 2).

A la epidemia de sida, a la malaria y a la tuberculosis, se suman brotes de enfermedades nuevas o de enfermedades conocidas que creíamos superadas, como las que se reflejan en la figura 2.

Cáncer y otras enfermedades. Tendencia

En 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en 2015, y 11,4 millones en 2030. En la figura 3 se refleja la evolución prevista de la mortalidad por las enfermedades más prevalentes, previéndose un incremento de la mortalidad por VIH/sida, enfermedades cardio y cerebrovasculares, cáncer y accidentes.

Entre 2002 y 2030 se espera una reducción de la mortalidad por las principales causas declarables, maternas, perinatales y nutricionales, con la excepción del VIH/sida, que pasará de 2,8 millones en 2002 a 6,5 millones en 2030, siempre que la cobertura del tratamiento antirretroviral alcance al 80 % de afectados hacia 2012. El número de muertes atribuibles al consumo de tabaco pasará de 5,4 millones en 2005 a 6,4 millones en 2015 y a 8,3 millones en 2030. En 2015 el tabaco será responsable del 50 % de las muertes y el VIH/sida del 10 % (3).

La deuda ecológica

La diferencia de renta por persona entre los 40 países más ricos y los 40 más pobres es de 24 a 1, en el caso de las emisiones de CO₂ es de 66 a 1, casi tres veces mayor. Entre los años 2000 y 2004 unos 262 millones de personas resultaron afectadas por desastres climáticos todos los años y más del 98 % de ellas vivían en países en desarrollo. Mientras en los países de la OCDE uno de cada 1.500 habitantes fue afectado por un desastre climático, en los países en desarrollo esa proporción fue de 1 por cada 19, un diferencial de riesgos de 79. Sin embargo, los responsables del cambio climático no son los países pobres, sino los industrializados, lo que plantea un problema ético y político de grandes proporciones que se ha definido como deuda ecológica (4).

1.1.3. Indicadores de salud

Salvo en África, en el resto del mundo la esperanza de vida al nacer tiende a aumentar (Figura 4); también aumenta en el conjunto de países clasificados por su nivel de renta (Figura 5). Como se refleja en la figura 6, la tasa de mortalidad adulta desciende en todo el mundo, salvo en África, donde aumenta de manera acusada (5).

Por primera vez desde que se registran este tipo de estadísticas, la mortalidad infantil ha bajado de los 10 millones anuales (Figuras 7 y 8). Según el Informe Mundial de la Infancia, desde 1990, 61 países han reducido la mortalidad un 50 %. Sin embargo, todavía mueren cada día 27.000 menores de 5 años (cada 5 segundos muere un menor de diez años en el mundo). Los países de Oriente Medio, del sur de Asia y del África subsahariana tienen pocas posibilidades de reducir en dos tercios la mortalidad infantil antes de 2015, cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las causas de esta elevada mortalidad son los problemas neonatales (36 %), la neumonía (19 %), la diarrea (18 %), la

malaria (8 %), el sarampión (4 %) y el sida (3 %), todas ellas evitables (6).

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 causa 1,86 millones de muertes; 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 (Figura 9); la malaria se extiende por 102 países subtropicales, amenazando a 2.400 millones de personas. Esta distribución 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. A esto se suma el aumento en los países pobres de la mortalidad debida a enfermedades consideradas de países ricos, como son las dolencias cardiovasculares.

A medida que la mortalidad en los países desarrollados perdía valor como indicador del estado de salud de la población, se buscaron otros indicadores o se llevaron a cabo estudios de morbilidad que fueran más sensibles a los cambios de salud de la comunidad. En el año 1993 se empezó a publicar un informe sobre la Carga de Enfermedad en el Mundo promovido por la OMS el Banco Mundial y la Universidad de Harvard. En él se proporcionan varios indicadores y medidas sintéticas que valoran conjuntamente la mortalidad y la discapacidad producidas por las enfermedades en distintas partes del mundo. Con la información conjunta de la mortalidad y la morbilidad por sexo, edad y región se calculan los denominados años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), un indicador que combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida vividos con discapacidad, ponderados en función de la gravedad, y cuya distribución en el mundo y evolución prevista se reflejan en la tabla 3.

En la región africana las principales causas de AVAD siguen siendo el vih/sida (17,8 % del total de AVAD), la malaria (10,3 %), las infecciones respiratorias de las vías bajas (8,4 %), las enfermedades perinatales (6,3 %), las diarreas (6,1 %), el sarampión (4,6 %), la tuberculosis (2,4 %), la tos ferina (1,9 %) los accidentes de tráfico (1,8 %) y la desnutrición (1,6 %).

En un país rico, como España, las cinco primeras causas de mortalidad son cardiopatía isquémica (10,6 % del total), enfermedad cerebrovascular (9,4 %), cáncer de pulmón, traquea y bronquios (5,2 %), degeneración cerebral y demencia (4,0 %) y EPOC (3,9 %), mientras que por AVAD fueron degeneración cerebral y demencia (6,6 %), depresión unipolar (6,2 %), cardiopatía isquémica (4,9 %), enfermedad cerebrovascular (4,3 %) y abuso de alcohol (4,2 %) (7). En el mundo, la evolución prevista de las causas de muerte se refleja en la figura 3.

En cuanto a la disparidad de recursos disponibles para enfrentarse a la enfermedad, sigue un patrón de densidad contrario a los criterios poblacionales y a la carga de enfermedad medida en AVAD, como se refleja en la figura 10. Así, en cuanto a la densidad de médicos, en África es de apenas 2 por 10.000 habitantes, frente a 32/10.000 en Europa (Figura 11); el número de camas de hospital por 10.000 habitantes es de 9 en África y de 63 en Europa o de 24 en América (Figura 12).

Se ha demostrado que el tamaño del Estado, medido como el gasto público, guarda una relación positiva con los niveles de salud. Los países con economías altas, según el PIB, ejecutan mayor gasto público y obtienen menor mortalidad infantil y materna (8)

1.1.4. La mejora de la salud depende de las políticas públicas

Los países ricos representan el 15 % de la población, los países pobres o en vías de desarrollo el 85 %, sin embargo los países pobres soportan el 92 % de la carga de enfermedad y los ricos afortunadamente sólo el 8 %; la esperanza de vida es de 27 años menos en los países pobres y la

mortalidad infantil por mil nacidos vivos en 2006 era de 6 en los países ricos y de 73 en los países pobres. Éstos y otros indicadores acumulan tal cantidad de pruebas demostrando la injusta distribución mundial de los recursos, que nunca se insiste lo suficiente, singularmente desde los sectores profesionales de la salud, en que se necesita una potente movilización social para favorecer el desarrollo de los países pobres.

Las causas de las causas de enfermedad hay que buscarlas en los modelos de desarrollo que imponen a muchos países violencia y pobreza extremas. Los remedios a esas causas tienen que tener en cuenta no solamente algunas de las rectificaciones propuestas en el Consenso de Washington (rectificar los precios, los derechos de propiedad, las instituciones, la forma de gobernar, la competitividad, las innovaciones, la actitud de los empresarios, la educación, el clima y el tratamiento de las enfermedades), sino también los factores de desarrollo que históricamente han funcionado en economía, como son los rendimientos crecientes, la competencia imperfecta, las sinergias y las relaciones estructurales y las oportunidades para la innovación (9). De no ser así, si lo único que se les ofrece a los países pobres son medias de economía paliativa, los enfermos de las regiones africanas y asiáticas tendrán que seguir esperando, porque la carga de enfermedad que representan para el conjunto del mundo y para los países ricos es menos importante que la carga de los enfermos de esos países ricos, y porque aquellos países pobres no pueden pagar los medicamentos que producen los ricos para tratar a ricos de enfermedades de ricos.

En cuanto a la política, se ha demostrado que los países democráticos obtienen mejores niveles de salud, en términos de esperanza de vida y de mortalidad infantil y maternal, tanto en el conjunto de los países como en el caso particular de las economías del Este Europeo (10,11). Por su parte, la promoción de los Derechos Humanos tiene una importancia indirecta en las políticas de salud: acceso a los alimentos, medio ambiente y salud, violencia de género, por lo que debe formar parte de las polí-

ticas internacionales en un mundo global. La salud pública, como bien público global y las políticas públicas, tienen sentido si se apoyan en los derechos humanos mediante mecanismos de construcción ciudadana y de participación política (12).

La liberalización del comercio de servicios que promueve la Organización Mundial del Comercio a través del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios puede amenazar la financiación de los servicios públicos y la autonomía reglamentaria de los gobiernos. Puede forzar compromisos irreversibles que impidan el restablecimiento de las condiciones previas, en el caso de que fallen los sistemas de mercado y la participación privada; se opondría a los monopolios y a los proveedores exclusivos y afectaría a los subsidios de los proveedores locales. La posibilidad de poner en práctica medidas competitivas en los servicios públicos genera incertidumbre sobre su aplicación a los servicios sanitarios y mantiene muchos aspectos oscuros, por lo que debería ser objeto del debate político y profesional (13).

La salud pública, por su naturaleza multidisciplinar, junto a la epidemiología política, constituyen herramientas útiles para contribuir a incrementar el conocimiento científico en el ámbito de la salud con relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de la oportunidad que constituye este acuerdo internacional, se ha profundizado poco acerca de las dificultades, fundamentalmente políticas, para su consecución. Por lo tanto, es necesario un cambio conceptual y metodológico basado en pasar de preguntarnos acerca de los determinantes sociales de la salud a cuestionarnos acerca de los determinantes políticos de los propios determinantes sociales. Esto supondría elaborar una taxonomía de las injusticias y encontrar puntos de entrada efectivos en las instituciones derivadas del poder político para aminorarlas (14).

Desde las organizaciones de salud pública se puede contribuir, mediante la monitorización de indicadores sensibles, a que se abran camino las propuestas de política pública que privilegien la vida, la calidad de

vida y el bienestar, frente a la simple creación de riqueza económica (15). Algunos de estos indicadores, como la alfabetización y los niveles de educación, la esperanza de vida, indicadores de salud y de práctica sanitaria, respeto al medio ambiente, lucha contra la pobreza, satisfacción de necesidades básicas, seguridad urbana, acceso al trabajo, igualdad y solidaridad ciudadanas, se están incorporando a nuevos sistemas de evaluación que proporciona información sobre inequidades en renta y patrimonio, precariedad y siniestralidad laboral, trabajo clandestino, endeudamiento de las familias, violencia doméstica, criminalización de la pobreza o discriminación de la mujer y de los inmigrantes.

Agradecimientos: A Patricia Fernández del Valle, por su valiosa colaboración en la elaboración de los gráficos.

BIBLIOGRAFÍA

Colectivo IOE. Barómetro Social de España. Madrid: Traficantes de Sueños y CIP-Ecosocial, 2008. Accesible en www.colectivoioe.org

PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2004. Accesible en: www.hdr.undp.org

WHO. Ten Statistical highlights in global public health. World Health Statistics 2007. Accesible en: http://www.who.int/whosis/whostats2007_10highlights.pdf

PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2007-2008. Accesible en: www.hdr.undp.org

World Health Statistics 2008. Accesible en: <http://www.who.int/research>.

Informe Mundial de la Infancia. Accesible en: <http://documentacion.unicef.es>

Álvarez E, Génova R, Morant C, Freire JM. Herramientas para la gestión sanitaria: mortalidad y carga de enfermedad. XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología; Cáceres 27-29/X/2004.

Franco A, Álvarez-Dardet C, Gil D. Tamaño del Estado (gasto Público) y salud en el mundo, 1990-2000. *Gac Sanit.* 2005; 19(3): 186-92.

Reinert ES. *La Globalización de la pobreza*. Barcelona: Crítica, 2007

Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ.* 2004; 329: 1421-3.

Álvarez-Dardet C, Franco-Giraldo A. Democratisation and health alter the fall of the Wall. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(8): 669-71.

Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos Humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit.* 2008; 22(3): 280-6

Ávarez-Dardet C, Umaña R. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios y sus implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 475-80.

Gil-González D, Palma M, Ruiz MT, Ortiz MR, Franco A, Stein A et al. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. *Gac Sanit.* 2006; 20(3): 61-5.

Palomo L, Ortun V, Benavides FG, Márquez S. La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. *Gac Sanit* 2006; 20 (supl 1): 209-21.

Tabla 1.- Indicadores de desigualdad y cooperación internacional (1994-2005)

Indicadores	Países	1994	2005	Tendencia 1994-2005 (%)
Brecha económica Norte-Sur (Renta por persona en paridad de poder adquisitivo, en \$ constantes; base 2000)	a.40 países más ricos	23.399	29.471	25,9
	b.40 países más pobres	1.033	1.231	19,2
	Diferencia entre a y b	22.366	28.240	26,3
	Ratio entre a y b	22,7	23,9	5,3
Brecha ecológica Norte-Sur* (Kg de CO ₂ emitidos por persona/año)	a.40 países más contaminantes	12.617	13.470	19,2
	b.40 países menos contaminantes	177	205	15,8
	Diferencia entre a y b	12.440	13.265	6,6
	Ratio entre a y b	71,2	65,7	-7,8
Deuda externa total (privada, multilateral y bilateral; millones en \$ constantes)	Países de renta baja**	432.313	338.606	-21,7
	Países de renta media**	1.989.697	2.109.945	6,0
	Total países del sur (media + baja)	2.422.010	2.448.551	1,1
Cuota del servicio anual de la deuda externa (Millones de \$ constantes)	Países de renta baja	27.745	38.552	39,0
	Países de renta media	172.359	420.225	143,8
	Total países del sur (media + baja)	200.104	458.777	129,3
Ayuda oficial al desarrollo (Millones de \$ constantes)	Países de renta baja (ingresos)	29.872	36.029	20,6
	Países de renta media (ingresos)	42.562	58.916	38,4
	Total países del sur (media + baja)	72.434	94.945	31,1

Indicadores	Países	1994	2005	Tendencia 1994-2005 (%)
Remesas de migrantes internacionales (Millones de \$ constantes)	Todos los países	58.385	172.236	195,0

*Último dato disponible año 2003

**Clasificación elaborada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a partir del nivel de renta/persona/país

Fuente: Tabla obtenida de Barómetro Social de España, del colectivo IOE, elaborado a partir de los indicadores 1-9 de Relaciones Internacionales. Véase base de datos del ámbito Relaciones Internacionales, en www.cip-ecosocial.fuhem.es/temas

Tabla 2.- Adultos y niños que viven con el VIH y el sida: 2001 y 2007 (miles)

Región mundial	2001	2007
África subsahariana	20.900	22.500
Oriente Medio y África septentrional	300	380
Asia meridional y sudoriental y Asia oriental	4.300	4.420
Oceanía	26	75
América Latina y el Caribe	1.490	1.830
Europa oriental y Asia central	630	1.600
Europa occidental y central	620	760
América del Norte	1.100	1.300
Total	29.000	32.000

Fuente: ONUSIDA (citado en 4)

Tabla 3. Daños causados por enfermedades, expresados en % de los AVAD globales

Enfermedad	1998			2020
	Países subde-sarrollados	Países desarrollados	Mundo	Previsión (posición)
Infecciones respiratorias	6,4	1,3	6,0	3,1 (6)
Enfermedades perinatales	6,2	1,9	5,8	2,5 (11)
Enfermedades diarreicas	5,7	0,3	5,3	2,7 (9)
Sida	5,5	0,9	5,1	2,6 (10)
Depresión unipolar	4,0	6,5	4,2	5,7 (2)
Enf. cardiacas isquémicas	3,3	8,8	3,8	5,9 (1)
Enf. cerebrovasculares	2,9	4,8	3,0	4,4 (4)
Malaria	3,1	0,0	2,8	1,1 (12)
Accidentes de tráfico	2,7	4,2	2,8	5,1 (3)
Tuberculosis	2,2	0,1	2,0	3,1 (7)
EPOC	2,1	2,3	2,1	4,1 (5)
Guerra	1,7	0,1	1,5	3,0 (8)

Fuente: Foro Global de Investigación sobre la Salud (www.globalforumhealth.org)

Figura 1. Evolución del Índice de Desarrollo Humano

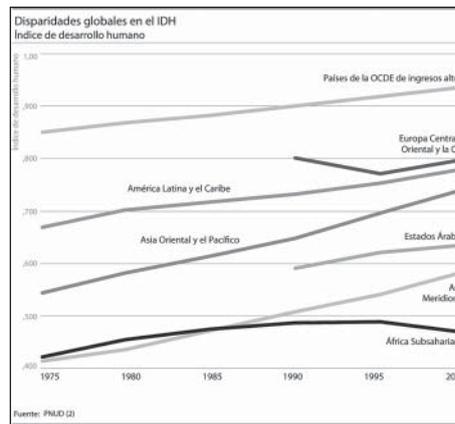
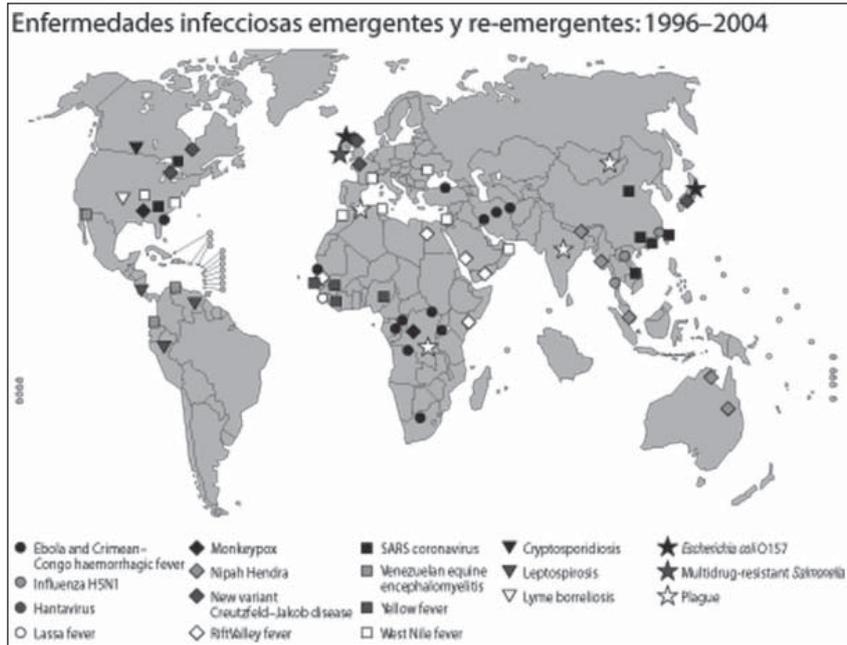
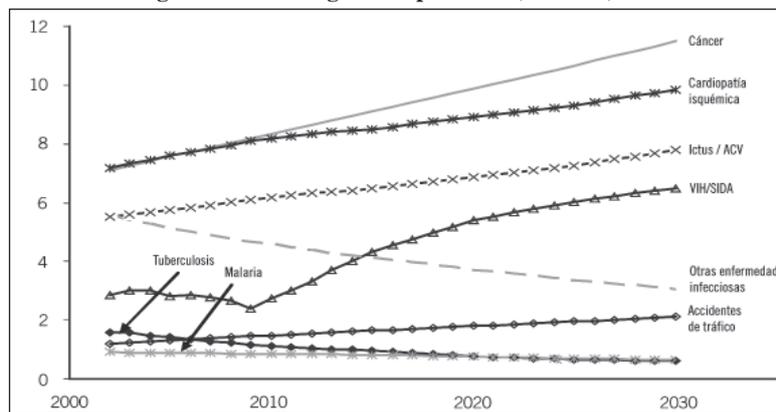


Figura 2. Enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes entre 1996-2004



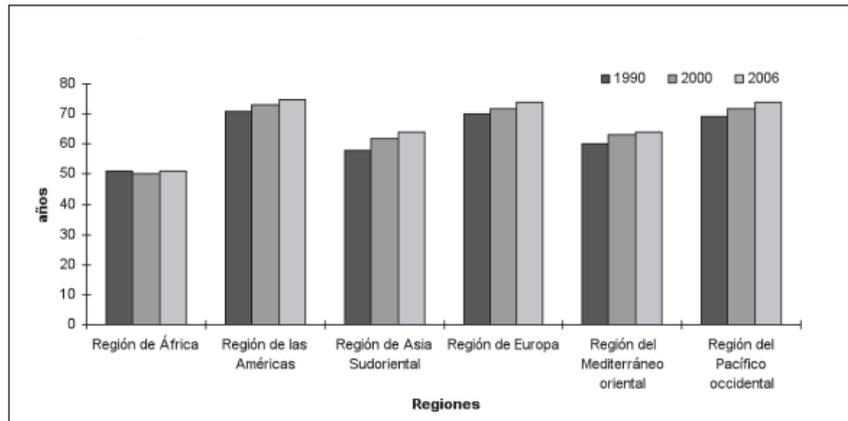
Fuente: WHO (5)

Figura 3. Muertes globales previstas (millones)- años



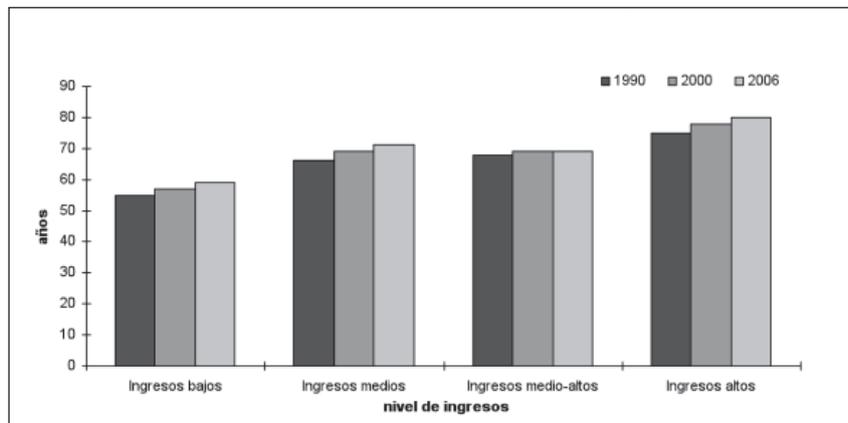
Fuente: WHO (3)

Figura 4. Esperanza de vida al nacer de las regiones de la OMS (ambos géneros)



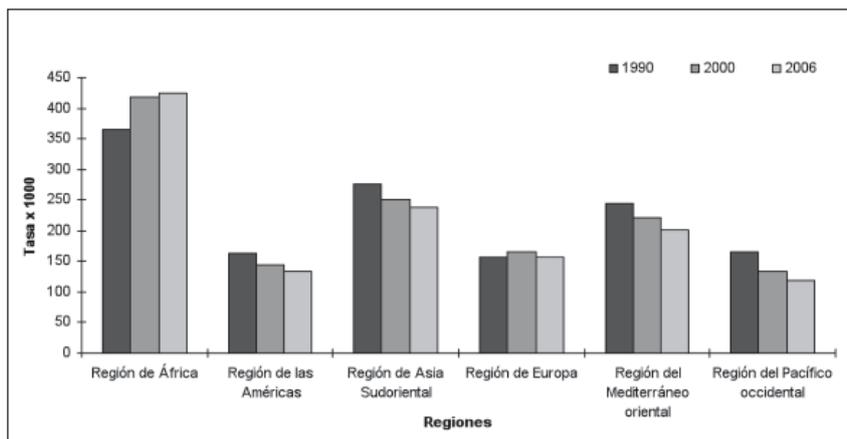
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 5. Esperanza de vida al nacer según nivel de ingresos (ambos géneros)



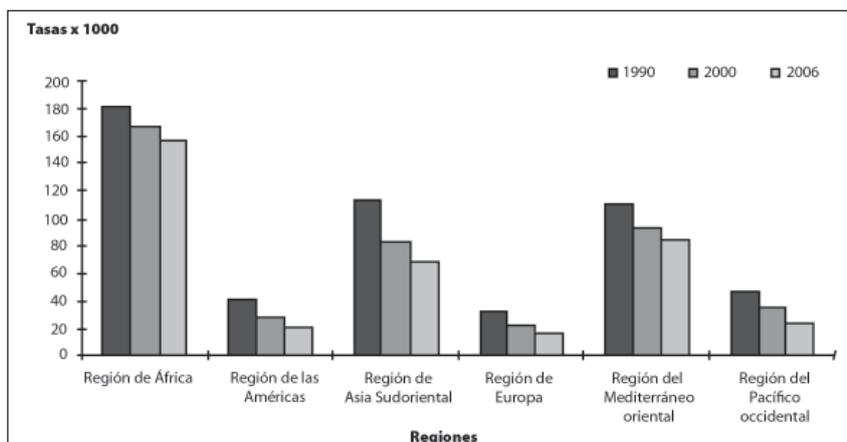
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 6. Tasa de mortalidad adulta por mil habitantes de las regiones de la OMS (ambos géneros)



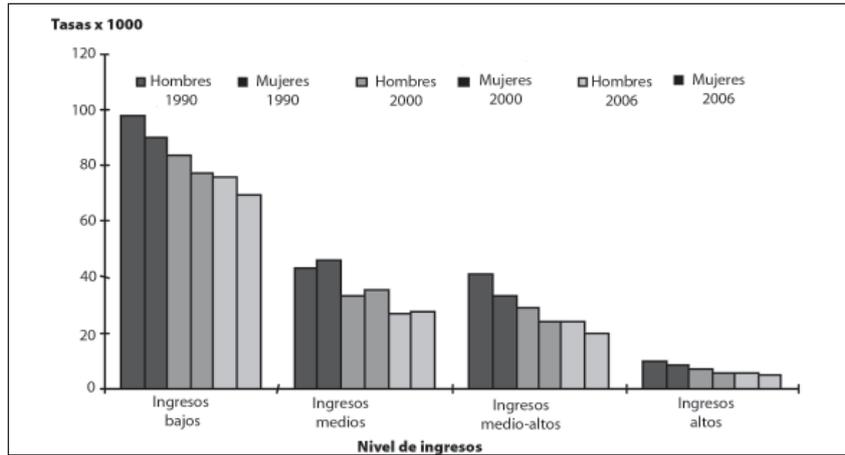
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 7. Tasa de mortalidad antes de los 5 años por mil nacidos vivos en regiones de la OMS (ambos géneros)



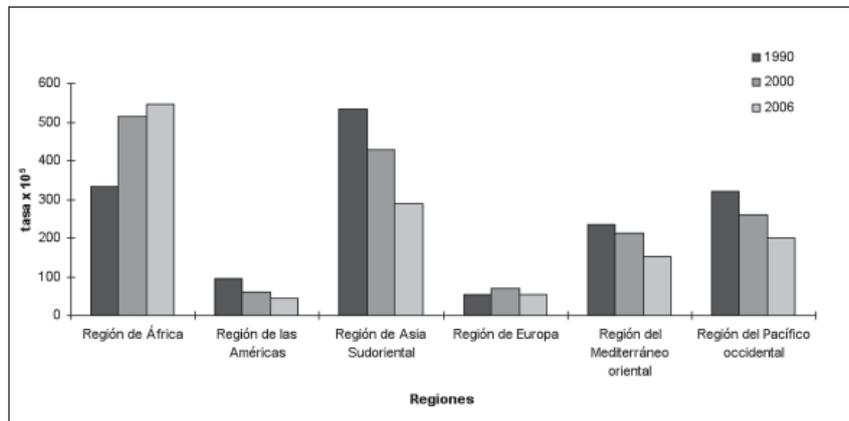
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 8. Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos según el nivel de ingresos del país (Hombres-Mujeres)



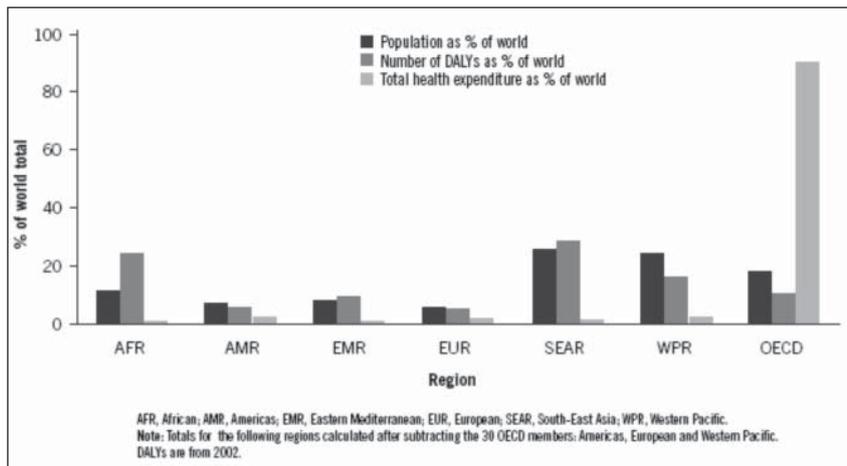
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 9. Prevalencia de la tuberculosis por 100.000 habitantes de las regiones de la OMS



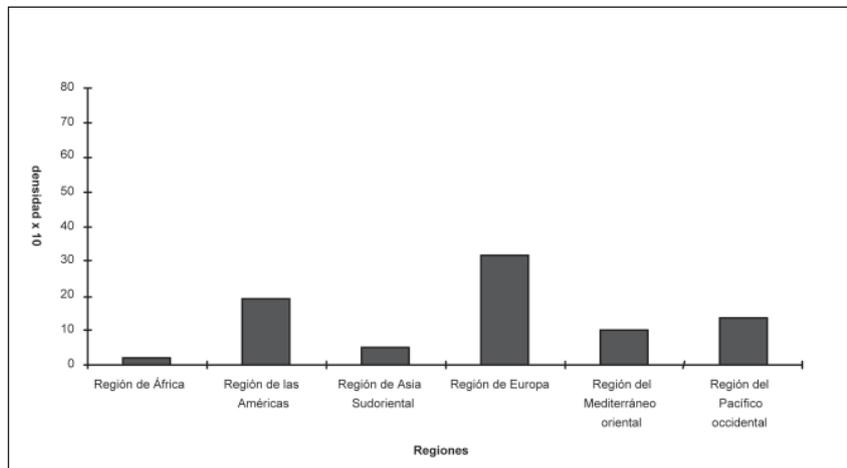
Fuente: WHO 2008; elaboración propia

Figura 10. Distribución porcentual de la población, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y gastos totales en salud en las regiones de la OMS y miembros de la OCDE (año 2004)



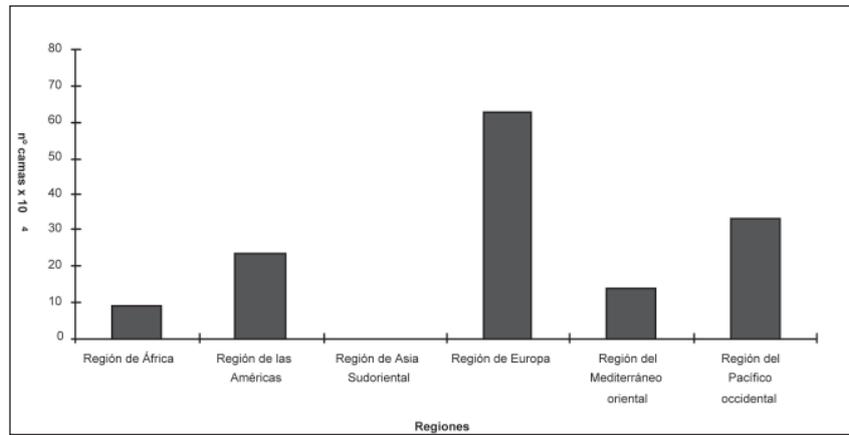
Fuente: WHO 2007

Figura 11. Médicos (densidad por 10.000 habitantes) Años 2000-2006



Fuente: WHO 2008; elaboración propia

**Figura 12. Número de camas por 10.000 habitantes
Años 2000-2007**



Fuente: WHO 2008; elaboración propia

CAPÍTULO 2

¿QUÉ ES UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD?

Por Vicente Navarro³ MD PhD

Resumen

Desafortunadamente, la mayoría de los estados nación han interpretado “política de salud” como homologables a “política de atención médica”. La política de atención médica es sin embargo una sola variable dentro de la ecuación de la salud nacional. El artículo describe cuales deben ser los principales componentes de una política nacional de salud, incluyendo, (1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, (2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y (3) la socialización y la asunción de responsabilidad (empowerment) por parte del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas. El autor discute cuáles deben ser los indicadores para cada componente y para cada intervención. La viabilidad de este enfoque depende en gran manera en la voluntad de las autoridades nacionales así como de la amplitud del conocimiento existente sobre los determinantes de la salud. Un buen ejemplo es el Plan Nacional

³Profesor de Política Pública. Universidad Pompeu Fabra Barcelona y Johns Hopkins University Baltimore. vnavarro@jhsph.edu

de Política de Salud que desarrolló el gobierno sueco a principios de los años 2000. Este artículo se construye y se expande sobre dicho modelo.

Un objetivo fundamental de una política nacional de salud debe ser crear las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población. Ni que decir tiene que todos los sectores y las entidades de la sociedad deben ser responsables de crear esas condiciones, pero la responsabilidad primera de asegurar las condiciones para tener buena salud recae en las entidades o instituciones colectivas que representan los intereses de la población (expresados libremente a través de instituciones democráticas) –esto es, las autoridades públicas y su administración pública-. El Gobierno (en el nivel nacional, regional y local), por tanto, es la institución primaria responsable del desarrollo de una política nacional de salud.

¿Cuáles son los principales componentes de una política nacional de salud? Son de tres tipos principales. El primer componente incluye intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los *determinantes estructurales de la buena salud*; a saber intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorar la salud. Se les llama estructurales porque forman parte de la estructura política, social y económica de la sociedad y de la cultura que los determinan. Rara vez están incluidos en la mayoría de los planes nacionales de salud, a pesar de que son las políticas públicas más importantes en la determinación del nivel de salud de la población. Existe una amplia evidencia científica que muestra, por ejemplo, que los países con menores desigualdades de clase, sexo y raza en los estándares de vida tienen mejores niveles de salud. Las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales, son, por tanto, componentes de una política nacional de salud.

El segundo tipo de intervenciones son políticas públicas dirigidas a los individuos y están enfocadas a lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida. Estos estilos de vida determinantes

son también muy importantes y se han destacado más en las políticas de salud. Una razón para que las intervenciones de este tipo se hayan destacado más es que quienes formulan las políticas de salud las perciben como determinantes más manejables y más fáciles de conseguir que los del primer tipo, los determinantes estructurales. No podemos excluir la posibilidad de otra razón para esta diferencia en cómo y con qué frecuencia se destacan, y es que los estilos de vida centran la responsabilidad de la salud de la población en el individuo en vez de hacerlo en las instituciones públicas que son en principio responsables de los determinantes estructurales. Esta es una razón del por qué gobiernos conservadores y liberales (y también, en muchas ocasiones, gobiernos progresistas) tienden a hacer hincapié en el segundo tipo de intervenciones sobre las del primer tipo (las cuales son de hecho las más efectivas para lograr mejorar la salud de la población).

El tercer tipo de intervención pública, a la cual yo denomino como socialización y asunción de poderes determinantes conectan el segundo tipo (estilos de vida) con el primer tipo (determinantes estructurales). Las intervenciones de socialización y asunción de responsabilidad establecen la relación entre las responsabilidades colectivas e individuales para la creación de las condiciones que aseguren buena salud. Este tipo de intervención implica alentar y animar a los individuos para que lleguen a involucrarse en los esfuerzos colectivos para mejorar los determinantes estructurales de la salud, como lo es la reducción de las desigualdades sociales en nuestras sociedades o la eliminación de las condiciones de opresión, discriminación, explotación o marginación que producen enfermedad. Por ejemplo animar a individuos que están explotados a responder a la explotación, no sólo individualmente sino también colectivamente (con otras personas que son similarmente explotadas) es una intervención de política de salud extremadamente importante me que une la mejora de la salud individual con la de la población explotada.

Hay muchos ejemplos de socializaciones y asunción de responsabilidad que resultan determinantes. Por ejemplo, cuando las Panteras Negras controlaron parte de los barrios negros de Baltimore (una ciudad con una población de un 75% afroamericana) en los años 1960s y principios de los 1970s movilizandó jóvenes negros desempleados, declinó la adicción a las drogas dramáticamente entre los jóvenes, y también en toda la población negra del oeste de Baltimore (2). Otro ejemplo es lo que ocurrió entre los mineros del carbón en Appalachia (zona occidental de Virginia) en los años 1970s, cuando se movilizaron y fueron a la huelga para protestar contra las insalubres condiciones de trabajo (3). Paralizaron las operaciones mineras durante varios meses creando una situación en la cual los propietarios de la mina y los empleados estuvieron a punto de perder el control y llamaron al ejército para que asumiera el control de las minas. En aquella movilización, cada minero luchó no solo individualmente sino también colectivamente para mejorar la situación de salud de todos los mineros del carbón y en esa lucha su propia salud mejoró y del mismo modo lo hizo la salud de la población entera. Como ambos casos muestran, facilitar la unión de los individuos que luchan por mejorar la salud con la lucha colectiva por una mejor salud es una intervención pública extremadamente importante para mejorar la salud.

El asignar responsabilidad a las poblaciones vulnerables es, por tanto, un componente esencial de una política nacional de salud. Educar a la gente para actuar no solo individualmente sino colectivamente, hace que los individuos tomen conciencia de lo común de sus problemas y los alienta a actuar tanto individual como colectivamente para resolverlos, es pues una importante dimensión de una política nacional de salud. Además, la unión del individuo con la colectividad es una importante función de las intervenciones públicas de salud. Permítanme ahora analizar cada tipo de intervención en mayor detalle.

1. Determinantes estructurales: políticos, económicos, sociales y culturales en las intervenciones de política de salud

Los agentes que llevan a cabo las intervenciones de este tipo son colectivos (no son personas individuales) con personalidad institucional, tales como partidos políticos, sindicatos, asociaciones vecinales, y otros. Los sujetos de estas intervenciones tampoco son individuales, sino que son las instituciones públicas y privadas cuyas acciones afectan las condiciones que aseguran una buena salud para toda la población. Estas acciones pueden resumirse como sigue.

1.1. Políticas Públicas dirigidas a Promover la Participación y la Influencia en la Sociedad

Estas intervenciones extremadamente importantes están dirigidas a facilitar el desarrollo de instituciones y prácticas que creen las condiciones para que las personas (como miembros de clases sociales, sexos, razas, etnias, regiones y naciones) tomen decisiones que les conciernen y que conciernen al control de sus propias vidas. Intervenciones de este tipo están dirigidas al establecimiento de instituciones y prácticas que minimicen la alienación de la población y la pérdida de su poder circunstancias que causan una enorme cantidad de patología y enfermedad (4). De particular importancia son las intervenciones dirigidas a proporcionar instrumentos políticos y sociales (por parte de partidos políticos, sindicatos, asociaciones de vecinos, movimientos sociales, grupos de pacientes) a la población y a sus diferentes componentes. Estos instrumentos facilitan y estimulan que la población se involucre activamente en sus órganos políticos y en la vida social, decidiendo sobre asuntos que afectan a sus vidas.

De especial importancia es la existencia de instrumentos políticos y sociales que permitan a los grupos que padecen marginación, discriminación, opresión y explotación poder defender sus intereses lo que es

un elemento clave para su completa realización (alcanzando la salud de estas poblaciones). Es importante para estos grupos, establecer alianzas con otros grupos que se encuentran en similares condiciones, porque ensanchan su base social para fortalecer sus poderes. En este sentido, la segregación de las acciones políticas en movimientos sociales como sucede en EE.UU., en donde muchos “movimientos orientados a un tema específico”, tales como los movimientos feministas, los de la tercera edad, los de minorías étnicas y otros no basados especialmente en un movimiento de clase o partido, como son los partidos políticos, pero que pueden relacionar entre sí diferentes tipos de explotación, pueden obtener resultados menores en la mejora de la salud que si fueran un gran movimiento o un partido político que puede movilizarse en respuesta a asuntos diversos.

Los movimientos de mujeres, de la tercera edad, de afroamericanos y de otras minorías en los EE.UU. han conseguido mejores logros de salud y peores indicadores de salud que sus equivalentes en países en que este tipo de movimientos tienen menos poder, pero están firmemente basados en movimientos y partidos de clase, como en Suecia por ejemplo (5). Hacer esta observación (empíricamente comprobable) no es caer en un reduccionismo de clase, sino clarificar que la mayoría de las mujeres, los miembros de la tercera edad y las minorías están entre las clases trabajadoras y que, si estos grupos combinan su lucha por mejor salud, trabajando con instrumentos sociales y políticos comunes, pueden llegar a tener mayor influencia y poder que el que hoy tienen fragmentados en movimientos sociales. De hecho, existe una amplia evidencia científica que muestra la directa relación entre la duración del gobierno de un país por partidos comprometidos con la redistribución de los recursos orientados hacia la disminución de las desigualdades sociales y la mejora de las condiciones de salud de su población (6).

1.2. Indicadores de estos determinantes de salud

1. Indicadores de poder de clase, género, grupo poblacional, como años de gobierno de partidos políticos progresistas, fortalecimientos de los sindicatos de clase y otros.
2. Tipos de instituciones democráticas que facilitan la representatividad tales como la representación proporcional (basados en una persona un voto).
3. Ausencia de barreras para la participación electoral.
4. Diversidad y pluralidad ideológica en los medios de información y accesibilidad a los medios para todos los sectores de la población.

La limitada existencia de estos elementos como es el caso en EE.UU. restringe considerablemente la posibilidad de que una población fragmentada y alienada logre tener buena salud. En los países desarrollados, de hecho, la evidencia muestra que cuánto más democrática es una sociedad, más sana es (6. página 234). Los inadecuados indicadores de salud en los Estados Unidos están basados también en su muy limitada democracia (70). Si la población siente que tiene buenas instituciones e instrumentos de representación, muestra mayor confianza en que puede tener el control de sus propias vidas y mejorar su propia salud. El hecho de que la mayoría de las personas en Suecia confíen en sus instituciones representativas (con una alta participación electoral) mientras que la mayoría de la población en los EE.UU. tiene opiniones negativas respecto a sus instituciones representativas (con una muy baja participación electoral) explica las bajas tasas de alienación y de sensación de impotencia de la población en Suecia en contraste con la de EE.UU. (8). Esto tiene enormes consecuencias para la salud de las poblaciones que viven en estos países: con muy buenos indicadores en Suecia e indicadores muy deficientes en EE.UU.

1.3. Determinantes económicos y sociales

Se trata de intervenciones que se dirigen al desarrollo de seguridad y que facilitan su realización. Incluyen:

Políticas de pleno empleo dirigidas a crear buenos puestos de trabajo, bien pagados y satisfactorios. Políticas de pleno empleo que sean buenas para la salud de todos, incluyendo a quienes no están empleados. El acceso a trabajos en cantidad suficiente da a todos, incluso a quienes no tengan de hecho trabajo, una sensación de seguridad pues estos últimos sienten que pueden conseguirlo fácilmente si buscan uno, lo que no sería posible con altas tasas de desempleo o bajas tasas de empleo. No llegar a trabajar porque no se pueda conseguir un empleo genera enormes problemas de salud (9). Estas son las no saludables consecuencias del desempleo que no sólo genera falta de recursos sino también la sensación de inseguridad que conlleva el desempleo en sí mismo. Indicadores de estas políticas incluyen:

1. Porcentaje de población adulta que trabaja e indicadores de dispersión salarial.
2. Niveles de desempleo.
3. Niveles de empleo.

Las Políticas de Seguridad Social y del Estado de Bienestar de tipo universal proporcionan una sensación de seguridad a quienes están en riesgo, aportándoles instrumentos, conocimientos, prácticas y recursos que hacen que se sientan seguros y que tengan oportunidad de progresar. Los indicadores de estas intervenciones son los derechos sociales que se hayan desarrollados en una sociedad (acceso a la atención médica, educación, atención domiciliaria en el hogar, atención infantil, servicios sociales, vivienda pública y pensiones para mayores y discapacitados) y los recursos para el desarrollo de estos derechos. Las poblaciones de los países con mayores derechos sociales y mayores re-

cursos públicos sociales (incluyendo fondos públicos y legislación para el ejercicio del poder social) están más sanas que aquellas poblaciones de países con menores protecciones sociales (1). Son indicadores de estas políticas:

1. Porcentaje de la población de ancianos y población con discapacidad que tienen adecuadas pensiones públicas.
2. Porcentaje de la población cubierta por la atención médica pública y cantidad de recursos públicos para la atención médica.
3. Porcentaje de niños con atención pública infantil y en educación primaria, secundaria, terciaria (incluyendo educación vocacional y universitaria), y recursos públicos invertidos en estos servicios.
4. Porcentaje de población de ancianos y población con discapacidad que reciben servicios de atención en el hogar y cantidad de recursos públicos invertidos en estos servicios.

1.4. Políticas de reducción de las desigualdades

Las políticas para reducir las desigualdades sociales (incluyendo en ellas las inequidades en el ingreso de la renta) por clase, sexo, raza, etnia y región. Las desigualdades sociales pueden causar patologías y reducir las oportunidades para que las personas lleguen a ser más sanas (10). Las políticas para la reducción de las desigualdades deben incluir medidas orientadas a la reducción de las diferencias sociales entre todas las clases y los grupos sociales, y no solo entre ricos y pobres. Existe [una fuerte] mucha evidencia empírica que indica que la política pública más efectiva para salvar vidas y disminuir la mortalidad en cualquier país [es] sería aquella que garantizara una tasa de mortalidad para todas las clases sociales igual que la mortalidad de las clases más favorecidas (11). En este sentido, los programas anti-pobreza y los dirigidos a la prevención de la exclusión social (enfoque que ha adoptado el Gobierno Blair para reducir las desigualdades en Gran Bretaña) son muy importantes como componente de la reducción de las desigualdades, pero son sólo uno de

los componentes de estas políticas públicas y no son las más efectivas. Las estrategias dirigidas a la reducción de las desigualdades entre todos los sectores de la población (esto es, políticas universales o generales para todos, en vez de políticas anti-pobreza o anti-exclusión), tales como aquellas que llevan a cabo los gobiernos socialdemócratas en Suecia son más efectivas en reducir mortalidad y morbilidad (incluso entre los pobres y los grupos excluidos) que las políticas orientadas exclusivamente a los pobres (12). Los principales indicadores para este tipo de políticas son:

1. El impacto redistributivo de las intervenciones públicas del estado de bienestar (por ejemplo, cambios en la distribución de ingresos medidos por el coeficiente de Gini o el indicador de Theil, antes y después de las intervenciones del estado de bienestar). Estas políticas públicas, promulgadas para reducir las desigualdades sociales, deben ser parte de una política amplia dirigida a las causas de estas desigualdades, incluyendo la reducción y eliminación de las relaciones de opresión, explotación y discriminación.

2. Los cambios en el porcentaje del ingreso nacional provenientes de los salarios. La evidencia empírica muestra que países con mayor cantidad de ingreso nacional [atribuido a] derivado de la propiedad y menor cantidad derivada del trabajo tienen peores indicadores de salud. A este respecto EE.UU. y Suecia representan los dos extremos del espectro (13). Las políticas dirigidas a disminuir el porcentaje de renta nacional derivada del capital y a incrementar el porcentaje de la derivada del trabajo, así como también las políticas económicas y fiscales orientadas a la redistribución de los recursos, son efectivas para mejorar la salud de la población.

1.5. Intervenciones culturales

Las intervenciones culturales saludables están dirigidas a la creación de una cultura de la solidaridad, en vez de a una cultura de la competición. Una

fuerte sensación de competición crea una inseguridad y estrés enormes, lo cual produce muchas situaciones patológicas. Esto fue lo que se mostró cuando las Políticas liberales de Thatcher se establecieron en Gran Bretaña, con la consiguiente caída en el ritmo de reducción de las tasas de mortalidad, que se observó en todos los grupos de edad (14). Una cultura de gran competición que se centra en la competitividad individual (reflejada en el eslogan “cada cual debe volar por su cuenta” “*everyone should fly on their own*”) no es saludable, y crea ansiedad y frustración. Algunos rasgos culturales también pueden ser muy insanos, como lo es la excesiva comercialización en la sociedad y la preponderancia de valores como el egocentrismo, narcisismo, violencia y hedonismo, que también crean estrés y frustración.

La contaminación por valores insolidarios y egocéntricos es uno de los nuevos retos de salud pública en la sociedad, siendo necesario que las autoridades de salud pública intervengan implantando valores solidarios y sociales favorables a la salud, ya desde la escuela e incluyendo que los medios de comunicación desalienten y eliminen los valores insanos. Entre ellos, la definición de belleza como “joven y sexy”, por ejemplo, es muy explotadora, genera gran frustración entre la mayoría de las personas que no son jóvenes y sexys (pero que sienten que deben esforzarse para parecerlo para ser aceptados en nuestra sociedad). La ubicua presencia, en la mayoría de los países, de miembros de clase media alta como principales personajes en los programas de televisión también crea frustración entre los televidentes, la mayoría de los cuales son de la clase trabajadora (y cuya vida raramente se presenta en los medios). Los indicadores de estas intervenciones incluyen:

1. Número de programas educativos que se basan en la solidaridad en vez de la competencia.
2. Grado de violencia en los programas de televisión.
3. Grado de reproducción de estereotipos de clase, género o raza en los medios.

1.6. Intervenciones para una vida laboral saludable

Estas intervenciones se dirigen a crear un trabajo seguro, satisfac[iente]torio, creativo y agradable. Existe una importante evidencia que indica que la naturaleza, condiciones y tipo de trabajo están entre las variables más importantes que determinan el nivel de salud de una población (3). Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Informe por parte de los propios trabajadores del trabajo relacionando con el nivel de salud.
2. Indicadores de acumulación de factores de riesgo en el trabajo
3. Indicadores de condiciones de trabajo insalubres
4. Indicadores de satisfacción de los trabajadores con su trabajo.
5. Percepción por parte de los propios trabajadores del nivel del control de sus condiciones de trabajo.

1.7. Protección ambiental y de los consumidores

La protección está dirigida a mejorar el ambiente físico de trabajadores, consumidores y residentes, asegurando las condiciones que protejan y promuevan la salud. Indicadores de tales intervenciones incluyen:

- 1 Porcentaje de la población expuesto a niveles insanos de ruido.
2. Niveles de dióxido de nitrógeno en lugares al aire libre.
3. Niveles de sustancias químicas persistentes en la leche materna.
4. Incidencia de accidentes de trabajo y en otros lugares (muertes y número de lesiones tratadas en instituciones de atención médica) por 100.000 personas en diferentes ambientes.

1.8. Condiciones durante la infancia y la adolescencia

Las intervenciones de este tipo están entre las más efectivas para reducir la pobreza y prevenir la exclusión social. Existe plena evidencia de que los niños y adolescentes de familias pobres serán pobres en edad madura (15). De ahí que sea de gran importancia proporcionar una buena educación correctora desde el nacimiento a los 18 años (incluyendo buenos servicios de atención infantil) y buenos trabajos para sus padres (especialmente madres solteras) para prevenir la exclusión social. Los indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de niños (0-3 años) en centros públicos de atención infantil por clases sociales.
2. Nivel de la educación pre-escolar.
3. Porcentaje de jóvenes que finalizan la educación primaria y secundaria y que entran y completan la educación terciaria, por clase social.
4. Indicadores de la influencia de estudiantes y profesores en la escuela.

1.9. Intervenciones sanitarias

Estas políticas deben hacer hincapié en las intervenciones de salud pública, tanto fuera como dentro de los servicios médicos que cubren a toda la población. Los servicios de atención médica deben estar diseñados de una manera que faciliten el acceso, confort y satisfacción de los usuarios y de la población en general. También, la promoción de la salud debe ser un elemento clave del sistema de atención médica y de todo el personal de salud (particularmente de médicos y otros profesionales de la salud) que deben ser entrenados en los determinantes políticos, sociales, económicos y culturales de la salud y también en las intervenciones del estilo de vida.

Indicadores de este tipo de intervenciones incluyen:

1. Porcentaje de la población cubierta por el sistema público de atención médica y por los servicios de salud pública.
2. Porcentaje de la población adulta que trabaja en el sistema de salud.
3. Porcentaje del presupuesto público de la atención a la salud que se gasta en atención primaria.
5. Indicadores de accesibilidad a los servicios de atención de salud.
6. Indicadores del poder que tienen las entidades públicas para sancionar conductas insalubres de instituciones, grupos empresariales y corporativos.
7. Porcentaje de la población que es fumadora o alcohólica.
8. Porcentaje de embarazos no deseados.
9. Porcentaje del tiempo de radio y televisión dedicado a promover la salud.
10. Tasas de intoxicación alimentaria en la población.
11. Niveles de satisfacción de los ciudadanos con la atención de salud recibida y la información facilitada.
12. Porcentaje de la población vacunada contra enfermedades transmisibles.
13. Tasas de VIH-Sida.

2. Intervenciones sobre los estilos de vida

Las intervenciones sobre el estilo de vida, como su nombre indica, están orientadas al cambio de los comportamientos no saludables de los individuos. Estas son las intervenciones más clásicas y los componentes más visibles de la promoción de la salud. Entre las mismas se incluyen:

2.1. Intervenciones en comportamientos relativos a las buenas prácticas sexuales y buena salud reproductiva

Estas intervenciones están dirigidas a desarrollar la sexualidad como un derecho humano, separando lo agradable y placentero de la reproducción. La sexualidad debe ser vista como una actividad agradable y un componente del cuidado humano. La información sobre sexualidad debe estar a disposición de todos los grupos de edad empezando por los jóvenes. Las personas deben ser capaces de expresar su identidad sexual libremente, sin discriminación. La información y atención sobre salud sexual y reproductiva debe estar a disposición de todas las personas que pueden beneficiarse de ello. Entre los indicadores de estas intervenciones se incluyen:

1. Número de embarazos y abortos por 1.000 mujeres menores de 20 años.
2. Incidencia de infecciones por clamidia en los grupos de edad entre 15 y 29 años.
3. Porcentaje de la población que recibe información sobre sexo y sexualidad.
4. Disponibilidad de métodos de anticoncepción para la población.
5. Análisis de los contenidos en los medios de información para evaluar programas de radio y televisión. Actuaciones para evitar la

comercialización, explotación y estereotipos de comportamientos sexuales.

6. Redefinición de los estándares de explotación de la belleza (como cuando se equipara con joven y sexy) que crean frustración en la población.

2.2. Incremento de la actividad física

Esta es una intervención importante que previene, entre otras enfermedades, la hipertensión y la diabetes Mellitus tipo 2, cuyas incidencia y prevalencia están aumentadas entre las personas obesas y sedentarias. Las autoridades públicas deben promover la actividad física en jardines, escuelas, centros de trabajo y formación y deben alentar el uso de bicicletas y del caminar. Entre los indicadores de estas intervenciones se incluyen:

1. Porcentaje de la población físicamente activa durante al menos 30 minutos al día.
2. Porcentaje de jóvenes (15-29 años) a quienes se ha practicado una exploración clínica.
3. Porcentaje del espacio físico en un centro urbano que está dedicado a la actividad física.
4. Disponibilidad de centros de ejercicio físico por 10 mil habitantes/año.
5. Disponibilidad de centros de ejercicio físico adaptados para ancianos y personas con discapacidad.
6. Porcentaje del total de la población que usa el caminar o la bicicleta como métodos de transporte personal.

2.3. Buenos hábitos de alimentación y comida segura

Esta intervención se orienta a uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud, pues al menos 30 % de las enfermedades están relacionadas con comportamientos alimenticios, siendo hoy el sobrepeso uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Es imperativo, por tanto, que: (a) Se disponga ampliamente de una alimentación buena y saludable para toda la población, incluyendo una amplia variedad de opciones alimenticias. (b) La comida debe ser higiénica y saludable, con una fuerte penalización para los comportamientos delictivos corporativos, como es el caso de los restaurantes responsables de intoxicaciones alimentarias. (c) Debe informarse al público sobre el contenido calórico y la composición de todos los productos alimenticios. (d) Debe informarse al público de la relación existente entre alimentos y salud.

Entre los indicadores de estas intervenciones se incluyen:

1. Índice de Masa Corporal de la población.
2. Porcentaje de la Población que consume al menos 500 gr. de frutas y/o vegetales todos los días.
3. Porcentaje de lactancia maternoinfantil (exclusiva hasta la edad de 4 a 6 meses).
4. Incidencia de infección por campilobacter y salmonela.

2.4. Reducción del Consumo del Tabaco y Alcohol, Uso de Drogas y exceso de juego

El tabaquismo es una adicción que debe ser curada ayudando al control individual de la misma y debe prohibirse que la industria del tabaco la aliente. La publicidad del tabaco dirigida a los jóvenes debe ser ilegal, la publicidad debe estar restringida a ciertos foros con restricción de los anuncios comerciales de radio y televisión. El tabaco debe tener impuestos elevados que permitan recaudar fondos y asignarlos a programas de curación del tabaquismo. Deben prohibirle las contribuciones de la industria

del tabaco a partidos políticos o candidatos o a causas sociales o políticas. Fumar debe estar prohibido en todos los espacios públicos como restaurantes, calles, teatros y lugares de trabajo. El consumo de alcohol debe disminuirse. A las bebidas alcohólicas se les debe imponer un impuesto que dependa de contenido de alcohol. El consumo de alcohol sólo debe permitirse en áreas restringidas y no en lugares públicos como calles, teatros o foros de deporte.

Los individuos adictos a las drogas deben ser asistidos y no penalizados (excepto cuando son consumidores de drogas en lugares públicos). Es la distribución de drogas la que debe penalizarse enérgicamente. Entre los indicadores de estas intervenciones se incluyen:

1. Informe del consumo del tabaco por parte de los interesados.
2. Informe de la exposición a ambientes con humo de tabaco por parte de los interesados.
3. Porcentaje de restaurantes y lugares públicos que violan las restricciones para el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
4. Consumo total de alcohol.
5. Mortalidad y lesiones debidas al consumo de alcohol.
6. Porcentaje de conductores intoxicados por alcohol.
7. Porcentaje de la población que consumen drogas (informes personales y policíacos).
8. Mortalidad debida a enfermedades o lesiones relacionadas con narcóticos.
9. Prevalencia de juego excesivo (azar)

3. Estrategias de asignación de responsabilidad

Las estrategias de asignación de responsabilidad deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por mejorar su salud con la lucha colectiva por mejorar la de todos. Hay mucha evidencia que demuestra que los individuos que son conscientes de sus limitaciones en salud y de las causas de esas limitaciones, pueden mejorar su salud si unen su lucha por mejorar la salud con la lucha de otras personas que comparten sus limitaciones. Como ya señalé antes, jóvenes que eran adictos a las drogas se convirtieron en Panteras Negras en los años 60 y 70 mejorando su propia salud (suspendieron el consumo de drogas) y la salud de sus barrios: las áreas controladas por las Panteras Negras llegaron a estar libres de drogas. Y los mineros del carbón de Virginia del Oeste, cuando se pusieron en huelga para mejorar sus condiciones de trabajo, mejoraron tanto su propia salud como la de su comunidad.

El compromiso personal para mejorar la salud de otras personas mejora la propia salud. Esto es, compromiso y solidaridad son parte de la buena salud. Compromiso significa el deseo de servir a otros y solidaridad significa desarrollar redes de apoyo para luchar unidos por la causa de mejorar la salud individual y colectivamente. Aún más, una respuesta colectiva alimenta los esfuerzos individuales para lograr poder, obteniendo, por lo tanto, la asunción individual de responsabilidad. Estas conexiones entre la respuesta individual y colectiva basadas en compromiso y solidaridad son elementos críticos para llegar a los determinantes estructurales de una buena salud. La acción colectiva (la asunción de responsabilidad política, usando el término política en el sentido amplio de la expresión colectiva del poder) es de extrema importancia en la conformación de una sociedad sana. Estas políticas públicas se oponen tanto a la aceptación conformista de la situación como a la alienación (individual y colectiva)⁴. La aceptación, de una realidad de explotación,

⁴ Alienación: Proceso mediante el cual el individuo o una colectividad transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición. (*N del T*)

sin embargo, podría no ser negativa para la salud si la persona que es explotada fuera inconsciente de su explotación. Una persona puede creer que vive en la pobreza, por ejemplo, porque Dios quiere que sea pobre (lo que Madre Teresa llamaba el regalo de la pobreza). Se ve la pobreza como un estado que se acepta bien y que ayuda a los individuos a llegar al cielo, su final y más importante destino (su estado en la tierra es meramente transitorio).

Esta situación es muy improbable hoy en el mundo, puesto que la pobreza y la desigualdad no son bien aceptadas por quienes las sufren. En realidad, debe oponerse resistencia a la pobreza y la desigualdad porque toda la información disponible muestra que las desigualdades (y la distancia social que éstas crean) está basada frecuentemente en la explotación. Esto es, las clases ricas están más sanas porque las clases pobres tienen menos riqueza y menos salud. La percepción de la distancia social como explotación es la base de la opinión muy extendida en las sociedades occidentales de que la sociedad no es justa y que en ellas hay una excesiva desigualdad.

Las encuestas de opinión muestran que grandes mayorías de los países desarrollados creen que existen demasiadas desigualdades en sus sociedades (16). Es de esperar que el 20 ó 25% de la población con más altos ingresos (que tienen enorme poder e influencia en las sociedades occidentales y que son los sectores de la población con mayor salud) quieran que el otro 75 a 80% de la población crea que ellos están en la cima por mérito y que merecen estar ahí, que la distancia en el estatus es un evento natural y que el orden social actual requiere que se acepte esta situación para el mantenimiento del orden social. El problema para ellos es que hay un número creciente de personas que no creen que el mérito condicione la jerarquía social. La concienciación de la explotación es una de las mayores amenazas para quienes están en esa cima del poder.

La respuesta de una concienciación de la explotación puede ser doble: por un lado puede ser individual, lo que puede dar lugar a graves

situaciones patológicas (tanto a nivel individual como colectivo) como consecuencia de la frustración. Frente a las ideas culturales prevalentes, como la imagen del cowboy solitario que sólo con sus manos se deshace de una banda de chicos malos, la respuesta individual es insuficiente y de valor limitado. La respuesta individual de las personas negras en el este de Baltimore frente a explotación no ha sido positiva para la salud; ha tomado la forma de enfado, frustración, alcoholismo, drogadicción y crimen. Esta enorme energía individualmente canalizada es de limitado valor y es improductiva para la sociedad. La otra posible respuesta a su condición de explotación es que las personas jóvenes se junten en un grupo para responder y luchar juntos contra esa explotación. Esta es una alternativa saludable.

El sentido de compromiso, lucha, solidaridad y esperanza en un futuro mejor son las coordenadas que unen los determinantes individuales del estilo de vida con los determinantes estructurales.

Esta larga tradición de conexión de la lucha individual con la colectiva (que ha caracterizado la historia del movimiento obrero y de otros movimientos progresistas) precede al defectuoso concepto de “Capital Social” usado por algunos investigadores en el campo de la desigualdad, concepto que trivializa el concepto de solidaridad. La famosa visión Putnam (17) de alentar al capital social a fin de ser aun mejores capitalistas (es una de las frases usadas en el título de sus capítulos) y ganar en un mundo competitivo, es diferente del concepto de solidaridad. Eso es lo opuesto a lo que debe ser el comportamiento social sano y es lo opuesto por lo que abogamos aquí. Nosotros proponemos facilitar la conexión entre la lucha por la salud a nivel individual con la lucha colectiva. El objetivo no debe ser el desarrollo de la competitividad en nuestras sociedades sino el de la solidaridad (18). También estoy en desacuerdo con el amplio uso del concepto de “cohesión social”, que considero profundamente conservador. De hecho, este concepto fue establecido por los tradicionales conservadores y las democracias cristianas como respuesta

al movimiento obrero que luchaba para cambiar la sociedad (19). La cohesión social puede coexistir con una enorme explotación.

Existen muchas sociedades cohesionadas donde el orden social se acepta ampliamente, pero donde la cohesión enmascara una enorme explotación y altos niveles de enfermedad. De hecho, una intervención saludable puede ser el facilitar una respuesta colectiva de aquellos a quienes se está explotando y romper con aquella cohesión. Esto muestra la necesidad de favorecer el concepto y uso de la solidaridad y de una sociedad solidaria como alternativa a una sociedad extremadamente competitiva en la cual el capital social ayuda a los individuos a competir mejor.

Las ideas resumidas en este artículo presentan una alternativa frente a la visión dominante y hegemónica en nuestras sociedades. Aún más, nosotros hemos sido recientemente testigos de algunos desarrollos que son alentadores, entre ellos el Plan Nacional de Salud del Gobierno Sueco, que incluye muchos de los determinantes estructurales e individuales de la salud y representa un paso gigante en la dirección correcta.

Es importante extenderse más en las líneas resumidas en este artículo, incluyendo las estrategias de asunción de responsabilidades referidas también aquí. El Plan Nacional de Salud Sueco es el más progresista de los planes existentes. Aquí lo amplío en un intento de romper con una visión errónea y reduccionista de lo que es un plan de salud que se limite a planes de asistencia médica. Todavía se necesita hacer más y yo espero que este artículo ayude a señalar el camino para una carrera hacia una mejor salud*.

*Nota: Este capítulo está modificado de la intervención realizada ante la Asociación Internacional de Políticas en Salud reunida en Barcelona España 21 de agosto de 2006.

El artículo se ha beneficiado de los comentarios de Burstrom y Margaret Whitehead.

Traducción de Giovanni Apráez Ippolito MD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro, V., and Muntaner, C. (eds.). *Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being*. Baywood, Amityville, NY, 2004.
2. Navarro, V. *The Health Situation of East Baltimore*. Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 1978.
3. Navarro, V. *Crisis, Work and Health*. In *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*, ed. V. Navarro. Tavistock, London, 1986.
4. Marmot, M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Owl Books, New York, 2004.
5. Navarro, V., et al. *The Politics of Health Policy*. *Lancet*, 2006, in press.
6. Navarro, V. (ed.). *The Political and Social Contexts of Health*. Baywood, Amityville, NY, 2005.
7. Navarro, V. *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*. Monthly Review Press, New York, 1998.
8. Vagero, D. *Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective*. In *Inequalities in the World*, ed. G. Therborn. Verso, London, 2006.
9. Burström, B., et al. *Winners and losers in flexible labor markets: The fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain*. *Int. J. Health Serv.* 33:199-218, 2003.
10. Wilkinson, R. *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. New Press, New York, 2005.

11. Benach, J. Analysis of Mortality Differentials by Social Class. Papers of the Department of Health Policy, Pompeu Fabra University, Barcelona, 2005.
12. Whitehead, M., and Burström, B. Evaluation of the UK and of the Swedish Health Policies. Seminar on Health Inequalities, Johns Hopkins University Fall Institute, Barcelona, November 4, 2005.
13. Navarro, V. (ed.). The Political and Social Contexts of Health. Baywood, Amityville, NY, 2005.
14. Wilkinson, R. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. Routledge, London, 1996.
15. A child centered social investment strategy. In Why We Need a New Welfare State, ed. G. Esping-Andersen. Oxford University Press, Oxford, 2002.
16. The International Value Survey. 2003 and 2005.
17. Putnam, R. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. Simon and Schuster, New York, 2000.
18. Navarro, V. A critique of social capital. In The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life, ed. V. Navarro. Baywood, Amityville, NY, 2002.
19. Navarro, V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the United States has neither. *Int. J. Health Serv.* 19:383-404, 1989.

CAPÍTULO 3

PRODUCCION CAPITALISTA Y ECOLOGIA: O DE CÓMO EL ACEITE Y EL AGUA NO SE PUEDEN MEZCLAR

Julio Alguacil Gómez
Universidad Carlos III de Madrid

1. Introducción: la naturaleza antinatural del capitalismo

La tesis que planteamos en este trabajo no es muy novedosa, aunque sí muy significativa por su vigencia, por su carácter polémico y contemporáneo, y ello en función de que constituye un enigma que marca la enorme incertidumbre que estamos viviendo y que se preocupa por anticipar reflexivamente hacia dónde va la humanidad. Por ello es necesario seguir abundando en ello y desde aquí nos proponemos apuntar los factores más importantes que intervienen en la proposición que mantenemos: la absoluta incompatibilidad entre producción capitalista y ecología. El modelo convencional de crecimiento económico, en el que se fundamenta el modo de producción capitalista en sus distintas fases de acumulación, destruye continua e irremediablemente nuestro hábitat, pero también simultáneamente destruye culturas, territorios, comunidades locales, economías no capitalistas, generando pobreza e incrementando las distancias sociales como nunca antes en la historia de la humanidad. Estas tendencias además se han acelerado sobremanera en los últimos treinta años coincidiendo con el máximo auge del neoliberalismo y una última etapa de acumulación capitalista que David Harvey (2004) ha denominado como *acumulación por desposesión* y que de facto ha permitido expandir el modelo al conjunto del planeta estableciendo una única “economía-mundo capitalista” (WALLERSTEIN, 2008).

Esta expansión y acumulación continuada producida en las últimas décadas ha visto incrementada su aceleración por el fabuloso desarrollo de las nuevas tecnologías. La fascinación que provoca el desarrollo tecnológico ha creado la falsa ilusión del control sobre cualquier situación imprevisible, la fe ciega en la tecno-ciencia, reforzando esa creencia que proclama que no hay que preocuparse por los problemas del futuro ya que la ciencia y la tecnología serán capaces de afrontar cualquier desafío de la humanidad. Sin embargo, el problema no es tecnológico, sino cultural, de quién y cómo se usan las tecnologías en función de los comportamientos, de los estilos y modos de vida, de la organización de la sociedad, de las instituciones, es decir es un problema fundamentalmente de los valores y la cultura dominante.

Veremos como el sistema capitalista se reproduce paradójicamente a través de una continua acumulación, unificación y centralización, por un lado, y en una continua diferenciación, dispersión y separación, por otro. Esta paradoja se hace extensible también al dilema objetividad / subjetividad de tal suerte que la perspectiva objetivista que representa explícitamente el capitalismo, como separación del sujeto del objeto, conlleva implícitamente una ideología y una cultura exclusiva y excluyente que socava las bases de su propia objetividad reproductiva. La acumulación en su actual fase de desposesión produce una extrema mercantilización y conlleva la concentración de la riqueza en cada vez menos manos y a la misma vez la extensión de la pobreza.

Una primera diferenciación que tenemos que adoptar como punto de partida es la ruptura entre economía y ecología que supuso un dominio absoluto de aquella sobre ésta⁵ (NAREDO, 1987) bajo una perspectiva de crecimiento ilimitado del capital, o si se prefiere de la continua e imparable acumulación de riqueza (ya sea en forma de intangibles, dinero, objetos..), que acelera el proceso entrópico de los sistemas naturales

⁵ También deberíamos considerar, con una trascendencia equivalente a ésta diferenciación, la separación entre economía, y ética y política, siendo la economía tendentemente dominante y destructora de la ética y de la política, en definitiva, siendo destructora de la reflexión y la relacionalidad entre los objetos entre sí, entre los sujetos entre sí, y entre los sujetos y los objetos (el hombre y la naturaleza).

a una velocidad de vértigo, es decir, esa tendencia establecida por el segundo principio de la termodinámica a que todo sistema natural se degrada en materiales y energía irremediablemente, se ve infinitamente multiplicado por la producción capitalista a un ritmo que compromete el abastecimiento de materiales y energía para la humanidad en un futuro previsible. La tendencia imparable del capitalismo global a la mercantilización de todas las esferas de la vida (natural y social) no comprende de límites físicos, ni de necesidades humanas, sino de deseos ilimitados que no son universalizables para el conjunto de la población mundial y es, precisamente, aquí donde se encuentra la raíz de la cada vez más intolerable insostenibilidad ambiental y social. Precisamente la integración entre economía y ecología es lo que puede reorientar la inteligencia y frenar, e incluso revertir, los procesos entrópicos, motivando e integrando también así la reflexión a través de la ética y de la política. Pero esta integración necesaria no puede venir desde la trayectoria del crecimiento convencional que la ha provocado y que necesita de la continua desintegración para su propia reproducción, será solo desde el resurgir de los sujetos, de los movimientos sociales, de la repolitización de la sociedad, desde donde se pueda construir un nuevo paradigma.

En consecuencia, desde el actual modelo “no hay salida” (WALLERSTEIN, 2008), ya que los empresarios capitalistas y los poderosos no tienen incentivos económicos y políticos para dar el giro necesario. Los requisitos para los nuevos procedimientos necesarios, para una múltiple integración (de los sujetos, de las culturas, de las ciencias...) y para la preservación del medio ambiente, pasan por evitar, limpiar, reducir y reponer. Evitar la degradación actual requiere sustituir el modelo de crecimiento convencional por un *desarrollo humano sostenible* donde prevalezca la calidad de vida de todos frente al nivel de vida asimétrico, sobre la base de reducir e invertir en energías renovables, apostar por la redistribución de la riqueza y por la profundización de la democracia. Requiere, también, limpiar los efectos negativos del productivismo, es

decir los residuos. Requiere, finalmente, reponer invirtiendo en los recursos naturales que han sido destruidos en su transformación y consumo (bosques, pesquerías, tierras de cultivo, biodiversidad...). Pero esto, siguiendo a Immanuel Wallerstein, la apuesta por la ecología (que es también una apuesta por la solidaridad y la equidad), compromete el incremento de la tasa media de ganancia a nivel mundial y, en consecuencia, “la puesta en práctica de medidas ecológicas significativas y seriamente llevadas a cabo podría ser el golpe de gracia a la viabilidad de la economía-mundo capitalista” (WALLERSTEIN, 2008).

Wallerstein apunta tres opciones potenciales desde el propio modelo, aunque no son tales por su imposibilidad o su ineficacia. En la primera de ellas los gobiernos tomarían las riendas obligando a las empresas a internalizar todos los costes ambientales, pero esto haría inviable a las propias empresas y por extensión al sistema capitalistas por la fuerte disminución de sus beneficios. En la segunda, los gobiernos asumirían directamente los costes de la crisis ambiental para lo que tendrían que aumentar drásticamente los impuestos, o bien a las empresas, y en consecuencia nos situaríamos nuevamente en la primera alternativa; o bien se aumentan sobre el conjunto de la sociedad lo que haría disminuir el consumo y, en consecuencia, también la tasa media de ganancia provocando además graves situaciones de ingobernabilidad. La tercera sería dejar las cosas como están y nos llevarían a una creciente agudización de la crisis ambiental y finalmente a la catástrofe.

Si bien en la mirada de corto plazo propia del modelo capitalista se descubre una confusa estrategia híbrida que lo que hace es intentar ganar tiempo contrapesando los efectos perversos del productivismo desplazando los problemas a los más débiles y a las generaciones futuras, por un lado; y, por otro, sacando partida a la propia crisis ambiental. Nuevos nichos de negocio en el ámbito del medio ambiente están en ciernes y todo ello acompasado de la apropiación de los bienes comunes en todo el mundo por parte del capital globalizado que intenta retener la crisis am-

biental provocando una crisis social sin precedentes. Son cierres en falso de la crisis socio-ecológica que no podrán evitar el colapso mundial, en todo caso retrasarlo, a no ser que se produzca un cambio de paradigma.

La supuesta acción para disminuir el uso energético de materias fósiles, o para disminuir el uso de materiales de todo tipo, frecuentemente producen el denominado “efecto rebote” al no considerar la integralidad, es decir, al no analizar o no considerar los efectos que tienen en otras dimensiones de la sostenibilidad ambiental o social. Un ejemplo de ello es la compra de emisiones de CO₂, o lo que estamos asistiendo con la crisis alimentaria derivada en gran medida del trasvase de capitales de sectores especulativos en fase de agotamiento (como el sector inmobiliario) a sectores pujantes como el energético (precisamente por la propia y ya permanente crisis energética) o el de las materias primas (sector alimentario, por ejemplo).

Abundando en este ejemplo, que es motivo de polémica en los últimos tiempos, el carácter monopólico que se ejerce sobre el sector energético, y ahora su revalorización como nuevo yacimiento de negocio ampliado gracias a la propia crisis ambiental y energética que el mismo capital ha generado, impide su descentralización y democratización. La autonomía energética de lo local (fundamentalmente posible con las energías renovables y con una gestión bajo el principio de subsidiariedad) tan necesaria para afrontar el desarrollo sostenible y frenar la crisis climática es relegada por la penetración de las grandes multinacionales y la apropiación y control de los bienes comunes, como tierras para producir bio o agro combustibles, que generan nuevas amenazas alimentarias para la población más vulnerable del planeta. Tanto el sector energético, como el sector alimentario, están afectados por la incertidumbre que provoca la crisis climática lo que unido a la disponibilidad de capitales especulativos y a la “transición alimentaria” (con alto consumo de energía, proteínas y cereales) llevada a cabo por economías emergentes como la India y China motiva una centralización

en muy pocas manos del dominio sobre las materias primas: la tierra, el agua, las semillas... y nos indica sobre la inhabilitación de la economía-mundo capitalista para establecer una nueva lógica de desarrollo con decrecimiento y profunda redistribución.

En definitiva, acogiendo la expresión de José Manuel Naredo “La pretensión de avanzar hacia un modelo social y ecológicamente más equilibrado y estable sin cuestionar las actuales tendencias expansiva de los activos financieros, los agregados monetarios y la mercantilización de la vida en general, es algo tan ingenuo y desinformado que raya en la estupidez” (NAREDO, 2004: 113). El problema es que el crecimiento económico convencional implícito en el sistema capitalista le impide corregir su orientación hacia la autodestrucción, le inhabilita para reflexionar sobre los impactos a largo plazo y en promover estrategias de vida para todos los habitantes del planeta. Su objeto es el beneficio, su objetivo es maximizar esas ganancias y la cultura que ha promovido le empuja una expansión y acumulación cada vez más rápida e intensa. Pero veamos más detenidamente este proceso histórico.

2. La gran transformación: el modelo de acumulación agregada

En un sentido histórico el capitalismo ha ido promoviendo de forma incesante el crecimiento con un estrategia dual paradójica: acumular centralizando y concentrando capital y poder, por un lado; y diferenciar separando objetos y sujetos, por otro, lo que en su combinación parece arrastrarnos a una trayectoria que presenta un inercia imparable. Desde la protoindustrialización que podemos situar en algunas ciudades europeas desde el siglo XI se va produciendo una *acumulación primitiva de capital* que crea las condiciones para desarrollar innovaciones tecnológicas (la sustitución de la energía y de las materias primas animales o vegetales por la de procedencia mineral: vapor, textil, carbón siderurgia, ferrocarril...) culminando en una primera revolución industrial (finales del siglo XVIII y principios del XIX).

Una segunda etapa, se corresponde con la *reproducción ampliada de capital* y una segunda revolución industrial que se proclama en el último cuarto del siglo XIX merced a la incorporación de tecnologías basadas en nuevas fuentes de energía (electrificación y explotación de los derivados de los combustibles fósiles) y que facilita la esquilmación de los recursos naturales y energéticos de los países periféricos, no sin grandes resistencias representadas por los movimientos de liberación nacional y la organización de los llamados países no alineados y de los países productores de petróleo.

Finalmente, el agotamiento del modelo industrial fordista deja paso a la extrema mercantilización en todas las esferas de la vida y la práctica totalidad de las grandes regiones del planeta en una nueva fase de *acumulación por desposesión* (HARVEY, 2004). A partir de la década de los setenta se produce la que se considera una tercera revolución industrial basada en las nuevas tecnologías que nos incorpora a la denominada “sociedad de la información” que incrementa la velocidad en tiempo real de la información y acelera el bucle de la producción-consumo. El contexto político a nivel nacional se caracteriza por el desmantelamiento del Estado de bienestar y creciente dejación de funciones del Estado-nación a favor de las grandes empresas multinacionales, y a nivel mundial por la conformación de un sistema único de economía-mundo muy jerarquizado, asimétrico y de extrema diferenciación en su estructura social. Veamos este recorrido histórico más detenidamente.

Las múltiples y continuadas disociaciones y rupturas acaecidas en la protoindustrialización culminan en la revolución industrial y el proceso que Karl Polanyi denominó como “La gran transformación” (POLANYI: 1989) que básicamente permitió sustituir los atributos de integración propios de las fases históricas previas al advenimiento industrial, basados en la sociabilidad (reciprocidad, redistribución e intercambio mercantil simple), por nuevos atributos que se desarrollan en el ámbito de las relaciones capitalistas. De este modo la revolución industrial, el

advenimiento del modo de producción capitalista, el inicio de la modernidad, etc. (según distintas acepciones y matizaciones) se sustentan en complejas transformaciones combinadas que dan paso al crecimiento económico convencional que desarrolla los factores de (des)integración a través de la penetración de la creciente mercantilización en la esfera de la vida social.

El mercado y la mercantilización adquieren así una centralidad y dominio sobre el resto de instituciones sociales. Al transferir el “valor de cambio” a todos los ámbitos de la vida colectiva otorga el carácter de mercancía a aspectos que tienen tradicionalmente un carácter casi exclusivo de “valor de uso” en la sociedad preindustrial. Polanyi incorpora la idea de *mercancía ficticia* para referirse a tres elementos cardinales (trabajo, tierra y dinero) que no se pueden considerar mercancías en sentido estricto por sus características intrínsecas: el trabajo está adscrito a la reproducción de la vida social, el dinero es un instrumento mediador para el intercambio que se consume en el mismo intercambio y la tierra es un recurso natural no producido por el hombre. En definitiva, “ninguno de estos tres elementos –trabajo, tierra, dinero- han sido producidos para la venta, por lo que es totalmente ficticio describirlos como mercancías.” (POLANYI, 1989: 128)⁶

De este modo, “El mercado se construye sobre la ficción (útil) de ciertas mercancías” (SÁDABA RODRÍGUEZ, 2007. 72). La mercantilización combinada de estos tres ámbitos, expresado en términos marxistas, permite el tránsito de una reproducción simple de capital (donde el propietario utiliza el beneficio para consumirlo directamente y en consecuencia el capital se mantiene en la misma magnitud a lo largo del tiempo) a una reproducción ampliada de capital (donde los capitalistas utilizan parte del beneficio en la ampliación de la producción). Este origen del tránsito lo situamos en la denominada “acumulación originaria de capital” que en expresión de Marx “... no es, pues, más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción. Se

⁶Citado por Igor Sádaba Rodríguez (SÁDABA RODRÍGUEZ, 2007: 70).

la llama “originaria” por que forma la prehistoria del capital y del modo capitalista de producción” (MARX, 1975). Esta acumulación, también denominada primitiva, no es solo resultado de la expropiación de los medios de producción a los campesinos y gremios artesanales, sino que lo entiende como punto de partida en el que intervienen otros factores como la expropiación a través del sistema colonial, las acciones del incipiente Estado-nación a favor de la clase burguesa (sistema de la deuda pública, sistema tributario, sistema proteccionista) y las innovaciones tecnológicas, a lo que habría que añadir la perspectiva cultural que aporta Max Weber en “La ética protestante y el espíritu del capitalismo” (1997) en el que muestra como los valores religiosos ligados a la frugalidad y el ascetismo propios del fundamentalismo calvinista permitieron el ahorro, la usura y el trabajo abnegado en la acumulación de capital en disponibilidad de reproducirse.

Esta acumulación originaria que se sirve de la mercancía ficticia para posteriormente desplegar una “reproducción ampliada de capital” basada en la producción de bienes materiales para el consumo y que ha discurredo por sucesivas fases productivas: modelo fordista de producción, producción en masa, producción flexible..., ha transitado, en una suerte de perfeccionamiento, de un capitalismo de oferta a un capitalismo de consumo dirigido, para finalmente volver a enfatizar las mercancías ficticias en el último período de finales del siglo XX e inicio del XXI de capitalismo tecnológicamente avanzado (sociedad de la información, capitalismo maduro, etc. según distintas acepciones) en un modelo de acumulación por desposesión.

Detengámonos por un momento en este reciente concepto⁷. En una primera lectura pudiera parecer una reedición de la acumulación originaria de capital al fundamentarse en la mercantilización y privatización de intangibles como, en este caso, la privatización de los conocimientos científicos (derechos de propiedad intelectual, protección de patentes...), la especulación del suelo, el capitalismo financiero (desmaterialización del dinero), la mercantilización de las relaciones sociales en la vida cotidiana o la privatización del patrimonio común, de los espacios y servicios públicos, y de los recursos naturales (directamente o través de su gestión); sin embargo, el agotamiento del modelo puramente productivista que se visualiza en la crisis del petróleo y del Sistema Financiero Internacional de los años 70 precisó de una reactualización a través de lo que algunos han denominado “una segunda generación de privatizaciones” o, quizás, más exactamente una tercera ola de acumulación de capital que con mayor centralización del poder económico en las empresas transnacionales y una mayor flexibilidad en el proceso productivo busca una continuidad de la reproducción del capital en el desmantelamiento del sector público y en la apropiación de los bienes comunales. Así la crisis macroeconómica de los años 70 y 80 ha motivado un desplazamiento de las estrategias económicas y empresariales hacia los bienes intelectuales e inmateriales a través de los mecanismos que la Propiedad Intelectual provee (SÁDABA RODRÍGUEZ, 2007: 63).

⁷“Harvey define el concepto de “acumulación por desposesión” como la utilización de los métodos de la acumulación originaria pero no para implantar un nuevo sistema progresivo frente al anterior, sino para mantener el actual, para hacer que los sectores más pobres de los países más pobres sean los que paguen los costos de la crisis de sobreacumulación del capital. Siguiendo a Rosa Luxemburgo, Harvey plantea que el capitalismo necesita algo externo a él para estabilizarse. “El capitalismo puede hacer uso de algún exterior preexistente (formaciones sociales no capitalistas o algún sector en el propio capitalismo –como la educación- todavía no proletarizada) o puede fabricarlas activamente” (HARVEY, 2004: 114). La acumulación por desposesión implicaría la utilización de recursos externos al capital con la liberalización de un conjunto de activos (incluida la fuerza de trabajo) a un coste muy bajo. Las políticas de ajuste del FMI, de ajuste fiscal, las devaluaciones y crisis “controladas” juegan este papel, aunque el elemento más representativo de la acumulación por desposesión es la privatización de empresas públicas” (MARTÍN NODA, 2004).

Parece, entonces “que es posible –en expresión de Igor Sádaba- periodizar las etapas históricas según el tipo de mercancía ficticia predominante y que la globalización capitalista puede entenderse como una mezcla agitada de mercados “clásicos” (materiales) junto con mercados “ficticios”, simbólicos o inmateriales, de manera que se refuerzan mutuamente (cada uno de ellos es contraparte del otro)” (SÁDABA RODRÍGUEZ, 2007: 395). Nuevamente, el modelo despliega una dimensión ideológica y cultural representada en el simulacro de la mercancía que viene a reforzar el carácter ideológico del neoliberalismo y el carácter mitológico del crecimiento de los países del centro, aunque siguen requiriendo de forma creciente de energía, fuerza de trabajo y recursos naturales, pero estos recursos (humanos, materiales...) son provenientes de otros países periféricos. Así, mientras que en los países del centro se generan el conocimiento y se crean las mercancías ficticias e intangibles, este mercado solo puede desarrollarse a expensas del acrecentamiento de la producción material en su sentido clásico en los países periféricos. Un proceso que se visualiza a través, por ejemplo, de los procesos de deslocalización empresarial que “da al traste –siguiendo a José Manuel Naredo- con la imagen tan extendida de una sociedad que va camino de la desmaterialización, al apoyarse cada vez más en el manejo de la información y las nuevas tecnologías” (NAREDO, 2006: 226).

Por el contrario, se podría hacer la lectura de que el capitalismo global cognitivo y ficticio lo que intenta es precisamente materializar lo intangible, lo no calculable, como el conocimiento, la cultura y la información, dándoles las formas de mercancía al conferirles un fuerte componente de “valor de cambio” para así integrar la vida humana en el propio sistema de mercado global capitalista que además, materialmente, se puede comprobar cómo sigue desarrollando un modelo productivo (en gran medida gracias al uso y apropiación del conocimiento) que socaba la mínima dignidad humana, en condiciones de trabajo inaceptables, sobre todo en los países de la periferia, pero que también afecta a importantes sectores de la sociedad en los países del centro, provenientes en términos

generales de los países no occidentales (el fenómeno de la inmigración). Como ha sido argumentado por muchos autores, la deslocalización de las actividades productivas es un fenómeno dual que, por un lado, desintegra el mundo de lo social, y por otro, destruye el medio ambiente de manera irreversible, tal es la naturaleza de la actual fase de acumulación por desposesión que David Harvey, también identifica como un robo legalizado donde se produce una suerte de redistribución a la inversa, aún más desigual e injusta, al ser las comunidades despojadas de lo que era la propiedad común a través de sucesivas rondas de privatizaciones⁸.

Entonces, la producción que continúa incesantemente precisa de nuevas fuentes energéticas usando masivamente los combustibles fósiles que alimentaron las sucesivas revoluciones industriales rompiendo por primera vez en la historia la vinculación armónica de la especie humana a la biosfera. El uso de materias bióticas no renovables ha generado una espiral de crecimiento que se ha traducido tanto en crecimiento de población como de objetos materiales que toman la forma de mercancías, es decir que tienen un creciente “valor de cambio”. Siguiendo a Naredo “Esta espiral de crecimiento, al apoyarse en el manejo a gran escala del los stocks de determinados materiales contenidos en la corteza terrestre, sin devolverlos a su calidad originaria de recursos, estaba abocada a acentuar el deterioro del “patrimonio natural”, tanto por la extracción de recursos como por el vertido de residuos, resultando por tanto globalmente inviable” (NAREDO, 2006: 47-48). Así pues, ampliando la idea originaria de Karl Polanyi sobre “la gran transformación”, esta supone, por un lado, el cambio en las relaciones sociales y en los procedimientos de integración social al ser subordinados plenamente a la economía y, por otro, el cambio de las relaciones con los recursos naturales al economizarlos, al objetivizarlos absolutamente.

La gran transformación que supuso la implantación del paradigma capitalista, es sobre todo una transformación en el orden de los valores, de la

⁸ Entrevista a David Harvey en la revista *sinpermiso* (16/12/2007). <http://www.sinpermiso.info/textos>

cultura. Aquí estriba su carácter (auto) destructivo, ya que se trata de una cultura que paradójicamente representa la deshumanización de la cultura al desarrollar una cultura del individualismo construida en base a una diferenciación disgregadora, separadora, excluyente, es decir, antisocietaria.

3.El capitalismo como paradigma cultural

La múltiple disociación y las consecuentes subordinaciones y dominaciones (de unas partes sobre / a otras del sistema) han llevado al convencimiento acrítico de que el crecimiento generará desarrollo y que el desarrollo solo será posible con el crecimiento económico, y que el equilibrio y la equidad deseables solo se podrán producir cuando haya un nivel de agregación de valor tal que los propietarios de las capitales acumulados estén en disposición de distribuir la riqueza y ocuparse del medio ambiente, pero ¿cuánto es suficiente? La ideología del crecimiento económico no hace sino reproducir la clásica teoría de “U” invertida de Kuznets, según la cual en las fases iniciales del crecimiento éste crearía desigualdad de rentas para luego mostrar como la regulación del mercado es capaz de incorporar correcciones de la tendencia en la medida que la acumulación fuera suficiente para permitir una equitativa distribución de las mismas de forma “natural”. Sin embargo, como expresa, contra la opulencia, el refrán popular: “quien más tiene, más quiere”, nos muestra como los aspectos subjetivos no contemplados por esta mirada objetivista juegan una mala pasada a esta hipótesis nunca confirmada. La inconsciencia que genera el individualismo, el sentimiento de merecimiento y el esfuerzo personal realizado en un marco fuertemente competitivo, el poder, el prestigio, la opulencia, etc. que recubren una cosmología individualista posesiva, pone de relieve la incompatibilidad que se establece entre el crecimiento y la equidad. El crecimiento económico solo accederá a correcciones parciales en la medida que se ponga en riesgo el propio modelo de crecimiento económico.

Esta subjetividad objetivada imprime además una velocidad cada vez mayor para así poder situarse en mejores posiciones, lo que a su vez in-

fiere una pérdida de la visión estratégica de futuro. Se trata de producir con la mayor eficiencia y en el menor tiempo posible obviando las medidas sociales y ambientales que permitan una vida digna a las personas y la durabilidad de la civilización. El capitalismo ha construido, así, un nuevo paradigma económico a la misma vez que necesita y difunde una nueva cultura (de consumo individualizado) que justifique su dinámica acumulativa apoyada en el ciclo vicioso: ahorro (acumulación) - inversión/extracción/producción (destrucción) - beneficio (propiedad) - ahorro, es decir en la producción y el consumo que motivan un incesante crecimiento y sin reparar en los límites del mismo.

Siguiendo con esta reflexión, Boaventura Santos Sousa (2005)⁹ establece una tipología de cinco monoculturas que ayudan a entender este bucle cerrado:

La monocultura del saber científico: La contribución del pensamiento científico occidental a la disociación de las dimensiones humanas es aplicada también sobre las propias ciencias, la separación de las ciencias naturales de las ciencias antropológicas es una gran ruptura que comporta también una jerarquización donde diferentes disciplinas ocupan posiciones diferentes de dominio o subordinación. Esta escisión se produce en el interior de las propias ciencias sociales al enfrentarse al clásico dilema entre objetivismo (distancia entre el sujeto investigador y objeto de estudio, al estilo estratégico de las ciencias naturales) y subjetivismo (proximidad, solapamiento entre el sujeto observador y el objeto observado, que en ciencias sociales siempre es un sujeto que irremediablemente se ve perturbado y modificado por el procedimiento de observación). Los enfoques en ciencias sociales que se proyectan en el espejo de las ciencias naturales desplegaron el positivismo y el objetivismo, incorporando los métodos propios de las ciencias naturales para alcanzar el marchamo de científicidad y rechazando todo atisbo de subjetividad (estableciendo una múltiple disociación objeto # objeto; objeto # sujeto; sujeto # sujeto)

⁹ Citado por María Novo (2006: 41-43)

que expulsa a las cualidades propiamente humanas (las emociones, los sentimientos, los valores). Como consecuencia se expulsa el diálogo entre los saberes y se instala en un etnocentrismo radical que acogándose al cálculo numérico desestima los fenómenos no mensurables, no codificables. De este modo, el dominio de la perspectiva material e instrumental transforma a la propia ciencia en un recurso económico más, como los propios recursos naturales o la fuerza de trabajo, pero en este caso se trata de un instrumento intangible de enorme utilidad para alcanzar los objetivos crematísticos.

La monocultura del tiempo lineal: La concepción del tiempo se expresa en la lógica del progreso. Hay una linealidad evolutiva implícitamente inevitable, con escasas disfunciones que en todo caso son fácilmente superables a través de las tecnologías y la eficiencia. “el tiempo tiene una flecha, la historia tiene una finalidad, se pasa de formas inferiores a formas superiores” (GALTUNG, 1977: 7). No existen límites en el objeto de la cosmología científica occidental y en consecuencia el pensamiento científico es incapaz de reconocer los límites físicos de su objeto de análisis, pero también es incapaz de reconocer “los límites que impone una ética que se hace preguntas acerca de los fines y los medios que se utilizan para el desarrollo” (NOVO, 2006: 5), no importa tanto el por qué y el para qué del uso del conocimiento, sino el cómo y el cuánto.

La monocultura de las jerarquías: los fenómenos, los hechos, los sujetos, las ciencias, los grupos, los territorios, las culturas, etc. tienen estatus diferenciados, donde la posición que se ocupa conlleva la presencia de posiciones por encima (de dominación) y de posiciones por debajo (de subordinación). Implica un aspecto a nuestro entender crucial: la posición que ocupa el conocimiento desde esta perspectiva cosmológica occidental. Augusto Comte mentor de Emilio Durkheim consideraba la necesidad de acceso al poder por parte de los intelectuales y científicos como mejor manera de implementar el orden y el progreso, sin embargo podemos hoy aseverar que el saber lejos de dominar el

poder, es vinculado al mismo poder como instrumento estratégico para implementar su dominación. El conocimiento se vincula al poder y sus estrategias y en consecuencia la ciencia pierde su consciencia (MORIN, 1984).

La monocultura de lo universal o global: la perspectiva del pensamiento simple y del pensamiento total (ambos son inseparables) determina lo relevante e invisibiliza lo que considera como irrelevante. Lo relevante es lo racional y lo irrelevante es lo emocional, lo relevante es lo universal y lo irrelevante es lo particular, lo relevante es lo global y lo irrelevante es lo local, lo macro-lo micro,... y que de facto significa el menoscabo de los territorios concretos, de las culturas no-occidentales, de las minorías culturales, de las pequeñas estructuras de escala humana.

La monocultura de la eficiencia capitalista: El progreso lineal se traduce en producción sostenida que es liderada por aquellas fuerzas del mercado que se encuentran en mejor posición jerárquica para la competencia. El dominio del continuo de la secuencialidad: causa – efecto (causa) – causa (efecto)... donde lo significativo no es el proceso, no es el medio, sino el fin, pues ambos además están convenientemente disociados es lo que podemos entender como eficiencia: alcanzar las metas (beneficios en forma de cantidades) de forma independiente a los procedimientos (cualidades).

Ese complejo proceso presenta múltiples disociaciones, pero en particular nos interesa el individualismo metodológico que motiva un nuevo paradigma cultural. Ésta cultura del individualismo se construye con dos factores combinados que inciden directamente sobre la insostenibilidad ambiental y social del modelo: la propiedad y la competitividad.

El recorrido de esta imparable expansión y acumulación del “capitalismo histórico”¹⁰ se fundamenta en estos dos factores que han generado una cultura fuertemente etnocéntrica en una suerte de solipsismo que nos hace inconscientes de las consecuencias futuras de este modelo de crecimiento insostenible. Veamos, finalmente, la naturaleza de estos dos factores como determinantes absolutos en la incompatibilidad entre capital y ecología.

4. El derecho a la propiedad

Las sucesivas generaciones de derechos fueron apareciendo y consolidándose encajándose con el desarrollo del capitalismo en sus sucesivas fases de acumulación. Las tres generaciones clásicas apuntadas por T. H. Marshall (derechos civiles, políticos y socioeconómicos) fueron suscitadas por sujetos históricos identificables y emergentes en su contexto histórico (burguesía y movimiento obrero). Las dos primeras generaciones de derechos están vinculadas a la primera revolución industrial y la culminación de la acumulación originaria de capital, particularmente los derechos de libertad y de propiedad. Mientras que los derechos políticos, vinculados al desarrollo de la democracia, alcanzan su consolidación definitiva con la segunda revolución industrial, y de su lado los derechos socioeconómicos afianzados por el movimiento obrero a partir de esta segunda revolución industrial en el período dorado del Estado de bienestar (1945-1975).

La tercera revolución industrial y el inicio de la última fase del modo de producción capitalista, en el marco de la globalización, motiva, como respuesta, la emergencia de nuevos sujetos (de difícil identificación en términos clásicos de clases sociales) de nuevos movimientos sociales e intelectuales que proclaman nuevas generaciones de derechos estrictamente colectivos, de la humanidad: los derechos ambientales (derechos

¹⁰ “Como capitalismo histórico entendemos un sistema en el que las instituciones que se construyeron posibilitan que los valores capitalistas tomen prioridad, de forma que la economía-mundo en su conjunto tomó el camino de la mercantilización de todas las cosas haciendo de la acumulación incesante de capital su objeto propio” (WALLERSTEIN, 2008)

de los bienes públicos o republicanos en acepción de BRESSER-PEREIRA)¹¹ y culturales (TOURAINÉ, 2005). De este modo, estas generaciones se vinculan a una ciudadanía universal, de conciencia global y a la misma vez local, de conciencia ambiental y de conciencia solidaria respecto de los derechos de las minorías. La propia concepción de cada uno de los derechos ha ido evolucionando en función del discurrir histórico del capital y particularmente el derecho de propiedad.

El derecho de propiedad en sus orígenes, en el contexto revolucionario de la Francia de 1789, se encuentra vinculado al derecho de libertad, como un derecho natural del hombre que está adscrito al trabajo de la tierra y a la transformación de las materias primas para la subsistencia. “En una sociedad de campesinos y artesanos –nos ilustra José Manuel Naredo– parecía lógico postular que su libertad se asociaba a su propiedad sobre las tierras que trabajaban, sobre el ganado, sobre los talleres y herramientas empleados o sobre las viviendas, los enseres domésticos y los ingresos conseguidos básicamente con su trabajo” (NAREDO, 2004: 10-11). En este contexto el derecho a la propiedad era universal y estaba adscrito, entonces, a la satisfacción de las necesidades en una economía aún de carácter precapitalista donde el dinero era un instrumento para el intercambio de bienes y no un objeto y objetivo en sí mismo.

El paso de la circulación simple de mercancías a la circulación capitalista de mercancías, que como es sabido produce una plusvalía que es apropiada por un grupo social distinto al que la crea (la fuerza de trabajo), incorpora como natural “que la propiedad de un individuo pueda acrecentarse sirviéndose del trabajo de otros [...] Si a esto se añade el derecho de las personas a acumular sin límites, y a transmitir por herencia, toda clase de propiedades, nos encontramos con que el punto de partida es una sociedad en la que domina la desigualdad y la dependencia” (NAREDO, 2004 11). De esta manera el desarrollo del derecho

¹¹ BRESSER-PEREIRA, L. C. (2001): “Ciudadanía y res publica: La aparición de los derechos republicanos”. En *Revista Instituciones y Desarrollo* n° 8/9.

de propiedad va abandonando su función social para acoger un destino meramente lucrativo que viene a transferir el derecho de propiedad del campo de la satisfacción de las necesidades humanas al campo de los deseos ilimitados permitiendo, el privilegio de unos pocos que lo usan para acumular riqueza y poder sobre los demás. Así la evolución de la cultura de la propiedad lleva a la más absoluta inseguridad a la mayoría, ya que ésta evolución ha llevado a un estadio de *propiedad especulativa* (NAREDO, 2004) que no es fruto del trabajo de los propietarios “sino de la expansión y concentración insaciable de la propiedad financiera, que amenaza con comprar, absorber o arruinar los patrimonios de empresas locales, administraciones y familias, mediante la creación de dinero financiero, que genera las consiguientes burbujas financiero-inmobiliarias” (NAREDO, 2004: 15).

En respuesta a la vulneración del legítimo derecho de propiedad (adscrito a las necesidades humanas universales) emergen nuevas generaciones de derechos. La incorporación de estas nuevas emergencias, de estos nuevos derechos colectivos, de los pueblos, de las culturas, de la humanidad, dejan al descubierto nuevos escenarios paradójicos (por ejemplo, entre derechos individuales y derechos colectivos) al interno del sistema de derechos que en algún caso presentan notables dificultades para su resolución, sobre todo si consideramos que las sucesivas generaciones de derechos están interrelacionadas entre si y que en un sistema de derechos estos son interdependientes e indivisibles hasta alcanzar una suerte de síntesis: el *derecho al desarrollo*¹². Mientras, habría que defender que el cumplimiento de cualquier de derecho no puede ir en menoscabo del cumplimiento de cualquiera de los otros derechos y, en consecuencia, la pluralidad de intereses o culturas, conductas y tradiciones no pueden justificar la violación de ninguno de los derechos humanos. La contradicción más significativa la encontramos hoy entre los derechos colectivos

¹² GÓMEZ ISA, F. (2007): “Derecho al desarrollo”. En *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. HEGOA. Consulta: <http://dice.hegoa.efaber.net>

y el derecho individual de propiedad (o el derecho mercantil, sobre los recursos naturales, intelectual, etc.) que hace que se planteen algunas revisiones sobre éste. Es el caso de la propiedad intelectual que a través del sistema de patentes permite la apropiación del conocimiento acumulado, social, ancestral, de pueblos o de sociedades, y que se traduce, por ejemplo, en la retención y utilización lucrativa de especies vegetales con potencia medicinal, los genomas, los recursos naturales o, incluso culturales, en detrimento muchas veces de la propia vida humana. ¿Puede, entonces, la propiedad intelectual considerarse un derecho? Un derecho deja de ser derecho humano cuando es excluyente respecto de los derechos humanos de los demás, de otros individuos, de colectivos, de pueblos y este es el caso de la aplicación del derecho de propiedad en muchos supuestos. Al respecto José Ignacio Aguilar nos indica que “la propiedad no es una relación de las personas con las cosas de las que son dueños. Esa relación es ante todo una relación entre personas a propósito de las cosas. Es la *facultad de excluir* al resto de las personas del uso y disfrute de los bienes sobre los que se ostenta el dominio” (AGUILAR, 2003: 248)

En consecuencia, podríamos considerar que el denominado derecho a la propiedad no puede ser ilimitado, ni por supuesto opulento, entonces ¿dónde están los límites que permitan establecer un equilibrio entre igualdad y libertad? Cuando el derecho de propiedad impide, limita o amenaza otros derechos humanos individuales o colectivos deja de ser un derecho para ser un privilegio inhabilitante para la satisfacción de las necesidades humanas de otros (entre ellas la de libertad) y se sitúa, en consecuencia, en el ámbito de los deseos o preferencias ilimitados que son socialmente y ecológicamente insostenibles, ya que atiende irremediablemente a la propia subjetividad del propietario. Desde un punto de vista humanista que preconiza los derechos de la humanidad, en un mundo desigual, la propiedad que excede ostensiblemente, en un determinado umbral, la satisfacción óptima de las necesidades propias va en detrimento de los derechos de los otros que no pueden por ello satisfacer

sus necesidades humanas de manera adecuada. Desde esta perspectiva el derecho de propiedad solo es ético cuando satisface las necesidades humanas del propietario sin menoscabar la satisfacción de las necesidades de los demás. Es decir, la propiedad deja de ser un derecho cuando deja de ser universalizable.

En lo que nos ocupa, la contradicción más llamativa, por su contemporaneidad, se produce en el ámbito de los recursos naturales. Al respecto Joan Martínez Alier ha desgranado las distintas clases de propiedad y su influencia en la gestión de los recursos naturales¹³. Martínez Alier distingue entre cuatro tipos de propiedad: 1) Acceso abierto, 2) Propiedad comunitaria o comunal, 3) Propiedad privada, 4) Propiedad estatal; y sugiere la variante de una propiedad municipal, que quizá pudiéramos considerar como puente entre la propiedad comunitaria y la propiedad estatal.

Sobre el acceso abierto, o los “*commons*” (los bienes comunes), éstos sufren el riesgo de sobre explotación por el acceso libre (por ejemplo las pesquerías) y precisan de una regulación de autocontención por parte de todos, de forma compartida, pues de lo contrario la humanidad perdería un recurso natural razonablemente reproducible. Los “*commons*” deben ser considerados como propiedad de la humanidad en su conjunto.

Sobre la propiedad comunal en la gestión de recursos naturales puede ser problemática en la medida que la presión del mercado lleve a “una lógica comercial a costa de la lógica de los valores de uso, y, entonces, surge una presión de la producción exportadora sobre los recursos naturales...” (MARTÍNEZ ALIER, 1999: 34): Añadiríamos, que la pobreza de las comunidades es causa de este efecto insostenible. En consecuencia, “el problema ambiental –según Martínez Alier- no surge de que la propiedad sea comunitaria”. En el mismo sentido se argumenta con respecto a la propiedad Estatal que frecuentemente “aplica una lógica comercial

¹³Martínez Alier, J. (1999): “Economía, Política y Medio Ambiente: la justicia ambiental”. En Clemente J. Navarro (Coord.): *Siglo XXI. Siglo de la tierra*. Instituto de Estudios Transnacionales de Córdoba (INET), Córdoba.

de corto plazo a la gestión del recurso, entonces, la propiedad estatal no favorecerá la conservación” (MARTÍNEZ ALIER, 1999: 35).

Respecto a la propiedad privada sería la más dañosa, pues se produce frecuentemente “una asimetría temporal entre costos e ingresos; es decir, si los ingresos son ahora mientras los costos son en el futuro,...., entonces podemos preguntarnos si es mejor la propiedad privada o si es mejor la propiedad comunitaria” (MARTÍNEZ ALIER, 1999: 34). El problema, además - diríamos aquí-, con los recursos naturales, es que los costos ambientales repercuten sobre el conjunto de la comunidad, a lo que habría que añadir que no hay garantía democrática del buen uso de los recursos pues en este caso se encuentran sujeto a la subjetividad de los intereses de los propietarios como sujetos con estrategias particulares. La apuesta de Martínez Alier es una alianza entre la propiedad comunal y la propiedad estatal para la conservación de los recursos naturales, como alternativa a la lógica mercantil (MARTÍNEZ ALIER, 1998).

En todo caso y en términos generales, se viene desarrollando un pensamiento en el campo jurídico que basándose en el “*principio de no discriminación*” construye un paradigma del *Derecho social* frente al *Derecho privado clásico* para desarrollar una sociedad más equitativa que necesariamente precisa ampliar las funciones del Estado y restringir la autonomía individual cuando ésta atenta contra otros derechos fundamentales de la humanidad motivando por ello la discriminación¹⁴.

5. La dinámica de la competitividad

Antes que nada habría que distinguir entre la competencia y la competitividad. La competencia se refiere a la capacidad para actuar reflexivamente buscando la calidad de las cosas, de los productos, de los procesos, de los servicios... mientras que la competitividad se basa en la rivalidad

¹⁴ Esta perspectiva queda recogida en los trabajos de Abramovich, V. y Courtis, C. (2002): *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Trotta, Madrid; y en Torre (de la) Martínez, C. (2005): “El derecho a la no discriminación como una alternativa de acceso a los derechos sociales”. En *Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, México D. F.; entre otros.

con otros por alcanzar los propios fines. Esta lectura de la competencia puede ser complementaria de la cooperación, de la comunicación, de la transferibilidad de las experiencias, mientras que la competitividad es contraria a todos esos principios.

Es desde los presupuestos de la cultura de la competitividad donde se refuerza la dinámica del crecimiento de la economía capitalista de mercado. La ideología de la competitividad es el motor que mueve todo el sistema de producción y consumo fundamentándose en una ideología como el darwinismo social que haciendo análogos la vida animal y la vida social viene a preconizar que si se deja que las personas compitan libremente, los más preparados, inteligentes, ambiciosos y esforzados terminaran destacando sobre los demás, produciéndose así una selección natural que permite la prevalencia de los mejores, la sociedad, entonces, experimentaría un crecimiento continuo. Esta analogía significa una deshumanización de la vida en sociedad al anteponer la rivalidad y la desconfianza frente a lo que le es propio a la especie humana: la cooperación y la asociación, es decir, la sociabilidad.

De este modo, la diferenciación implícita a la competitividad presenta un fuerte carácter asimétrico generando una progresiva desigualdad social que lleva a la exclusión a los más vulnerables, ya “que hace que sólo pueda ofrecer beneficios que se sustentan en el juego de suma cero; si alguien gana es porque otro lo pierde” (ELIZALDE, 2003: 78-79), posibilitando así el continuo incremento de la riqueza entre los ganadores e incrementando a la misma vez la pobreza entre los perdedores.

La competitividad, en la actual fase del capitalismo, ha contaminado prácticamente todos los ámbitos de la vida social llevando la agresividad, la tensión, la confrontación, la dominación que le son propios, a todas las escalas posibles, siendo el origen tanto de las guerras (ya globales) como de la violencia urbana en las localidades, enfrenta a los sujetos, a los grupos humanos, a las organizaciones, a los territorios, a las ciudades, a las culturas, a los países, a los continentes entre sí. Considera a los otros, ene-

migos o adversarios a los que hay que instrumentalizar, explotar, perseguir o incluso eliminar motivando así aquellos comportamientos y conductas despojados de los valores morales y éticos, que desprecian la política y que se inscriben en un pensamiento único que proclama que no hay alternativa posible. La competitividad se ha ido incrementando hasta llevarla a sus máximas consecuencias sin reparar en los medios utilizados y en los daños provocados para hacerse prevalecer y dominar a otros, y lo que es más grave, ha convertido una ideología en una cultura que han enraizado en un modo de vida de referencia (difundido hasta la saciedad por los medios de comunicación de masas) que motiva el culto al triunfador y al consumo opulento. Genera expectativas entre los perdedores que hace que estos dirijan sus esfuerzos a satisfacerlas individualmente (y no a buscar alternativas de modelo colectivamente), pero esas expectativas en el ámbito de la competitividad solo son alcanzables para un número muy reducido de ganadores generando una enorme frustración ya que si no tienes capacidad de compra, no eres competitivo y no tienes ningún valor.

La afección sobre el medio ambiente viene determinada porque la extrema fragmentación hace de cada individuo una unidad de capital que mira su propio beneficio y lo demás son instrumentos a usar lo más gratuitamente posible, a mercantilizar, sean estos sujetos o recursos naturales, sin considerar los costos externos, que provocándose particularmente (individualmente), afectan globalmente a todos. De este modo, la competitividad y siguiendo a José Manuel Naredo “no sólo reduce la toma de información a una única dimensión, la monetaria, sino que registra solamente el coste de extracción y manejo de los recursos naturales, pero no el de reposición, favoreciendo así el creciente deterioro del patrimonio natural, que no se tiene en consideración en el proceso cuantificador” (NAREDO, 2004).

De este modo la dinámica competitiva, del mismo modo que no puede hacer converger la satisfacción de las necesidades de la población con la obtención de ganancias (CORAGGIO, 2001: 1), se muestra inhábil para usar los recursos naturales sin exceder la capacidad de

asimilación, reposición, absorción y regeneración natural de los ecosistemas y, por tanto, se hace insostenible a medio y largo plazo. Así el crecimiento económico (insostenible) basado en el acceso libre a la explotación de los recursos naturales y en la presión y dominación de la lógica mercantil sobre el territorio y los ámbitos locales va contra el desarrollo humano (sostenible), socavando las bases de este último: la propiedad comunitaria y/o pública de los mismos

En definitiva, el proceso mercantilizador, viene determinado por la dinámica competitiva y el derecho de propiedad que en su combinación no solo generan desigualdad y exclusión sino que también generan cada vez más insostenibilidad ambiental al preconizar un modelo de consumo que consume anticipadamente el futuro, al fundamentarse en una ideología que estimula de manera ilimitada y compulsiva la satisfacción de los deseos, y no la de las necesidades humanas. Esto conlleva una visión muy limitada del futuro, infantilizada y de corto plazo, mostrando la inconsciencia del sistema, a la misma vez que se basa en una cultura del usar y tirar, objetos y sujetos, a cada vez mayor velocidad.

Se pone así en evidencia la estrecha relación entre la diferenciación de estructura social y la crisis ambiental. La tendencia hacía una extrema polarización social, entre abundancia y pobreza, lleva aparejado, por un lado, la detracción de recursos por sobreestímulos de consumo de los afortunados del plantea; y por otro, la devastación de recursos por la privación de medios y estrategias de acceso a la alimentación de los pobres de la tierra. De esos nuevos escenarios surgen nuevos interrogantes en referencia a que paradigma hay que construir, desde luego como apuntan diversos autores éste debe ser “ecointegrador”, “ecosocialista”..., construyendo nuevas y múltiples alianzas entre las comunidades desposeídas y entre los viejos y los nuevos movimientos sociales, pero esto es motivo para otro trabajo más esperanzador.

BIBLIOGRAFÍA

ABRAMOVICH, V. y COURTIS, C. (2002): *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Trotta, Madrid.

AGUILAR, J. I. (2003): "La propiedad". En Aguilar, T. y Caballero, A. (comp.): *Campos de juego de la ciudadanía*. El viejo topo, Barcelona.

BRESSER-PEREIRA, L. C. (2001): "Ciudadanía y res publica: La aparición de los derechos republicanos". En *Revista Instituciones y Desarrollo* n° 8/9.

CORAGGIO, J. L. (1999): "La economía popular es más que la suma de microproyectos (alternativas para el desarrollo humano globalizado)". En *Política y Sociedad* n° 31. UCM, Madrid.

CORAGGIO, J. L. (2001): "Problematizando la economía solidaria y la globalización alternativa". *Presentación en el II Encuentro Internacional sobre la globalización de la solidaridad*, Québec.

ELIZALDE, A. (2003): *Desarrollo humano y ética para la sustentabilidad*. Universidad Bolivariana / PNUMA, Santiago de Chile.

GALTUNG, J. (1977): *El desarrollo, el medio ambiente y la tecnología, hacia una tecnología autónoma*. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Ginebra.

GÓMEZ ISA, F. (2007): "Derecho al desarrollo". En *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. HEGOA. Consulta: <http://dice.hegoa.efaber.net>

HARVEY, D. (2003): *El nuevo imperialismo*. Akal, Madrid.

MARSHALL, T. H. (1950): "Citizenship and Social Class". En Marshall, T. H. Y Bottomore, T.; *Citizenship and Social Class*. Londres: Pluto Press, 1950.

MARTÍNEZ ALIER, J. (1998): “La economía ecológica como ecología humana”. Fundación César Manrique, Lanzarote.

MARTÍNEZ ALIER, J. (1999): “Economía, Política y Medio Ambiente: la justicia ambiental”. En Clemente J. Navarro (Coord.): *Siglo XXI. Siglo de la tierra*. Instituto de Estudios Transnacionales de Córdoba (INET), Córdoba.

MARX, K. (1975): *El Capital (Libro primero, Tomo I)*. Siglo XXI, México.

MORIN, E. (1984): *Ciencia con consciencia*. Anthropos, Barcelona.

NAREDO, J. M. (1987): *La economía en evolución -Historia y perspectivas de las categorías básicas del pensamiento económico-*. Siglo XXI/Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid.

NAREDO, J. M. (2003): “La economía en evolución: invento y configuración de la economía en los siglos XVIII y XIX y sus consecuencias actuales”. En *Revista de historia moderna Manucrist*, N° 22.

NAREDO, J. M. (2006): *Raíces económicas del deterioro ecológico y social. Más allá de los dogmas*. Siglo XXI, Madrid.

NODA, M. (2004): “A propósito de la publicación de David Harvey, El nuevo imperialismo”. En rev. *Lucha de Clases*, n° 4, Buenos Aires.

NOVO, M. (2006): *El desarrollo sostenible. Su dimensión ambiental y educativa*. Pearson Prentice Hall / UNESCO, Madrid.

POLANYI, K. (1989): *La gran transformación. Crítica del Liberalismo económico*. La Piqueta, Madrid.

SÁDABA, I. (2007): *Sociología de la propiedad intelectual en la era global. De las controversias científico-técnicas a los conflictos sociales*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

SOUSA SANTOS, B. (2005): “Hacia una globalización alternativa”. En *Rev. Éxodo*, núm. 78/79.

TOURAINÉ, A. (2005): *Un nuevo paradigma. Para comprender el mundo de hoy*. Paidós, Madrid.

WALLERSTEIN, I. (2008): “Ecología y costes de producción capitalistas: No ha salida”. En *Revista Futuros* N° 20, Vol. VI. <http://www.revistafuturos.info>.

CAPÍTULO 4

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES, HOY

Gregorio Benito

Contexto

En la introducción a este tema conviene describir los supuestos de los que partimos para desarrollar todo el análisis posterior. Se puede coincidir con los supuestos y no con el análisis y conclusiones y se puede discrepar de los supuestos y coincidir con análisis y conclusiones. Difícilmente la coincidencia será absoluta en cualquiera de los dos casos.

Lo que hoy denominamos globalización se enmarca dentro del contexto del sistema capitalista. Se puede afirmar que conforma una fase de ese sistema que se distingue de otras por una serie de características. Para los amantes de las modas conviene aclarar que ni el comercio mundial, ni la actividad financiera, ni la deslocalización nacen con la globalización. También, que conviven con la fase actual modos y relaciones de producción de las fases anteriores, cuantitativamente más importantes que la última.

Otra cosa es que los publicistas interesados de la globalización pretendan persuadirnos de sus bondades y de su imparable e inevitable instalación en todos los rincones del planeta.

En todo caso no cambia el marco básico del sistema capitalista: propiedad privada de los medios de producción, existencia de clases y explotación de una clase por otra con obtención de plusvalía. La superestruc-

tura institucional, con formas más duras o suaves, representa y respalda los elementos esenciales del sistema.

¿Cuáles son las características peculiares de la actual fase?. Como venimos de tiempo de Olimpiadas podíamos decir con el barón de Coubertin *Citius, altius, fortius*, más rápido, más alto, más fuerte; especialmente en la actividad financiera internacional¹⁵.

El capitalismo, siguiendo por analogía pautas biológicas no cooperativas, más allá del cuento del Dr. B. de Mandeville, mantiene finos instintos de supervivencia depredadora, reproducción, crecimiento, adaptación, pragmatismo, sin que nos consten las virtudes públicas. La presión de la lucha de clases llevó a un militar prusiano, Bismarck, aristócrata, terrateniente y conservador, a establecer los seguros sociales. El liberal Beveridge promovió el Welfare State, ante la nueva relación de fuerzas surgida de la II Guerra Mundial. Por tanto, no hay abandono a la mano invisible sino intervención para corregir desviaciones. Es decir, se inventó la apicultura para canalizar la espontaneidad natural de las abejas en provecho propio.

¹⁵ Los Préstamos bancarios internacionales netos, han pasado de 1,88 billones de dólares en 1986 (alrededor del 12,4% del PIB-mundo), a 11,08 billones en 2003 (30,3% del PIB mundial). Los activos gestionados por los inversores institucionales (Cías, Seguros, Fondos Pensiones y Fondos de Inversión), han pasado de 13,8 billones de dólares en 1990, a 46,8 billones en 2003, muy por encima del valor del producto bruto mundial. Mercados de Derivados. El valor alcanzado por el mercado de derivados (swaps o recompras, futuros y opciones) era de 7,9 billones en 1991, y ha pasado a 355,5 billones de dólares en 2005. Algunos indicadores de la METÁSTASIS que muestra la GLOBALIZACIÓN FINANCIERA. Mercados de Divisas, han pasado de un volumen diario de compraventas de divisas de 80.000 millones de dólares en 1980, a nada menos que 1.880.000 millones de dólares diarios en 2004. Es decir, se han multiplicado por 23 en menos de dos décadas. Mercados de Capitales: Los flujos de capital transfronterizo han pasado de 2,26 billones de dólares en 1990, a 12,27 billones en 2005. Es decir, se han multiplicado por 6 las operaciones con activos financieros. Además: Las “transacciones” de títulos y acciones, entre los seis primeros países desarrollados suponían en 1980 el 10% del PIB. En el 2003, ya representaban más del 100% en Japón, del 300% en EEUU. y Canadá, y del 500% en Alemania y Francia. Las emisiones internacionales netas de títulos (acciones y bonos) se han multiplicado 2,5 veces en las últimas dos décadas. En 1986, suponían el (2% del PIB-Mundo), y han alcanzado en el 2005 a suponer el 4,9% del PIB-Mundo. Fuente: Datos procedentes de FMI, OCDE, BM. Eduardo Gutiérrez Benito. Curso de Verano.2008 UCM. LOS RIESGOS POLÍTICOS Y SOCIALES DE LA FINANCIARIZACIÓN DE LA ECONOMÍA.

La explotación de los pueblos ha seguido las mismas pautas biológicas del neodarwinismo social. Colonialismo, neocolonialismo y la fase actual: sobreexplotación de recursos naturales y humanos a bajo coste y transferencia de riesgos de deterioro humano y del ambiente. Las únicas diferencias con el esclavismo de siglos anteriores es que, ahora, son los propios inmigrantes los que se pagan el viaje y la explotación de recursos es más devastadora.

La libre circulación de personas y capitales sigue beneficiando extraordinariamente a estos últimos, en especial al capital financiero y explotando la inmigración pobre. Esta última cumple el perfecto papel, ya estudiado por Marx, de ejército de reserva a disposición del capital en cualquier tiempo y espacio. La globalización ofrece más posibilidades al que más poder tiene y ello origina un aumento de las desigualdades entre los cada vez más ricos y el resto. Sigue prevaleciendo la justicia de la fuerza frente a la fuerza de la justicia (Pascal) y el poder militar sigue siendo determinante en las relaciones internacionales, respaldando al poder económico.

Y es este marco el que conforma los determinantes sociales de la enfermedad, a pesar de los importantes avances de la sanidad. “Los avances médicos pueden eventualmente prolongar la vida humana, pero las mejoras de las condiciones sociales pueden conseguir este resultado con mayores garantías de éxito y más rápidamente”. (Rudolf Virchow, 1821-1902).

Los estudios sobre la repercusión de la pertenencia a una clase social, de las desigualdades en la distribución de la renta y la riqueza y las condiciones de vida¹⁶ sobre la morbilidad y mortalidad, ya tradicionales, vienen a confirmar que a mayor desigualdad más incidencia¹⁷. Y no sólo

¹⁶ OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Agosto 2008 http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

¹⁷ NAVARRO LÓPEZ, Vicenç ; BENACH, Juan. *Desigualdades sociales de salud en España. Estudio de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España*. Revista Española de Salud Pú

en las enfermedades somáticas también en las psicológicas y psicosomáticas. No sólo las desigualdades materiales y absolutas sino también la percepción y conciencia de esa desigualdad y el grado de las desigualdades relativas, parecen influir negativamente en la salud de los que padecen las peores condiciones¹⁸. Sintomáticamente, en muchas ocasiones, las tremendas desigualdades en el seno de un país perjudican más a la salud que las desigualdades más extremas entre países.

La eficiencia técnico-económica se ha erigido en bandera de los gobernantes. Y los economistas han jugado un papel relevante en la gestión político-administrativa durante los últimos años. La eficiencia técnica se propone, en el límite, la explotación de un recurso hasta su agotamiento, obteniendo de él el máximo fruto con el mínimo coste. Esa concepción se ha trasladado también a las políticas de salud, y la gestión se ha convertido en referente. Es conveniente recuperar el contenido social de la ciencia económica y trabajar en la consecución de la eficiencia social que integre la técnica y no al revés. Se han marginado las teorías económicas del desarrollo, de la distribución de la renta, de la fiscalidad progresiva, de la producción y gestión pública eficiente de los bienes públicos.

Una vez comprobado que los recursos materiales son limitados, y puesta en duda la conveniencia de su agotamiento, se vuelven hacia la tecnología y el factor trabajo. Y a éste se trasladan conceptos procedentes de la ingeniería: ductilidad-adaptabilidad, elasticidad-flexibilidad, resistencia-seguridad, fatiga-recuperación, vida útil, obsolescencia, etc., para su mayor optimización.

¹⁸ WILKINSON, Richard. Las desigualdades perjudican. Jerarquías, salud y evolución humana. Crítica 2001

FLIESSBACH K.; WEBER, B; y otros. Social comparison affects reward-related brain activity in the human ventral striatum. Universidad de Bonn, 2007.

Efectivamente, el ser humano retiene todavía para sí una serie de características no suficientemente aprovechadas por el capita¹⁹.

Cognitividad, capacidad de aprendizaje, capacidad de análisis y reflexión, memoria relacional, imaginación, tenacidad, espontaneidad, capacidad relacional, inteligencia emocional, emotividad, gestión del conocimiento, constituyen ventajas utilizadas sólo parcialmente en el aumento de la productividad.

El modelo productivo y las tecnologías aplicables, que aportan mayor valor añadido al capitalismo en el mundo desarrollado actual, requieren de la aplicación más intensiva de estos factores y coherentemente de unas nuevas relaciones de producción. Nuevas formas de organización del trabajo, de gestión y de condiciones de trabajo.

Por último, para enmarcar en esta introducción global la relevancia cuantitativa y cualitativa del tema, reproducimos el primer apartado del Proyecto de Plan de Acción Mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 de la OMS: Los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo y son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Su salud no está condicionada sólo por los riesgos en el lugar de trabajo, sino también por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud²⁰.

Añadir que, hoy, esos factores y las condiciones de trabajo se retroalimentan y son cada vez más interdependientes. Salvo excepciones, coinciden trabajos de mayor riesgo con condiciones sociales e individuales más precarias. Se conforman, así, las desigualdades en el trabajo, la vida, la salud y la muerte.

¹⁹ TRENTIN, Bruno. *Trabajo y Conocimiento*. Editado en español por la FSE. 2006. <http://www.fundacion-sindicaldeestudios.org/artavan-bin/QuorumEC/init>

²⁰ OMS. Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017. 60ª Asamblea General. Mayo 2007. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_20-sp.pdf

Trabajo y consumo, producción y reproducción, ocupan, hoy como nunca, espacios y tiempos cada vez más amplios, despojados a espacios y tiempos de la vida social, familiar y personal de los trabajadores/as.

1. La salud de los trabajadores en España hoy

1.1. Cambios en la demografía laboral y en la composición de clase

En un corto período de tiempo se han producido cambios radicales en la demografía laboral y ello nos obliga a nuevos análisis en relación con las condiciones de vida y trabajo²¹. La población expuesta a riesgos del trabajo en nuestro país abarca actualmente alrededor de 22 millones de personas y viene manteniendo una tendencia creciente muy relevante²², ahora ralentizada por la crisis. Los efectos en la salud con causa en el trabajo también muestran crecimientos en cifras absolutas.

Siguen sin contemplarse completamente en las estadísticas y en los análisis, a pesar de la nueva normativa, por diversas causas, colectivos cuantitativa y cualitativamente importantes como funcionarios, servicio doméstico, autónomos²³.

A ello hay que sumar las actividades de la economía sumergida, totalmente opacas a las regulaciones fiscales y laborales de las Administraciones que siguen representando, según algunos estudios, un porcentaje significativo y creciente de la actividad económica y laboral²⁴.

²¹ ENGELS, Friederich. *Las condiciones de la clase obrera en Inglaterra en 1844*. Es conveniente releer a este clásico para no olvidar la influencia recíproca entre condiciones de vida y condiciones de trabajo, siempre teniendo en cuenta cada fase histórica.

²² INE. Encuesta Población Activa 4º Trimestre 2006 <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0406.xls>. La actual recesión puede cambiar esta tendencia.

²³ Federación Nacional de Asociaciones de Trabajadores Autónomos –ATA, Febrero 2007.

http://www.prevencion-autonomos.com/datos/archivos/doc_66a6daf3df04f1ad26aac6d39da18a19.doc

²⁴ MACHO-STADLER, Inés; PÉREZ-CASTRILLO, David. *Políticas de inspección óptimas y cumplimiento fiscal*. Hacienda Pública Española, 173-(2/2005):9-45. 2005, Instituto de Estudios Fiscales. <http://www.ief.es/>.

La prolongación de los años de vida, con el importante incremento de la población jubilada o prejubilada que conlleva, y las precarias condiciones de trabajo a las que han estado expuestos durante años muchos de estos trabajadores, es la causa de la aparición de nuevos problemas de salud, cuyo origen es laboral, pero en poblaciones ya sin vínculo laboral cuya atención corre a cargo del Sistema Público.

Quedan, por tanto, excluidas de coberturas y registros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales importantes bolsas de población expuestas a riesgos del trabajo o cuyas patologías actuales proceden del trabajo. A ello se suma el importante carácter de incompletos de los registros, reconocido y aceptado por todos²⁵, de las enfermedades profesionales en nuestro país que, hasta ahora, no se ha solucionado con la nueva norma²⁶.

Factores recientes han modificado, en un tiempo, breve la composición y la demografía de esta población expuesta a riesgos.

Retraso en la edad de incorporación a la vida laboral.

Incorporación de las mujeres al trabajo remunerado.

Incorporación masiva de población inmigrante²⁷.

Adelanto en la edad de terminación de la vida laboral.

ALANÓN PARDO, Angel; GÓMEZ DE ANTONIO, Miguel. *Estimación del tamaño de la economía sumergida en España: Un modelo estructural de variables latentes*. FUNCAS. Documento de Trabajo nº 184/2004. <http://www.funcas.ceca.es/Publicaciones/InformacionArticulos/Publicaciones.asp?ID=1072>

²⁵ GARCÍA, Ana María; GADEA, Rafael; LÓPEZ, Vicente. *Impacto de la Enfermedades Laborales en España*. Coordinado por Ana Mª García. Universidad de Valencia-ISTAS-CC.OO. Febrero 2007. <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=3778>

²⁶ Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSS, Observatorio de las Enfermedades Profesionales, CEPROSS, Enero-Diciembre 2007.

http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82. *Las enfermedades del trabajo*. Revista La Mutua números 18 y 19, segunda época, años 2007 y 2008. Edita Fraternidad Muprespa. <http://www.fraternidad.com>

²⁷ http://osha.europa.eu/priority_groups/migrant_workers/migrantworkers.pdf

Si las propuestas que se vienen haciendo para alargar la vida laboral²⁸ más allá de los 65 años se hacen realidad²⁹, aparecerán colectivos con riesgos característicos. La adaptación del trabajo a la persona, y no al revés, exige prevención específica ya exigida con la incorporación de la mujer, discapacitados, inmigrantes, etc. Envejecimiento, trabajo y biografía laboral, social y médica de cada trabajador se deben incorporar a las actuaciones laborales, relativas a las prestaciones y preventivas³⁰. Los datos actuales muestran un mayor índice de gravedad y mortalidad por accidentes de trabajo en los trabajadores mayores - que se incrementarían -, así como las bajas por enfermedades y lesiones comunes y profesionales, cubiertas por el Sistema.

Características como el origen y estrato social, el sexo, la edad³¹, la formación, la nacionalidad³², determinan una distribución no proporcional de los trabajadores en actividades económicas, ocupaciones, categorías, tipo de contrato, dimensión de empresa, etc. y, como consecuencia, los tipos de riesgos y gravedad a los que están expuestos y a sus resultados en accidentalidad y lesividad. Como en otros aspectos de la salud y enfermedad humanas, los determinantes sociales y las desigualdades socioeconómicas son aquí decisivas, aún dentro de la misma clase.

²⁸ Para evitar engaños sobre la “imperiosa necesidad” de prolongar la vida laboral en nuestro país conviene tener en cuenta algunos informes: *IV Estudio Internacional de Jubilación del Grupo Axa* “Los españoles son los trabajadores que más tarde se jubilan” http://www.axa.es/common/FicheroBinario.aspx?fichero=AXWI01_200802051119000735.PDF http://www.axawinterthur.es/common/FicheroBinario.aspx?fichero=AXWI03_200802051113520541.PDF así como en la otra cara de la moneda, las facilidades que el Sistema ha concedido a grandes empresas para “aligerar” sus plantillas de trabajadores de menos de 60 años.

²⁹ NAVARRO, Vicenç. *¿La Seguridad Social en España es inviable?. Respuesta a David Taguas, Director de la Oficina Económica del Palacio de la Moncloa*. Mayo 2007. <http://www.vnavarro.org/papers/periodisticos/SS%20definitiu.doc>

³⁰ INSHT. *Envejecimiento y trabajo*. NTP 348, 366, 367, 416. <http://www.mtas.es/insht/>

³¹ *Jóvenes y riesgos laborales*. Revista de Estudios de Juventud nº 79. Diciembre 2007. INJUVE-MTAS

³² ISSLA. *Índice de incidencia en extranjeros. Accidente con baja en jornada de trabajo en Aragón 2006*. BENAVIDES, F.G. y otros. *Riesgo de lesión por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros, España 2003-2004*. Pendiente de publicación en Gaceta Sanitaria. http://scielo.isciii.es/scielo.php/script_sci_serial/Ing/es/pid_0213-9111/nrm_iso

Todo esto supone un conocimiento y tratamiento muy parcial de las lesiones, y sus causas, que tienen su origen en el trabajo, pero no se consideran como laborales y la externalización de costes y responsabilidades desde el empresario hacia el Sistema Público³³. Se produce una transferencia perversa, en beneficio del empresario, de recursos obtenidos con cargo a impuestos, para financiar prestaciones que derivan de actividades que deberían financiarse con cargo a cuotas.

1.2. Cambios en la organización productiva

Los cambios en la organización empresarial con la externalización de actividades, la deslocalización, los “clúster”^{34*}, la fábrica difusa, la subcontratación en cadena, la actividad en el mismo espacio de decenas de empresas, las estructuras empresariales complejas, las empresas concurrentes, los autónomos y los falsos autónomos, el trabajo sin centro de trabajo, dificultan la aplicación de medidas preventivas tradicionales y favorecen que se diluyan las responsabilidades. En general, se fomenta la transferencia de responsabilidades y costes en los riesgos laborales más peligrosos, desde la gran empresa a la pequeña empresa³⁵ o al trabajador individual y desde las zonas más ricas a las más pobres.

³³ *El seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en Francia*. Informe elaborado por el senador Gérard Dériot en el marco de los debates de la aprobación de la ley de financiamiento de la Seguridad Social para el año 2007. Contiene un interesante análisis sobre el equilibrio financiero del régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que, en Francia, no es ampliamente excedentario, como sucede en España, porque allí mantienen las tarifas bajas, dedican todo lo posible a prevención y, además, compensan al régimen general con todos los gastos que asume indebidamente al tratar como comunes enfermedades que en realidad son profesionales pero no se detectan como tales. Erga on line n° 67 INSHT

<http://senat.fr/rap/106-059-5/106-059-51.pdf>

³⁴ Se trata de un nuevo anglicismo. La palabra inglesa “cluster” significa racimo. Un cluster o clúster en el mundo industrial (o clúster industrial) es una concentración de empresas relacionadas entre sí, en una zona geográfica relativamente definida, de modo de conformar en sí misma un polo productivo especializado con ventajas competitivas.

³⁵ DURÁN LÓPEZ, Federico. Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España. Presidencia del Gobierno. Madrid, 2001.

La distribución de la población ocupada por sectores ha sufrido cambios también importantes, con la reducción en los sectores primario e industrial, mantenimiento relativo en la construcción, sector éste con ciclos erráticos muy elásticos, y el incremento en el sector servicios, en este último especialmente en ciertas ramas. Además se ha producido una intensa terciarización del empleo en los sectores, especialmente en el sector industrial y la construcción. Los riesgos tradicionales y la accidentalidad y mayor lesividad registrada se sigue centrando en determinados sectores y ocupaciones.

Desaparecen, se transforman o ambas cosas las ocupaciones tradicionales y nacen nuevas ocupaciones, se manipulan nuevas sustancias, nuevos equipos de trabajo, nuevas formas de organización del trabajo que requieren nuevas capacidades, destrezas, habilidades y cambios más rápidos y radicales para el trabajador. Y todo ello conlleva nuevos riesgos. La adaptación del trabajo al trabajador, proclamada por las normas, es pura poesía. A la rapidez de los cambios en el trabajo se une la reducida permanencia en el mismo puesto de trabajo del trabajador, sin el tiempo necesario para conseguir las habilidades, destrezas y competencias que le permitan desenvolverse con experiencia y seguridad. Los datos nos muestran que el mayor porcentaje de accidentes se producen entre los trabajadores con menor antigüedad en los puestos de trabajo³⁶.

La ruptura de la estabilidad individual en el puesto de trabajo y la empresa; la extraordinaria rotación; la elevada y persistente temporalidad de los contratos; la excesiva subcontratación y la desregulación en muchos ámbitos de las relaciones laborales, representan uno por uno y en conjunto un segundo nivel de cambios³⁷.

³⁶ USMR-CC.OO. Estudio de la Siniestralidad en la Comunidad de Madrid (1999-2005). Madrid Noviembre 2006. <http://www.madridsindical.es/artavan-bin/QuorumEC/init>

³⁷ LÓPEZ CALLE, Pablo. *La desmovilización general*. Ed. Catarata. 2008

Los cambios tecnológicos, los cambios en la organización del trabajo³⁸ y en la formación y responsabilidades del trabajador, su ritmo, la elevada competencia soportada en el factor trabajo más que en los avances tecnológicos, la carga de trabajo y su intensificación, la flexibilidad productiva, los sistemas de producción “justo a tiempo”, la personalización de la demanda y el protagonismo y presión³⁹ de ésta, conforman un tercer nivel de factores con una influencia más directa en la transformación de los riesgos⁴⁰. La velocidad de los cambios en los equipos de trabajo, tanto en el “*hard*” como en el “*soft*”, y en la organización del trabajo provocan el acortamiento del “período de amortización” y la obsolescencia de los trabajadores, que se abandonan como “juguetes rotos”. Los períodos de maduración del factor trabajo son cada vez más cortos. Las reducciones masivas de plantillas, llevadas a cabo en los últimos años en la Banca, Cajas y grandes empresas, a través de sistemas eufemísticamente denominados de *prejubilación*, son una muestra evidente.

Por otra parte, existe un cambio radical en las fuertes y nuevas demandas que en las sociedades desarrolladas se hace por parte de la empresa hacia el trabajador en formación e implicación⁴¹. Los entornos actuales de trabajo requieren no sólo una formación específica elevada sino también altas competencias en comunicación, en trabajo en equipo, en negociación, en gestión, en polivalencia, en manejo de conflictos, en uso de nuevas tecnologías⁴². Entornos, por otra parte, en exceso competitivos y en los que se exige la optimización permanente en la consecución de

³⁸ OMS. *La organización del trabajo y el estrés*. Serie Protección de la salud de los trabajadores n° 3

<http://www.who.int/publications/es/>. También consultar datos del Observatorio de Riesgos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Conferencia de Eusebio Rial, Director del Observatorio, en Madrid el 27 de Abril de 2007, Foro de Salud Laboral del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

³⁹ FRANCIA. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. *Conditions de travail: une pause dans l'intensification du travail*. DARES, Enero 2007.

⁴⁰ LAGUNA MILLÁN, María José. *Salud Laboral y Calidad en el Trabajo*. FCT-CC.OO. Diciembre 2005 www.fct.ccoo.es

⁴¹ RICHTA, Radovan. *La Civilización en la encrucijada*. Ed. Artiach. 1972

⁴² TRENTIN, Bruno. *Trabajo y Conocimiento*. Editado en español por la FSE. 2006. <http://www.fundacionsindicaldeestudios.org/artavan-bin/QuorumEC/init>

objetivos requeridos al individuo. Y una implicación total, en los valores de la empresa, a tiempo y dedicación completos⁴³.

Los antiguos sistemas de guardias localizadas y “búsquedas” se han extendido a los trabajadores de todos los sectores con la incorporación de nuevos instrumentos de trabajo y sistemas de telecomunicación como los teléfonos móviles y ordenadores portátiles, PDA. La localización es inmediata y la comunicación interactiva. La comodidad para la resolución de múltiples tareas a distancia y su aparente inocuidad han hecho desaparecer los tiempos personales, incluidos los más íntimos. La intensidad de los flujos de comunicación a través del sistema de correo electrónico (*e-mail*) ha incrementado la productividad pero también la carga de trabajo⁴⁴. El tiempo ha quedado potencialmente ocupado por el trabajo y por la permanente puesta a disposición del trabajador a través de dichos equipos de trabajo. El trabajador ha perdido el control sobre su tiempo⁴⁵, alienado con un comportamiento de consentimiento enfermizo que él mismo acepta o promueve, a costa de su libertad más privada y esencial.

Los grados de libertad en las ideas profesionales quedan fuertemente reducidos para el trabajador, que se debe adherir plenamente a las de la empresa, defendiéndolas en su actividad cotidiana frente a clientes, usuarios, proveedores, competidores, etc., sean o no justas o éticas. Es el caso de las actividades de atención al público, cada vez más relevantes en la actual sociedad de servicios. Los trabajos repetitivos y rutinarios reducen las capacidades creativas y anulan la iniciativa. Otro ejemplo evidente es la función que les toca desempeñar a algunos trabajadores de empresas implicadas en sonados y masivos fraudes sociales.

⁴³ MAIER, Corinne. *Buenos días pereza: Estrategias para sobrevivir en el trabajo*. Ediciones Península. 2004.

⁴⁴ Estudios de las Universidades de Glasgow y Paisley y de las empresas Randstad y Visto Corporation en relación con el uso hoy habitual del correo electrónico. Citadas en el diario *El País* del 9-9-2007.

⁴⁵ Es sintomática la facilidad con la que las empresas distribuyen a su cargo este tipo de herramientas, cuyo coste, tanto del equipo como de su mantenimiento, llega a ser elevado.

Aumenta la carga física y psíquica por el trabajo y en el trabajo. Y las consecuencias se extienden no sólo al trabajador sino también a su entorno familiar⁴⁶ y social⁴⁷. Aumentan la violencia y las conductas agresivas que se originan en el trabajo (*Caso vigilantes de seguridad de Correos de Madrid*). Y aumentan el sufrimiento, la autolesión, las muertes por exceso de trabajo⁴⁸ y los suicidios⁴⁹ (*SJS Comunidad de Madrid, Madrid, 392/2005 (Núm. 11), de 14 de Noviembre; Suicidios de ingenieros en el Tecnocentro⁵⁰ de la Renault en París, febrero 2007 y la energética EDF, y en Japón*) de lo que, por otra parte, nunca hay datos ni “noticias”⁵¹, ni se analizan e investigan las causas estructurales de las lesiones y patologías profesionales⁵². Sin olvidar los fenómenos de sociopatías, distanciamiento, apatía, fobias, desilusiones en el trabajo y hacia el trabajo⁵³ que, si se convierten en crónicos, arruinan personas y organizaciones. Las formas de trabajo actuales son la causa más importante del malestar individual y social de los seres humanos.

⁴⁶ El reciente caso de la horrible muerte sin sentido y a cargo de su padre, alto ejecutivo de una multinacional de seguros, de una pequeña es una muestra más de las consecuencias de situaciones laborales brutalmente estresantes.

⁴⁷ PISTES. Le Harcelèment psychologique au travail.. Vol. 7 n° 3. Nov. 2005

<http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/sommaire.html>

⁴⁸ KENJI IWASAKI, PhD. *Death due to overwork (Karoshi) in Japan: Worker's compensation and standards for health management*. The First NIIH-NIOSH Symposium on Long Working Hours. Marzo 2006. El término *Karoshi*, procedente de Japón, designa un estrés extremo que provoca la muerte por exceso de trabajo en entornos laborales muy exigentes por razones de producción y productividad. http://www.jniosh.go.jp/old/niih/en/indu_hel/index.html

⁴⁹ IASP-OMS. *La prévention du suicide aux différents stades de la vie*. Septiembre 2007. <http://www.med.uio.no/iasp/french/wspd/2007/Jour%20Suicide%202007.pdf>

⁵⁰ http://www.mtas.es/insht/ergaonline/erg_on_59.htm

⁵¹ VINYAMATA. Eduard (Coord.). *Guerra y Paz en el trabajo. Conflictos y Conflictología en las organizaciones*. Tirant lo Blanch. Valencia 2004.

⁵² Un Informe de la OIT 1998 menciona que entre el 10% y el 15% de los suicidios registrados en Suecia tienen como origen problemas de hostigamiento en el trabajo. En España se pueden consultar los Informes Cisneros de Iñaki Piñuel de la Universidad de Alcalá de Henares. Ver nota de la Agencia EFE de Diciembre 2007

⁵³ VERDÚ, Vicente. "Contra la tristeza en el trabajo." *El País*, 12 de Enero 2008.

1.3. Viejos y nuevos riesgos. Algunas consecuencias

Conviven en la actualidad, en los países desarrollados, los riesgos tradicionales, más conocidos y susceptibles de registrarse, que hoy técnicamente se pueden eliminar, con riesgos ya existentes, pero hoy más materializados en consecuencias para la salud, por una mayor explotación de los factores que los originan, menos conocidos y más difíciles de registrar. La explotación intensiva de mano de obra, física y a bajo coste, causante de los riesgos más tradicionales, se va trasladando a países pobres, con escasa regulación laboral y amplia economía informal.

Determinadas lesiones no mortales, pero gravísimas para el accidentado, para su vida y su entorno, continúan ocultas. En España se producen 1.000 nuevos casos de lesiones cerebrales y medulares al año, la mitad de ellos por accidentes de tráfico y casi la otra mitad por accidentes laborales y otros⁵⁴. Se producen 820 nuevos casos de discapacidad severa por año y 1.640 nuevos casos de discapacidad moderada por traumatismo cráneo-encefálico, cuyas causas cada vez más frecuentes son los accidentes de tráfico, los laborales o ambos⁵⁵.

Cada año se producen lesiones y enfermedades con origen en el trabajo y de carácter grave que ocasionan un número elevado de incapacidades permanentes⁵⁶ de distinto grado, con la retirada parcial o total del trabajo y con las consecuencias que tiene, para el afectado, toda discapacidad a lo largo de toda su vida, y los conflictos familiares y sociales que comporta. Dada la elevada accidentalidad laboral de nuestro país, la acumulación que se ha venido produciendo a lo largo de los años por incapacidades permanentes invalidantes supone hoy unas pérdidas humanas y sociales y una carga para el sistema muy importantes.

⁵⁴ Intervención de la Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, en su visita al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. 2004. <http://www.infomedula.org/noticias/editar.jsp?xml=/docs/20040519/0008.xml&xsl=/docs/plantillas/noticiaCompleta.xsl>

⁵⁵ ZURRIAGA BERTOLÍN, V.; LABORDA CALVO, E. *Daño cerebral adquirido. Criterios de valoración*. 2005

⁵⁶ http://www.seg-social.es/inicio/?Mlval=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82

La emergencia explosiva en los últimos años de los riesgos psicosociales y psicosomáticos en el trabajo, y sus patologías, apunta hacia el inicio de la explotación abusiva de estos recursos humanos. El sistema hombre-máquina del período industrial se sustituye en las economías de servicios por el sistema persona-máquina-persona, causa del aumento de la intersubjetividad y de los conflictos psicosociales.

La alteración de los ritmos biológicos, debido a la extensión del trabajo a turnos y nocturno, especialmente con la ruptura de un horario regular de sueño-vigilia⁵⁷ y descanso⁵⁸ y las patologías asociadas⁵⁹; los desarreglos alimenticios⁶⁰ y sus efectos metabólicos crónicos y las consecuencias patológicas⁶¹.

Se han sustituido con frecuencia la dieta⁶², materias primas y ambiente familiar y tiempos de la comida⁶³, por dietas, materias primas, viajes y ambiente de trabajo o negocios⁶⁴. Muchos de estos aspectos, mantenidos con carácter habitual, conforman factores de riesgo⁶⁵ causantes de, por

⁵⁷<http://neurologiadetrabajo.sen.es/>

⁵⁸LÓPEZ AGREDA, José María. *El azote del siglo XX en Europa. La siniestralidad vial*. Revista *La Mutua* nº 17. 2007. <http://www.fraternidad.com/revistas.aspx?gen=17#>

⁵⁹ Una página interesante es la de la Academia Americana de Medicina del Sueño y la Revista "Sleep". <http://www.aasmnet.org/>

⁶⁰DÍAZ FRANCO, Juan José. Estrés alimentario y salud laboral vs. Estrés laboral y alimentación equilibrada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, Madrid vol. 53, nº 209. Diciembre 2007. http://www.isciii.es/htdocs/centros/medicinadeltrabajo/revista_enmt_2007.jsp

⁶¹WANJEK, Christopher. Food at Work. OIT. Referencia en la Revista *Trabajo* nº 55, Diciembre 2005

⁶²Viene al caso hacer alusión a la petición de nuestras autoridades de que la dieta mediterránea sea incluida en la lista del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad de la UNESCO. Debe de ser por la imposibilidad de llevarlo hoy a la práctica en nuestro país y su paulatina desaparición del día a día..

⁶³Se convierten en diarios los almuerzos de trabajo, las comidas rápidas y las desequilibradas nutricionalmente. Se han sustituido los comedores de empresa, más racionales, por sistemas de reparto de comida preparada rápida e individual, consumida en el propio puesto de trabajo. Los *dabbawalas* reparan 200.000 almuerzos diarios, para trabajadores, en una sola ciudad de la India. Desaparecen culturas gastronómicas y sociales locales, construidas y maduradas durante siglos. Los movimientos *slow-food* son una respuesta a la extensión de estas prácticas.

⁶⁴DE GARINE, Igor. *El consumisme i l'antropòleg*. Revista d'etnologia de Catalunya. Núm. 17, Novembre 2000.

⁶⁵SHELDON COHEN y otros. Psychological stress and disease. Universidad Laval de Quebec (Canada) . *JAMA*, Octubre 2007. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/298/14/1685>

ejemplo, cardiopatía isquémica, que es una de las causas más frecuentes de muerte en los países industrializados⁶⁶. La elevada proporción que representan los procesos patológicos no traumáticos (PNT) en el total de muertes por accidentes de trabajo en los registros actuales es sólo una parte del problema total. El incremento de las lesiones de tráfico, y su gravedad, durante la jornada laboral e *in itinere* es otra de las consecuencias negativas más visibles.

Los procesos patológicos no traumáticos de tipo cardiovascular⁶⁷, junto con los accidentes de tráfico con relación laboral, ambos de elevada lesividad, suponen hoy un porcentaje muy elevado de los accidentes de trabajo graves y mortales. Los desarreglos metabólicos y hormonales⁶⁸ y las tensiones y sobrecargas en el trabajo⁶⁹ influyen en el aumento de la obesidad, hipertensión, la diabetes tipo 2⁷⁰ y las enfermedades mentales y trastornos neurológicos⁷¹, detectado en el mundo desarrollado. La propuesta de solución a través del cambio personal en los estilos de vida es un verdadero insulto a la inteligencia y a la dignidad mientras no cuente con cambios sustanciales en el trabajo y en la sociedad. Los únicos que pueden seguir un estilo de vida sano en las actuales condiciones son los ricos “sin oficio y con beneficio” y los monjes ascetas.

⁶⁶ LEÓN ASUERO, Juan María. *Evaluación del trabajo como causa de cardiopatía isquémica*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. 1997

⁶⁷ CHANDOLA, Tarani y otros. Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms?. *European Heart Journal*. January 23, 2008. <http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://eurheartj.oxfordjournals.org/&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3D%2Bheart%2Bjournal%26hl%3Des%26sa%3DG>

⁶⁸ http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol81/vol81_1/RS811C_25.pdf

⁶⁹ COLODRÓN, Antonio. *La medicina cortico-visceral*. 1966 y *De la enfermedad como respuesta*. 1976.

⁷⁰ Estudio de University College London Medical School publicado en la edición electrónica del *British Medical Journal*. 2005

⁷¹ Grupo de Estudios de Neurología del Trabajo-Sociedad Española de Neurología. <http://neurologia-deltrabajo.sen.es/>

Los desarraigos espaciales, temporales y sociales, debidos a la elevada y errática movilidad laboral, provocan nuevos riesgos psicosociales⁷². En muchas ocasiones y durante mucho tiempo se combinan todas las situaciones descritas. Pero, además, la relevancia y características de estos cambios tienen una importante repercusión en el incremento de los procesos patológicos psicosociales y psicosomáticos⁷³. Las propuestas de conciliación de la vida laboral y familiar, la protección social de las situaciones de dependencia, pretenden resolver fenómenos conflictivos familiares, de pareja, escolares, juveniles, de dependencia que se han extendido y agudizado en los últimos años y que tienen su origen en las características del trabajo actual.

Los episodios y daños psíquicos y psicológicos repetidos se van convirtiendo en crónicos: estrés laboral⁷⁴, ansiedad, depresión, violencia psicológica⁷⁵, síndrome del individuo quemado (“burnout”)⁷⁶. La OMS considera que, en el año 2020 la depresión, que hoy ya es la cuarta causa de incapacidad laboral, se convertirá en el principal motivo de baja. Se alerta igualmente de que la naturaleza de los riesgos profesionales cambia al ritmo que lo hace la innovación tecnológica y aparecen más casos de violencia en el trabajo, acoso sexual y psicológico (*Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo para el período 2007-2012*).

Las sucesivas encuestas europeas y españolas sobre condiciones de trabajo reflejan el aumento en la sensibilización y percepción de los

⁷² AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Risk Observatory Report. 2007.

⁷³ ROF CARBALLO, Juan. Teoría y Práctica psicósomática. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer 1984. Medicina, sociedad y cultura. SUPLEMENTOS. Materiales de trabajo intelectual. N° 38, Mayo 1993. ANTHROPOS

⁷⁴ ARTACOS, Lucía, ESCRIBÁ-AGÜIR, Vicente y CORTÉS, Inma. *El estrés en una sociedad instalada en el cambio*. Gaceta Sanitaria 2006; 20 (Suplemento 1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issues&pid=0213-9111&lng=es&nrm=iso

⁷⁵ <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>

⁷⁶ SENNETT, Richard. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Ed. Anagrama. 2000.

PIÑUEL Y ZABALA, Iñaki. *Jefes tóxicos y sus víctimas*. Ed. El País Aguilar. 2004

trabajadores sobre estos temas y sus consecuencias⁷⁷, debido a la creciente intensidad y carga de trabajo. En especial el incremento de las dolorosas y persistentes lesiones osteo-musculares asociadas al trabajo. Los problemas lumbares y cervicales⁷⁸ suponen un número de bajas anuales elevadas y un sufrimiento y coste elevados⁷⁹. El 25% del total de los accidentes de trabajo con baja en nuestro país corresponden a lesiones de la columna vertebral⁸⁰.

Los conocimientos y medios actuales -científicos, tecnológicos y sociales- y su efectiva aplicación en este campo, nos permitirían afrontar los actuales riesgos con bastante eficacia y anticiparnos a los futuros. Para ello es imprescindible abordar inversiones en investigación básica y aplicada en todos los campos que influyen en la producción de accidentes y enfermedades en el trabajo. Nueva maquinaria, nuevos materiales, nuevas sustancias, nuevos sistemas de producción, de protección y seguridad, de organización y gestión, no agresivos para el ser humano. Y también nuevas formas de vivir el trabajo y el ocio, de relacionarse dentro y fuera del trabajo. A lo largo de la historia, nunca hemos tenido tantos medios para eliminar los riesgos naturales, antropógenos y sociales. Hemos de establecer prioridades y equilibrios razonables entre objetivos y aplicarlos todos a producir más, a vivir mejor o a ambos objetivos.

En el caso de nuevas actividades, nuevas ocupaciones, nuevas sustancias, nuevos materiales, nuevos equipos de trabajo, nuevos entornos, nuevos sistemas de organización, deberían ir acompañados previamente del estudio de los nuevos riesgos que generan y las condiciones para

⁷⁷ VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. MTAS-Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2007. *Fourth European Working Conditions Survey*. Fundación de Dublín. 2008. Eurofound. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>

⁷⁸ <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/299/6/656?lookupType=volpage&vol=299&fp=656&view=short>

⁷⁹ <http://www.fundacionareces.es/0factos.htm>. REIDE <http://www.kovacs.org/Rutinas/PublicArt-Conj.asp>

⁸⁰ Actualizaciones en Cirugía de la Columna Vertebral, Simposium Internacional Fraternidad Muprespa, 2006.

eliminarlos⁸¹. Es prioritario establecer la obligación, previa al inicio de la actividad, de someter los nuevos riesgos a una evaluación de impacto similar al regulado en la normativa medioambiental o farmacológica, como procedimiento técnico y social encuadrado en otro principal dirigido a autorizar la actividad o puesto de trabajo. La incertidumbre científica sobre los posibles riesgos laborales procedentes de las nuevas actividades debe llevarnos a aplicar el principio de precaución⁸² en materia de prevención en salud laboral.

El recurso a estimulantes por parte de sectores de la población laboral para sobrellevar los conflictos, tensiones laborales y la carga e intensificación del trabajo, es un fenómeno no tan reducido como se piensa⁸³ y con obvias repercusiones en la seguridad y salud por el trabajo y en el trabajo⁸⁴. El alcohol, el tabaco, las drogas⁸⁵, pero también los excesos consumistas⁸⁶, los fetichismos y las adicciones, las ludopatías⁸⁷, el recurso habitual a medicamentos⁸⁸ y la violencia, se convierten en desahogos,

⁸¹ <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/front-page>

⁸² MORENO MARCOS, Marta. *El principio de precaución y la democratización del riesgo: posibles aplicaciones en el derecho laboral en torno a la salud y seguridad de los trabajadores expuestos a sustancias carcinógenas o mutágenas*. *Revista de Derecho Social* n° 36. Octubre-Diciembre 2006. VARIOS AUTORES. *La responsabilidad penal de las actividades de riesgo*. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial, Escuela Judicial. Madrid, 2002.

⁸³ *II Reunión Nacional sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enero 2008.

⁸⁴ FRANCIA. *Documents pour le Médecine du Travail*. Conductas adictivas y medio profesional. Citado en "Prevención express" n° 385, Octubre 2007.

⁸⁵ Informe anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) 2006. <http://www.lukor.com/hogarysalud/04112612.htm>. Informe de la ONU sobre drogas año 2005. <https://unp.un.org/details.aspx?pid=1387> España aparece a la cabeza del consumo de cocaína con tendencia creciente. Además se constata que el consumidor habitual no es ahora un marginado.

⁸⁶ DIRECCIÓN GENERAL DE CONSUMO. *Encuesta sobre hábitos de consumo*. Madrid 2007

⁸⁷ Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR). Los últimos Informes elaborados sobre el tema insisten en una expansión acelerada de los juegos de azar en España y en un perfil muy mayoritario del ludópata de estatus social alto y trabajando.

⁸⁸ Aumenta también el consumo habitual de fármacos tranquilizantes en el ámbito extrahospitalario (40% entre 1995-2000). MSC

inconsciente e incontroladamente y en comportamientos de dependencia, además mercantilizados⁸⁹.

La persistencia e intensidad de estos pequeños y grandes daños psíquicos y psicológicos tiene impactos somáticos variados e importantes⁹⁰. Problemas metabólicos, desequilibrios hormonales, patologías cardiovasculares, trastornos del sueño⁹¹, cansancio crónico, afecciones de la piel⁹², etc., además de los sufrimientos personales y familiares que generan, por la penetración agresiva e invasiva del trabajo y de sus consiguientes lesiones y quebrantos en los espacios de la vida personal.

Uno de los sectores laborales más afectados por estos riesgos están integrados en la alta dirección, los directivos medios y los cuadros técnicos. Los procesos de adquisición y venta, las fusiones, las absorciones de empresas, las suspensiones de pago, quiebras, crisis bursátiles, carreras competitivas por la dimensión y auditorías, generan tensión permanente, estrés crónico y problemas laborales, familiares, sociales y personales⁹³. La dramática crisis de 1929 y sus efectos sobre accionistas y dirigentes empresariales se han convertido en algo "normal" a fuerza de hacerse cotidianos.

Por otra parte, en plena campaña de promoción de la sociedad del conocimiento, se ponen en manos de empresas ajenas a la propia funciones de bajo valor añadido y se crean desde cero sectores completamente nuevos, con una organización del trabajo y requerimientos salvajemente tayloristas que, sin embargo, son ocupados por jóvenes licenciadas

⁸⁹ MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Angel. La mercantilización de los estados de ánimo: el consumo de antidepressivos y las nuevas biopolíticas de las aficciones. *Revista Política y Sociedad*. Vol. 43, nº 3, 2006. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2267998>

⁹⁰ MARTÍNEZ PLAZA, C. A. *Estrés. Aspectos médicos*. INSHT. 2007

⁹¹ LAZAR, Richard A. An Emerging Standard of Care Requiring Commercial Driver Screening for Sleep Apnea?. Practical Considerations and Risk Management Strategies for the Trucking Industry. White Paper. August 1, 2007.

⁹² GARCÍA HERNÁNDEZ, M.J. y otros. Psicodermatología: de la emoción a la lesión. *Anales de Psiquiatría*. Vol. 16, núms 9 y 10. Año 2000.

⁹³ WOLFE, Tom. *La hoguera de las vanidades*. Editorial Anagrama. Barcelona 2002

y licenciados, no precisamente sin cualificación. Se culmina así la más pura realización de trabajo alienado, la apropiación por el capitalismo no ya del producto sino del potencial de conocimiento, devaluándolo⁹⁴. El sector del comercio por la red informática es un ejemplo claro. A ello se une un nivel elevado de sobreexplotación y violencia que destruye a cualquier ser humano⁹⁵. En definitiva, podemos afirmar que lo que hoy “une a los trabajadores de todo el mundo” es el malestar y la insatisfacción en el trabajo, que se traslada y condiciona, en tanto que actividad social relevante, al conjunto de su actividad personal y social.

Es constante aparición de nuevas sustancias químicas contaminantes⁹⁶ (tóxicas, cancerígenas, mutágenas, teratógenas, neurotóxicas, disruptores endocrinos), el mantenimiento de las viejas⁹⁷ y su manipulación en el trabajo. Las nuevas enfermedades infecto-contagiosas (zoonosis emergentes, cuya difusión se ve facilitada por la globalización del comercio alimentario y la falta de control sanitario), de transmisión animal y humana (encefalopatía bovina esponjiforme, gripe aviar por virus H5N1, SIDA). Cada vez es más frecuente la aparición afecciones relacionadas con los edificios en los que se trabaja (edificios enfermos y sobre todo causantes de enfermedades, como el reciente caso de la “lipoatrofia segmentaria”) a la que hay que enfrentarse con una arquitectura que utilice materiales y ambientes naturales⁹⁸. Hay que introducir arquitecturas, mobiliarios y equipos de trabajo ergonómicos adaptados y adaptables a cada traba-

⁹⁴ LEÓN MEDINA, Francisco J. alienación y sufrimiento en el trabajo. Una aproximación desde el marxismo UAB. 2002. <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1027104-163659/>

⁹⁵ PANIAGUA LÓPEZ, Julián. Acoso y organización del trabajo: estudios de caso a través del telemárketing. Revista d'Estudis de la Violència, nº 2, Abril-Juny 2007. http://www.icev.cat/acoso_colectivo.pdf

⁹⁶ Según un estudio encargado por la Comisión Europea las sustancias químicas causan alrededor de 32.000 muertes por cáncer al año. (ECOinformas 19, 8-7-2007).

⁹⁷ Arthritis Research & Therapy. 2005, 7, 1296-1303. Berit Sverdrup del Instituto Karolinska. Sobre la exposición laboral a aceites minerales y artritis reumatoide

⁹⁸ REQUEJO, Carlos. Conferencia del profesor Carlos Requejo, especialista en biología de los edificios (Finanzas.com) 2007.. Vuelven, con nuevas formas y consecuencias para la salud, los problemas que denunciaron F. Engels y los higienistas del s. XIX en el interior de las entonces nacientes empresas industriales.

jador. Otras facetas a citar son el incremento de equipos de emisión de radiaciones electromagnéticas (REM) o la introducción de las nanotecnologías⁹⁹, el teletrabajo, la comercialización por teléfono o a través de la red, así como los problemas de visión derivados de trabajos en los que se utiliza de forma permanente e intensiva la vista¹⁰⁰. Todo ello, sin el necesario estudio previo de sus repercusiones para el trabajador, nos sigue conduciendo a la reparación y no a la prevención. Una pequeña muestra, punta de iceberg, es el crecimiento en los últimos años de la declaración y registro¹⁰¹ de enfermedades profesionales causadas por alergen¹⁰².

Con todo esto, el marco general y tradicional de los riesgos por el trabajo se ha visto transformado radicalmente por la irrupción rápida y extensa de nuevas materias primas, nuevos equipos de trabajo, nuevas formas de organización de la producción¹⁰³, nuevas formas de explotación de las capacidades físicas, cognitivas e intelectuales del trabajador y por cambios económicos y normativos notables.

Todo ello no nos puede permitir que olvidemos que accidentes tan antiguos, evidentes y sencillos de evitar, como las caídas de altura, siguen alcanzando cifras muy importantes en el conjunto de los graves y mortales, en nuestro país. La complejidad de los nuevos entornos, sustancias, equipos, organización y la también complejidad de los requerimientos

⁹⁹ CANADA, IRSST, Quebec. Les nanoparticules. Connaissances actuelles sur les risques et les mesures de prevention en santé et en sécurité du travail. www.irsst.qc.ca

Nanotechnologies and Occupational Health and Safety. European Risk Observatory. Diciembre 2007. http://osha.europa.eu/good_practice/topics/dangerous_substances

¹⁰⁰ VISION COUNCIL OF AMERICA (VCA). Informe Vision in Business. 2007. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=49877&mail=Si>

¹⁰¹ <http://www.ctv.es/USERS/plme/publica.htm>. También CONDE-SALAZAR GÓMEZ, Luis y ANCONA-ALAYÓN, A. Dermatología Profesional. Febrero 2004

¹⁰² Estimaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), permiten sostener que el 15% de los aproximadamente dos millones de pacientes que padecen en nuestro país asma, ésta es de origen ocupacional. Mayo 2007. Consultar también estudios de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Un macroestudio internacional coordinado desde el CREAL y el IMIM de Barcelona evidencian que un 25% de los nuevos casos de asma se producen en el lugar de trabajo. Julio 2007. http://www.creal.cat/convoca_lancetMK_esp.htm

¹⁰³ MUMFORD, Lewis. La Megamáquina.

que se le exigen al trabajador, unido a la rapidez en los cambios, imposibilita conocer las consecuencias para el ser humano antes de su puesta en marcha. Las políticas preventivas son adecuadas ante los riesgos ya conocidos que incluso se pueden medir. En los riesgos desconocidos, cada vez más habituales en el mundo actual del trabajo, el concepto aplicable es el de incertidumbre. Y frente, a esa situación, debemos oponer el principio de precaución, más desarrollado en los riesgos medioambientales y que nos puede ser de gran utilidad en el nuevo escenario¹⁰⁴.

Ante ello, el atraso de nuestro país en esta materia, por motivos esencialmente políticos y económicos, sigue sin tener una respuesta contundente y, en el mejor de los casos, nos seguimos moviendo, en la práctica, mediante actuaciones tradicionales y resistencialistas de carácter predominantemente reparador. Seguimos actuando sólo sobre los efectos y no, de forma preventiva, sobre las causas.

La inversión privada en prevención es mínima comparada con la que es obligatoria en reparación. En un perverso efecto de sustitución, son las administraciones públicas las que, con el dinero de todos los ciudadanos, están incrementando muy significativamente, y a nivel presupuestario, la financiación de actuaciones preventivas en la materia que, sin embargo, deberían corresponder a obligaciones de las empresas privadas. Mientras, las propias administraciones públicas no dedican recursos en prevención para sus propios trabajadores. Se refuerza y se legaliza así la externalización de estas funciones con importantes costes que se convierten en beneficios para la empresa privada, que pagamos todos los ciudadanos.

1.4. Consideraciones finales

El límite para la denuncia relativa al tráfico automovilístico y sus resultados en accidentes está en el poder de los fabricantes de automóviles, sus beneficios y *los puestos de trabajo que mantienen*. El límite para la denuncia sobre el deterioro ambiental está en las economías externas

¹⁰⁴BOURG, Dominique y SCHLEGEL, Jean-Louis. *Anticiparse a los riesgos*. Ed. Ariel Julio 2004

que el mismo genera a las empresas y de nuevo en *los puestos de trabajo*. Igualmente, el límite para la denuncia relativa al dolor y el sufrimiento derivados de los accidentes y enfermedades del trabajo está en la externalización de los costes, en dolor y económicos, en beneficio del empresario.

¿Hay otros modos y relaciones de producción? ¿Hay otros valores que sean más satisfactorios para la mayoría de los seres humanos?. Estamos seguros de que sí.

Las categorías políticas neoliberales y su ideología se están imponiendo. Hoy, los accidentes no figuran entre los problemas prioritarios de los ciudadanos en ninguna de las encuestas sociales más reconocidas. Un fenómeno tan grave, tan dramático y que afecta todos los días a millones de ciudadanos, no ha alcanzado nunca el primer puesto en las preocupaciones de los españoles. Se acepta, sin gran escándalo y como normal, que todos los días mueran trabajadores, pudiéndose evitar. Pero eso, no nos engañemos, no depende de la cultura sino, en primer lugar, de la política, de la voluntad y de la acción política. Nos encontramos ante un problema político y social de primera magnitud y las organizaciones políticas y sindicales de clase deben enfrentarse con él como una categoría política. Seguir considerándolo como un problema meramente económico-laboral, de media-baja intensidad, sólo sirve para enfriarlo y seguir produciendo beneficios a mercaderes y buscavidas. Es un problema que debe abordarse, en primer lugar, políticamente y, al máximo nivel, como acaba de decidir la OIT a través del Convenio 187¹⁰⁵ de 2006. Es la presión social de los trabajadores la que debe colocar el problema en el nivel que le corresponde, y no sólo la rutina denunciativa actual o los ya numerosos Planes, Cumbres y Estrategias, anunciados y celebrados a bombo y platillo pero que nunca han tenido efectos susceptibles de medirse. Esta problemática está en el centro de las contradicciones de clase.

105 La 95ª Conferencia Internacional del Trabajo adoptó el Convenio 187, sobre el Marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, en Junio de 2006.

<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/pr-20.pdf>

CAPÍTULO 5

LAS ACTITUDES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y DE TECNOLOGÍA SANITARIA EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Diego Reverte Cejudo
Médico internista jubilado

Los que hemos vivido la Medicina a lo largo del último medio siglo, hemos tenido ocasión de asistir a una serie de cambios profundos que, si bien es cierto que han supuesto avances importantes, han contribuido también a colocarla en el terreno del mercado, con todo lo que ello conlleva. En los años cincuenta y sesenta del pasado siglo XX, la Medicina, en concreto la Medicina Hospitalaria, se practicaba sobre la base de una minuciosa actuación clínica y un limitado puñado de pruebas que, para recalcar la importancia de la clínica, se llamaban “complementarias”. Tras realizar una detallada historia clínica y una meticulosa exploración, que le habían llevado en la mayoría de los casos a establecer un diagnóstico de sospecha, el clínico, solicitaba pruebas con objeto de afianzar o refutar el mencionado diagnóstico preliminar. Estas pruebas se limitaban a un reducido número de análisis de laboratorio, algún electrocardiograma y estudios radiológicos convencionales. Las pruebas de laboratorio se llevaban a cabo con procedimientos manuales y una mínima dotación de aparatos y con reactivos que, o bien eran artesanalmente preparados por los especialistas de laboratorio o tenían costes muy bajos. Los estudios radiológicos requerían aparatos relativamente sencillos, de costes razonables y cuya vida útil era bastante larga, dada la escasa innovación tecnológica de la época. Las técnicas quirúrgicas que se practicaban exigían también unos medios tecnológicos relativamente sencillos y asequibles. Por otra parte, la farmacopea de que se disponía era bastante limitada y

los medicamentos eran relativamente baratos. La industria farmacéutica estaba constituida por múltiples laboratorios nacionales que producían medicamentos tradicionales y algunos bajo licencia de firmas extranjeras y las filiales españolas de un gran número de empresas extranjeras, principalmente alemanas, suizas, británicas y ya algunas estadounidenses. Estas últimas que ya podían considerarse multinacionales competían entre sí intentando introducir verdaderas novedades terapéuticas que, con frecuencia, constituían avances revolucionarios en el tratamiento. Es obvio que todas estas empresas obtenían beneficios, pero no tenían el peso que han llegado a alcanzar en la actualidad las que, en muchos casos como consecuencia de sus múltiples fusiones, se han convertido en enormes multinacionales capaces de impulsar caminos terapéuticos y de constituir verdaderos colosos económicos. En definitiva, la Medicina de hace cinco décadas era relativamente barata y los estados cuyos gobiernos preconizaban sistemas de cobertura universal y gratuita en el momento de la prestación de los servicios podían hacerlo con un porcentaje relativamente pequeño de sus presupuestos.

Otro hecho que merece la pena comentar es que hace cinco décadas, la información médica se difundía con mucha menor rapidez. De hecho en España, salvo entre grupos muy seleccionados, la literatura anglosajona era bastante poco conocida y comentada, lo que conllevaba que no se pusiesen en práctica muchos de los avances que, en el campo terapéutico y, sobre todo, diagnóstico, se estaban produciendo ya. Aunque el famoso estudio de Framingham ya estaba en marcha y se empezaba a observar la asociación de determinadas enfermedades cardiovasculares con los hábitos de vida insanos, no había surgido, ni se había generalizado aún la idea de la existencia de factores de riesgo o verdaderas “pre-enfermedades” que tanta oportunidad de vender medicamentos han dado posteriormente.

Con mis comentarios anteriores no quiero inducir a que se piense como hiciera Jorge Manrique “que todo tiempo pasado fue mejor”. En

absoluto es esa mi visión respecto a los indudables avances de la Medicina en el último medio siglo, que tan útiles han sido para la Humanidad o, por lo menos, para esa minoritaria fracción de la misma que ha tenido y tiene el privilegio de aprovecharse de los mismos. Trato sólo de señalar cuáles han sido los cambios que, en mi opinión, han favorecido el enorme poder que hoy en día, en nuestro mundo globalizado, tiene la industria farmacéutica y de tecnología médica.

Haciendo abstracción de la situación en los Estados Unidos de Norteamérica, donde lo privado fue siempre dominante en la asistencia sanitaria, los países europeos occidentales, si bien divididos entre los que habían implantado un sistema de aseguramiento público (Sistema Bismarck) o un verdadero Servicio Nacional de Salud (Sistema Beveridge), daban por hecho que la atención a la salud era un derecho fundamental de los ciudadanos. De hecho, con unos gastos sanitarios contenidos, los países europeos occidentales mantenían una cobertura de más que aceptable calidad, virtualmente universal y bastante equitativa.

Con el paso de los años, se han producido dos fenómenos. En primer lugar las ya mencionadas múltiples fusiones de compañías farmacéuticas y de tecnología sanitaria que las ha llevado a convertirse en verdaderos grupos de presión a nivel internacional y a tratar de introducir constantemente nuevos fármacos o dispositivos, con el objeto de mejorar sus cuentas de resultados ante sus accionistas, sin tener en cuenta las necesidades sanitarias de las poblaciones. En segundo lugar, los organismos internacionales, controlados principalmente por Estados Unidos, tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio [ahora también de los Servicios], conscientes del enorme negocio potencial que la asistencia sanitaria podría suponer, han ido imponiendo la idea de que la misma tiene que formar parte del mercado, esa teórica panacea que, según sus defensores, arreglaría todos los problemas económicos del Mundo. En las décadas de los sesenta y los setenta, los enfermos o potenciales enfermos eran, en

el peor de los casos, usuarios que tenían derecho a recibir lo que necesitaban para mantener, proteger o restaurar su salud. En nuestro mundo de mercado, son clientes que compran todo lo que desean y pueden comprar a unas enormes empresas multinacionales con ánimo de lucro que, utilizando las técnicas de propaganda bien acreditadas en otros campos del mercado, las inducen a consumir cuanto más mejor, independientemente de sus verdaderas necesidades de salud. Los países con gobiernos conservadores no dudan en considerar que este proceso es muy positivo y, con más o menos maquillajes, optan por la privatización de la prestación de servicios sanitarios, dejando lo público para los más desheredados de la fortuna que, no pudiendo tener capacidad adquisitiva para comprar en el mercado, recibirán las migajas de los estados que se han olvidado definitivamente y sin cargo de conciencia del llamado estado de bienestar. Los tibios gobiernos socialdemócratas se enfrentan con una situación complicada, al tratar de mantener, al menos formalmente, la idea positiva de un estado de bienestar, pero sin resistirse con energía a las tendencias privatizadoras cada vez más en boga.

Entre las técnicas propagandísticas, hay una que he dado en llamar “Medicalización de la Vida” que, sin lugar a dudas, juega un papel crucial en el mercado de la salud. Hay dos aspectos de este movimiento. Por un lado, se trata de conseguir que el número de enfermos y, por tanto potenciales compradores de remedios, de la sociedad sea el mayor posible. Para ello basta con convertir en enfermedades situaciones que ciertamente no lo son, tales como la menopausia, el envejecimiento, la calvicie androgénica, la baja talla genética o la “anorexia” infantil con niño rollizo. Todos estos “nuevos procesos morbosos” tienen en común su enorme prevalencia, con lo que su catalogación como tales implica añadir a la nómina de potenciales clientes de la asistencia sanitaria un buen número de individuos. Dentro de esta línea, sin olvidar la indudable utilidad de muchas políticas preventivas, está también la proliferación exagerada de los llamados “factores de riesgo”, sobre los que múltiples artículos llenan cada semana nuestras publicaciones profesionales y conducen a la reali-

zación de innumerables congresos, no pocas veces patrocinados por las firmas que pretenden vender los fármacos que, corrigiendo esos factores, aseguran un futuro libre de enfermedad y una gran longevidad. Eso sí, cada vez se hace menos hincapié en la importancia de los hábitos de vida saludables, cuya utilidad nadie duda, pero que no incrementan los dividendos de las multinacionales. Por otra parte se trata de convencer de que, mediante la Medicina, se pueden resolver múltiples problemas que, en realidad, no son médicos, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. No se trata de un planteamiento inocente pues, ante un problema derivado de la injusticia social o laboral, la etiqueta de “proceso patológico”, como depresión u otra similar, saca el conflicto de la responsabilidad de los políticos, lo introduce en el campo de los sanitarios y permite que se le apliquen tratamientos farmacológicos que, por supuesto, benefician al mercado de la sanidad.

Los medios de comunicación nos asedian cada día con múltiples reclamos publicitarios que pretenden “vender” al ciudadano, convertido en consumidor, tanto actuaciones médicas (“*Nuestro método le permitirá perder peso sin dieta, ni fármacos.*” “*Nosotros, con nuestro método, le haremos dejar de fumar sin esfuerzo*”) como “remedios” farmacológicos (“*Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico*”, “*Nuestra crema le hará perder diez años*”), o bien el beneficio de la moderna tecnología que todo lo puede (“*El modernísimo aparato, instalado en la clínica X [naturalmente, privada] permite el diagnóstico con total exactitud de ...*”. “*Usted debe hacerse una “....grafía” cada año*”). En este sentido, no me ha sorprendido lo publicado en 2006 en el *New England Journal of Medicine*, describiendo una empresa que, por internet, con pago mediante tarjeta de crédito, ofrece estudios genéticos para predecir eventuales futuras enfermedades (para las que, naturalmente, no hay todavía remedio), eso sí, garantizando la discreción y, sobre todo, el que los datos no pasarán a la historia clínica del cliente, pues es bien sabido que, en Estados Unidos y quizá en algún otro país, tanto algunas empresas para seleccionar a sus trabajadores, como compañías de

seguros para seleccionar a sus clientes, procuran usar los datos clínicos y, si disponen de ellos, los genéticos, de los mismos (1) .

Sin embargo, con ser muy importante todo este conjunto de iniciativas publicitarias para llevar al ciudadano a consumir medicamentos o productos de parafarmacia y tecnología sanitaria, no es la principal actividad e la industria para aumentar su negocio. En el campo de la sanidad, el ciudadano enfermo es básicamente un consumidor pasivo. Son los profesionales sanitarios, fundamentalmente los médicos, quienes deciden lo que los ciudadanos han de consumir. Naturalmente, las grandes compañías multinacionales son conscientes de esto y organizan su política para convencer a estos agentes intermediarios de los que tienen que prescribir. Naturalmente, las necesidades sanitarias de los ciudadanos no son el motor principal que impulsa estas políticas. Los facultativos son los responsables de que el dinero público destinado a la sanidad se gaste o no de manera racional y equitativa. Merece la pena señalar aquí que esta afirmación, naturalmente válida en cualquier país, es especialmente aplicable al nuestro, donde, no obstante tener uno de los menores gastos sanitarios globales de nuestro entorno, según datos de la OCDE de 2002, gastábamos un 21,5% del mismo en Farmacia, frente a un 13,0% de media de los países de la OCDE y no parece que la cifra tienda a bajar significativamente.

Los inductores de consumo, es decir, los médicos, si tienen un mínimo de sentido de lo social, han de preguntarse de qué instrumentos disponen para racionalizar el gasto público, tanto en el aspecto farmacéutico como en el del uso de la moderna tecnología, cuyo impacto en el gasto total es también considerable. La respuesta, que parece una simpleza, sería: “sólo se debe consumir lo que el ciudadano necesita”. El método científico aplicado a este tema ha dado lugar a una corriente de pensamiento mal bautizada como “Medicina basada en la evidencia”, en una mala traducción literal del Inglés, y que en Castellano debería haberse llamado “Medicina con base científica”. Naturalmente, aunque el término sea

relativamente nuevo, el intento de aplicar el método científico a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas viene de los años treinta y cuarenta del siglo XX, cuando los investigadores británicos, en particular Sir Austin Bradford Hill y Sir Richard Doll, introdujeron el ensayo clínico aleatorio controlado. Otro paso importante fue la creación por Archibald Cochrane de la “Cochrane Co-operation” que, como es bien sabido revisa, con metodología científica y por equipos independientes, los estudios que se publican y pone a disposición de todos los facultativos sus conclusiones. También merecen recordarse el estadounidense Robert Fletcher, introductor de la “Epidemiología Clínica” y en canadiense David L. Sacket, creador del término “Evidence Based Medicine”.

Sin embargo, las grandes multinacionales de la Farmacia y de la Tecnología han ido diseñando estrategias para lograr que la ciencia, que debería ser el fundamento de cualquier actuación sanitaria, individual o colectiva, en el siglo XXI, pueda manipularse a su favor. Al menos en teoría, disponemos de herramientas para practicar un empleo racional y con base científica de los recursos públicos en el campo de la sanidad. Sin embargo, existen una serie de hechos que dificultan su aplicación:

1.- No se estudia todo, en gran parte porque quienes promueven los estudios son las formas farmacéuticas o de tecnología que sólo se interesan por los productos que les pueden resultar económicamente rentables.

2.- No se publica todo lo que se investiga pues, a la vista de lo anterior, es fácil imaginar que se oculten los resultados negativos.

3.- Con frecuencia, los estudios no son suficientemente amplios, porque se trata de invertir el mínimo dinero posible y concluirlos lo antes que se pueda para aplicarlos y obtener beneficios. Después se recurre a los metaanálisis o agrupación de diversos estudios empleando determinados artilugios estadísticos. Sin negarles su utilidad, estos metaanálisis tienen bastantes inconvenientes, entre los que considero fundamental el

hecho de que, al no haberse previamente publicado, no se incluyan los estudios con resultado negativo.

4.- En muchos casos, los enfermos que se seleccionan para incluirlos en las series de estudio, no son una representación adecuada del conjunto de enfermos afectados por el proceso morboso de que se trate, pues, entre otras cosas, no suelen padecer las comorbilidades que tan frecuentes son, en particular en los pacientes de edad.

5.- Un aspecto sutil, pero muy importante es la frecuente tendencia a no analizar los parámetros que verdaderamente tienen trascendencia para los enfermos, relacionados con la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida tras el tratamiento, sino los que se han dado en llamar en Inglés "*Surrogate End-points*", que yo traduciría por "*Parámetros sucedáneos*". Me refiero a asumir la absoluta correlación entre el parámetro que se mide y sobre el que se investiga, por ejemplo la densidad ósea mediante osteodensitometría, y el parámetro que realmente importa, a saber, la probabilidad de tener una fractura de fémur. Se consigue demostrar el beneficio del tratamiento respecto al parámetro que se mide y se asume que es beneficioso para el parámetro que verdaderamente interesa.

6.- Es muy raro que se hagan, o al menos que se publiquen, estudios rigurosos que comparen los resultados con un fármaco tradicional, barato y de eficacia y seguridad probadas con los de otro nuevo y caro. Se tiende más bien a comparar el nuevo producto industrial con placebo, es decir, una substancia sin ningún efecto terapéutico conocido, lo que supone un cierto fraude, pues no se parte de la situación de ausencia de tratamiento para una enfermedad o situación.

7.- Tampoco es inocente la forma en la que, muchas veces, se difunden los estudios. No es nada excepcional recurrir a congresos o reuniones monográficas en los que expertos de renombre presentan con lujo de gráficos los estudios menos rigurosos, incluso antes de que estén concluidos. Los folletos publicitarios que entregan los delegados en sus repetidas visitas y las páginas de propaganda pagada de las revistas pro-

fesionales, incluso las más prestigiosas, están llenos de “estudios” cuyo rigor deja muchísimo que desear, como más adelante veremos.

A pesar de todo lo anterior, la industria trata de convencer “científicamente” a los profesionales de la utilidad de sus productos. Voy a poner una serie de ejemplos que considero ilustrativos de nuestra realidad actual.

En el terreno de la prevención, quiero señalar dos ejemplos. En primer lugar, se está lanzando la idea de la utilidad de vacunar a los niños contra la Hepatitis A. Los datos epidemiológicos de esta enfermedad son bien conocidos. La prevalencia de infección (no de enfermedad, en el sentido clínico de la palabra) en niños, en nuestro medio, es de alrededor de un 6%. En ningún caso esta infección evoluciona hacia la cronicidad. Sólo alrededor de un 3% de los infectados desarrolla enfermedad clínica. La enfermedad es benigna, autolimitada, tolerable y poco incapacitante en la inmensa mayoría de los casos. El 100% de los infectados desarrolla inmunidad definitiva. La mortalidad hepatitis fulminante es de alrededor de un 0,1%, o sea de 0,18/10 (5) infectados, salvo en los casos con una hepatopatía crónica o infección por VIH o por vir de Hepatitis C previas, en que el riesgo es mayor. La vacuna protege a alrededor del 95% de los que la reciben, es decir evitaría 0,17 muertes por cada cien mil vacunados y cuesta 39 € por persona. En resumen, para evitar una muerte y quizá el padecimiento de una enfermedad soportable en muchas más personas, habría que aplicar 584.795 vacunas, con un gasto, sólo en el producto de 22.807.005 €. ¿Tiene sentido?

En segundo lugar, se está recomendando en España, seguramente contando con la buena fe de quienes toman esas decisiones políticas, la vacunación antineumocócica a varios colectivos, entre ellos los mayores de 65 años sanos. Existe una revisión sistemática Cochrane de 2003, por parte de Dear K, Holden J, Andrews R y Tatham D (2) en la que se analizan los estudios aleatorios al azar sobre la eficacia de la vacuna antineumocócica respecto a varias situaciones clínicas. En lo que concierne a

la probabilidad de padecer neumonía, en general, encuentran 14 estudios que reúnen a 75.008 pacientes. Respecto a la probabilidad de padecer bronquitis, encuentran 6 estudios, con un total de 27.321 casos. En lo que se refiere a la mortalidad hallan 11 estudios, con 72.404 pacientes. Han encontrado 8 estudios que analizan la mortalidad por neumonía, con 43.746 enfermos. Por último, dos estudios con un total de 150 casos analizaban la mortalidad por infección neumocócica. En ningún caso se demostraba una diferencia significativa entre vacunados y no vacunados en los parámetros estudiados. Señalan los autores que otros estudios no aleatorios “sugieren” que la vacuna es efectiva en disminuir el riesgo de padecer neumonía y la mortalidad en personas de 55 años en adelante y que sería necesario vacunar a 20.000 personas para evitar una neumonía y a 50.000 para evitar una muerte. Como quiera que la población de 65 años en adelante en España asciende a 7.332.267 personas y cada vacuna cuesta 15,15 €, siguiendo esta recomendación, se van a gastar 111.083.845 €. Evitar quizá una neumonía va a costar 303.000 € y una eventual muerte 757.500 €. En este, como en muchos otros casos, habría que tomar la decisión, previa discusión con la población, sobre si este gasto está justificado o sería más razonable gastar este dinero en otras acciones sanitarias.

En el terreno de las técnicas diagnósticas y la cada vez más costosa tecnología que se utiliza en las mismas, quizá mis más de cuarenta años de actividad médica me ha llevado a pensar en un problema relativamente frecuente: la detección por métodos incruentos de ganglios linfáticos aumentados de tamaño en el mediastino (región central del tórax). En mis años de residente, disponíamos de dos técnicas: la radiografía simple de tórax y la tomografía. Esta última técnica era un procedimiento ingenioso que mediante el desplazamiento en sentido opuesto de tubo de rayos X y de la placa, permitía obtener imágenes de los diversos planos, como si se tratase de cortes frontales, laterales, etc. Se trataba de un proceder barato y, aunque no existan datos sobre su sensibilidad y especificidad, permitía el diagnóstico en un buen porcentaje elevado de casos. Poco a

poco fuimos asistiendo a la desaparición de los tradicionales tomógrafos de nuestros centros. Cuando algunos hacíamos preguntas sobre el porqué de esta desaparición, se nos contestaba que eran técnicas obsoletas. Hoy en día se practican sistemáticamente tomografías axiales computorizadas (TAC) para el diagnóstico de las adenopatías mediastínicas. Se trata de un proceder mucho más caro. He buscado, por todos los medios a mi alcance algún estudio comparativo que justifique este cambio. No he encontrado ninguno.

En el ámbito terapéutico, los ejemplos son muy abundantes, pero me limitaré a algunos por los que, por diversos motivos, me he interesado en los últimos tiempos. Desde los años sesenta del siglo XX, concretamente desde 1967 en España, la furosemida ha venido siendo el diurético de asa de referencia. Su introducción supuso una verdadera revolución del tratamiento de enfermos en los que es preciso incrementar la cantidad de orina para combatir la retención de líquidos que, por diversas causas, padecen. Hace mucho menos, con gran aparato propagandístico, se introdujo la torasemida. Desde el principio, cuestioné sus ventajas sobre la vieja furosemida. Busqué estudios comparativos entre ambos fármacos, entendiendo que dicha comparación debía ser fundamental antes de introducir el más moderno. Encontré trece estudios (3-15) que podían considerarse, a priori, ensayos clínicos comparativos, con pacientes portadores de las tres situaciones en las que tienen utilidad fundamental estos fármacos. Un análisis de las publicaciones, muchas de ellas empleadas por la firma que produce y comercializa la torasemida, me permitió comprobar que los estudios o no eran a ciegas y aleatorios, o comparaban “*parámetros sucedáneos*” (ver más arriba) sin transcendencia clínica real, o incluían pocos enfermos o los mismos estaban seguidos durante periodos de tiempo demasiado cortos, o no demostraban ventaja alguna del medicamento novedoso.

Con estas bases tan poco sólidas, cuando hice esta revisión hace unos dos años, la Torasemida se estaba utilizando ya hacía tiempo

como diurético de elección por muchos facultativos. Es posible que después se hayan publicado estudios más convincentes sobre sus ventajas, aunque lo dudo. Por otra parte, la Furosemida lleva usándose desde los años sesenta y, por lo tanto, sus efectos colaterales deletéreos serios son bien conocidos y se sabe que son escasos lo que, lógicamente, no puede suceder en el mismo grado con la Torasemida. Un tratamiento habitual con 40 mg. oral al día de Furosemida, cuesta 36,5 € al año, otro con 10 mg. al día de Torasemida (dosis equivalente), cuesta 182,5 € al año. Si se tiene en cuenta el elevado número de pacientes que, por uno u otro motivo, requieren tratamientos prolongados con este tipo de diuréticos, la diferencia no es desdeñable. Es cierto que, en el caso de la Furosemida, las inversiones llevadas a cabo para su síntesis, fabricación e investigación en los años sesenta estaban amortizadas con creces y, por tanto casi todo lo que se obtenía con su venta eran beneficios, pero el paso a Torasemida va a ser, sin duda más rentable.

Naturalmente, este no es el único caso de introducción de un nuevo fármaco o grupo de fármacos más costosos sin que se haya demostrado científicamente su clara superioridad terapéutica sobre otro u otros ya existentes y menos costosos. Es bien sabido que la hipertensión arterial es un problema muy frecuente en el mundo occidental - la padecen entre el 10 y el 20% de los adultos - lo que hace que los medicamentos empleados para su tratamiento supongan una jugosa fuente de ingresos para quienes los fabrican y comercializan. Hay un grupo de fármacos conocidos como *inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECAs)* que, además de ser de probada eficacia en pacientes con hipertensión arterial, lo son también en los portadores de otra situación patológica muy frecuente, la insuficiencia cardíaca con baja fracción de eyección ventricular izquierda. Desde su introducción, es bien sabido que los IECAs producen tos intolerable en alrededor, como mucho, de un 10% de los enfermos tratados con ellos. Posteriormente, se introdujeron los *bloqueadores de los receptores tipo II de la angiotensina (ARA II)*s que carecen de ese relativamente

infrecuente efecto colateral. En los escasos estudios comparativos publicados no parece que tengan otra ventaja. En el caso de la insuficiencia cardiaca, en 2005, un grupo de expertos de varios países, revisaron los datos existentes en la literatura sobre los grupos de fármacos cuya utilidad en esta situación se acepta, en general: IECAs, β -Bloqueantes, ARA IIs y Antagonistas de la Aldosterona¹⁶. Analizan el número de cada uno de los siguientes eventos en la evolución de los enfermos: muerte, ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca o cualquiera de los dos, que se evitan por cada mil enfermos tratados. Las cifras muestran que los fármacos más antiguos y también más baratos son superiores a los ARA IIs. Centrándonos en los ARA IIs y los IECAs, un tratamiento con Enalapril (IECA clásico) oral a la dosis más habitual de 20 mg. al día (genérico), cuesta 69,35 €/año frente a 335,80 €/año de uno con 50 mg. al día (dosis equivalente) del ARA II Losartán (Cozaar®). En principio, sólo uno de cada diez tratados con Enalapril debería cambiar a Losartán por ser insoportable, pero 90% podrían y pueden controlarse con el fármaco más económico. Sin embargo, la capacidad de las firmas productoras de ARA IIs para introducir sus medicamentos en el mercado ha sido tal que, un estudio en España (17) muestra que, mientras que en 1997, año de introducción de los ARA IIs, se dispensaron en nuestro país en el ámbito ambulatorio 16.255.795 envases de IECAs, por valor de 298.925.359,58 € y tan sólo 477.155 envases de ARA IIs, por valor de 154.697.304,85 €, en el 2003, la cifra de envases de IECAs se mantuvo casi estable, alcanzando un total de 18.462.130, por un valor de 236.767.640,91 €, de modo que el gasto total disminuyó, probablemente por la política de fármacos genéricos; sin embargo, se dispensaron 11.044.062 envases de ARA IIs (incremento del 2.200%) por un valor de 314.203.146,83 € (incremento del 103%). El gasto en ARA IIs superó al gasto en IECAs, sin una clara justificación científica.

Otro problema frecuente en la práctica médica son las trombosis de las venas profundas de los miembros inferiores (TVP), que se presentan principalmente en enfermos encamados, operados, etc. En la década de

los sesenta del siglo pasado, el tratamiento convencional inicial de la TVP lo hacíamos con inyecciones intravenosas cada cuatro o seis horas de heparina sódica no fraccionada (HNF), único fármaco anticoagulante intravenoso de que se disponía, que conllevaban, según el pensamiento vigente en la época, la necesidad de repetidos controles de la coagulación sanguínea. Posteriormente se pasó a tratar con perfusión intravenosa de HNF también con controles. A mediados de los años ochenta se empezaron a introducir heparinas de bajo peso molecular (HBPM) subcutáneas para la prevención y posteriormente para el tratamiento de la TVP. Los médicos estábamos dogmáticamente convencidos de la superioridad de estas nuevas heparinas que nos parecían un gran avance por no requerir vía intravenosa, sino simplemente subcutánea, ni controles de coagulación y, por tanto, permitir incluso tratamientos domiciliarios. Un estudio, en 2006 (18), aleatorio, aunque no doble a ciegas por analizar resultados tan objetivos (recaídas de TVP y hemorragias) que no lo requieren, se ha planteado el tratamiento con los diversos tipos de heparinas de la TVP aguda. Los investigadores tratan, al azar, a 708 pacientes con TVP aguda, bien con HNF sódica (la clásica) subcutánea, sin control de coagulación a la dosis de 333 U/kg. iniciales, seguidas de 250 U/kg. cada 12 horas, o bien con una HBPM también subcutánea y sin control, a la dosis de 100 U/kg. cada 12 horas. Mantienen el tratamiento hasta que la anticoagulación oral, que debe desde siempre seguir a la heparina, alcanza los niveles adecuados. Analizan los episodios de sangrado en los diez días iniciales de tratamiento y las recaídas de TVP en los tres meses totales de tratamiento. No encuentran diferencias significativas. El tiempo medio de tratamiento heparínico hasta tener un grado efectivo de anticoagulación oral fue de seis días, con ambos tratamientos. El coste con HNF durante seis días es de 37 dólares USA (alrededor de 23 €) y con HBPM de 712 dólares (alrededor de 453 €). Es evidente que, probablemente, merece la pena llevar a cabo más estudios como éste. ¿Permitirán que se lleven a cabo y que se publiquen los fabricantes de HBPM, que llevan veinte años beneficiándose de estos medicamentos?

Situaciones similares, que no voy a describir para no hacer este texto excesivamente largo, se plantean en el caso del Doflazcort frente a la Prednisona en tratamientos esteroideos, la Eritromicina frente a los nuevos macrólidos en muchas infecciones o la Aspirina versus el Clopidogrel, en los tratamientos antiagregantes plaquetarios. Las diferencias de coste son enormes y, dado que son medicaciones de uso frecuente y con indicaciones bien establecidas, suponen un gasto desproporcionado no justificado científicamente y que muy probablemente sólo beneficia a la industria farmacéutica.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son medicamentos de empleo muy frecuente en enfermos con problemas reumáticos y es bien sabido que pueden tener efectos colaterales adversos, a diversos niveles, como el renal y, sobre todo, el gástrico. Hace unos años, la industria farmacéutica lanzó el mensaje de que la introducción de una nueva familia de fármacos, los inhibidores selectivos de los receptores tipo 2 de la ciclooxigenasa, era la respuesta al problema de los problemas gástricos de los AINEs. En esa línea, se publicó en el año 2000, en la prestigiosa revista JAMA, el estudio llamado “CLASS” (19). Este estudio, que tuvo gran difusión, se había hecho sobre 8.058 enfermos, seguidos durante seis meses y comparaba el Celecoxib con dos AINEs clásicos. Señalaban que los enfermos tratados con el primer fármaco tenían problemas gástricos en un 0,76%, frente a un 1,45% de los tratados con cualquiera de los otros dos medicamentos, con una diferencia significativa. Era el argumento para recomendar el amplio uso de Celecoxib. Sin embargo, en 2002, tres autores europeos, un británico, un holandés y un suizo (20), tras acceder al protocolo de investigación que inicialmente habían presentado los autores del CLASS, encuentran algunos hechos llamativos: en primer lugar, el estudio estaba previsto que durase un año, pero se publicaron los resultados a los seis meses porque al año no eran significativas las diferencias; en segundo lugar, iban a analizarse sólo las complicaciones gástricas de importancia, fundamentalmente sangrados, pero se incluyeron todas las molestias,

incluso las banales, porque, respecto a las primeras, no había diferencias significativas. Señalan estos autores críticos que se habían repartido 30.000 separatas del estudio CLASS y el mismo se había citado 168 veces en otros artículos. Cabe añadir que el coste de un tratamiento con Celecoxib es de 1,35 €/día, frente a 0,18 € con Diclofenaco ó 0,28 € con Ibuprofeno que son los dos fármacos usados para comparar en el estudio CLASS. Posteriormente, se han publicado una serie de problemas adicionales con estos nuevos antiinflamatorios.

Naturalmente, una forma de contrarrestar estas situaciones sería que el Ministerio de Sanidad y Consumo adoptase posturas mucho más exigentes ya con más base científica en el momento de registrar nuevos medicamentos y, sobre todo, en el de incluirlos entre los que gozan de financiación pública. El problema es el gran poder que las empresas multinacionales (la industria farmacéutica nacional ha quedado reducida, en la práctica, a una mínima fracción) para imponer sus intereses, simplemente amenazando con “deslocalizar” sus instalaciones y cooperar a incrementar substancialmente la tasa de desempleo.

Algunos datos encontrados en la literatura y ciertos hechos observados en mi ejercicio profesional me han, hasta cierto punto, llamado la atención, al demostrar que se usa poco el rigor científico en este terreno. En 1995, el editor ejecutivo de la revista médica holandesa *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, revista de tipo general de amplia difusión en ese país, junto con una residente, revisaron la proporción de ensayos clínicos aleatorios respecto al número total de artículos publicados en su revista a lo largo de 45 años (21). De un total de 6820 artículos publicados, sólo 89 (1,3%) eran ensayos clínicos aleatorios, si bien la proporción había aumentado en los últimos años analizados. Es evidente que la investigación que más transcendencia tiene para llevar a cabo un uso racional de recursos, no es prioritaria ni siquiera en una revista general como la aludida.

En 1997, la firma multinacional estadounidense Merck, Sharp & Dohme nos sorprende entregándonos como regalo la traducción al castellano del libro “*Medicina Basada en la Evidencia*”¹⁰⁶. Como ejercer y enseñar la MBE” de David L Sacket y sus colaboradores. Aparentemente, se trataba de una invitación a practicar un ejercicio racional de la profesión y de la terapéutica, mediante una herramienta de prestigio, pero mi suspicacia fue grande. Pronto me di cuenta de sólo Merck, Sharp & Dohme y unos pocos más pueden promover y pagar estudios que tengan, al menos en apariencia, verdadero rigor científico y, naturalmente, les interesen a ellos. En definitiva, algo tan aséptico como el método científico aplicado al uso racional de fármacos y tecnología médica, puede fácilmente convertirse en un instrumento más al servicio de los intereses de la industria.

La FDA (Administración para alimentos y fármacos de Estados Unidos) es la responsable del registro de nuevos medicamentos en ese país, con la consiguiente repercusión en el resto del mundo. Tradicionalmente era un organismo prestigioso y respetado. La noticia de que un consejero de la FDA, nombrado por el Presidente Bush, invitó a compañías farmacéuticas a que le informasen de los potenciales procedimientos legales contra ellas, para ayudarles en su defensas y que, de hecho, ya ha defendido a cuatro grandes firmas (22) , le lleva a uno a preguntarse. ¿Quién controla a los controladores en este mundo de meros intereses empresariales?

La desmedida avaricia de la industria no respeta ni siquiera a organismos tan prestigiados como la Colaboración Cochrane. En una reunión de la misma en Barcelona en 2003, se plantearon prohibir o poner condiciones al patrocinio de la industria, pues determinadas firmas pretendían financiar sólo los estudios cuando las conclusiones fueran favorables a sus preparados¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Creo que debería decirse en Castellano “Medicina con base científica”, pues “evidencia”, según el Diccionario de la Real Academia Española es “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar”, lo que no corresponde a lo que se ha demostrado científicamente.

La prestigiosa publicación “Journal of the American Medical Association” (JAMA) incluye en su número del 16 de abril de 2008, tres artículos que añaden datos a la cada vez más creciente evidencia de que la investigación médica financiada por parte de las grandes empresas multinacionales del medicamento en Estados Unidos, en este la caso relativa al antiinflamatorio inhibidor de la COX2 Rofecoxib (*Vioxx*®), por parte de Merck, está siendo sometida a una serie de prácticas que tienden a confundir a los lectores de los trabajos que comunican ensayos clínicos, dando carácter de científicas a afirmaciones que distan de serlo. El principal artículo (24) es un concienzudo estudio sobre dos prácticas que traicionan el rigor que debe tener cualquier trabajo que pretende ser científico. Estas prácticas han sido denominadas con dos expresivos neologismos en Inglés: “*Guest authorship*” y “*Ghostwriting*”, que podríamos traducir al Castellano por “*Autoría por invitación*” y “*Redacción por fantasmas*”, respectivamente. La primera se refiere al hecho de designar, para incluirle como autor del estudio, a un personaje que no reúne criterios para serlo, en cuanto a su verdadera participación en el trabajo, que puede ser incluso nula. La segunda práctica consiste en la incapacidad de encontrar a un individuo adecuado, por su historial profesional previo, para que tenga una contribución real en la investigación o en la redacción del artículo y, en consecuencia, colocar a alguien prestigioso, aunque no haya aportado nada. Sería una especie de “*Negro inverso*”, al no tratarse, como sucede en el mundo de la literatura, de alguien pobre que escribe para que luego firme la obra un adinerado con pretensiones de notoriedad, sino de alguien con prestigio científico que, sin duda a cambio de una substanciosa suma, presta su nombre al trabajo que, con más o menos rigor han llevado a cabo individuos que forman parte del personal de la firma interesada. Esto último se da más en los artículos de revisión sobre el fármaco, en que los empleados de Merck contrataban a empresas editoras especializadas, las cuales buscaban la firma de personajes de prestigio académico, bien de universidades o de otros centros similares.

Los autores encuentran en su búsqueda, llevada a cabo en unos 250 documentos que consideraron relevantes, entre otros, un contrato por 23.841,00 dólares para escribir un manuscrito de 20 páginas, con 6 figuras o tablas, sobre el Rofecoxib, destinado a cardiólogos y otros dos para nefrólogos. Había documentos que probaban que los borradores los escribieron las propias empresas editoriales. En 36 de 72 (50%) revisiones, no se declaraba el apoyo económico de Merck y en 24 de esos 36 (67%) se comprobó que, al menos uno de firmantes como autores había declarado su vínculo económico con la firma en algún artículo publicado en los dos años previos.

Comparando los borradores iniciales de artículos relativos a ensayos clínicos con los textos definitivos, encuentran casos en los que se habían llevado a cabo importantes modificaciones del contenido, del título y de los autores. Muy significativo es uno que se cita, en el que el título del borrador es: *“El Rofecoxib no retrasa la aparición de la enfermedad de Alzheimer: resultados de un estudio aleatorio, doble a ciegas y controlado con placebo”* y el título de la publicación definitiva: *“Un estudio aleatorio, doble a ciegas de Rofecoxib en pacientes con deterioro cognitivo leve”*. Tres, entre los once autores que figuran en el texto definitivo y que son investigadores con vinculación académica, se habían añadido, en esos tres primeros lugares a los ocho investigadores de la plantilla de Merck que firmaban el borrador inicial. Con similar detalle se describen una serie de casos similares.

Los autores de este crítico estudio comentan que un número importante de estudios sobre Rofecoxib, llevados a cabo, en realidad, por investigadores de la plantilla de Merck (por tanto no independientes) se publicaron, con las modificaciones pertinentes, como realizados, al menos en parte, por investigadores de reconocido prestigio académico.

El segundo artículo que aparece en el mismo número de la prestigiosa publicación (25), los autores empiezan recordando que hoy en día se da supuesto que el registro previo de los ensayos clínicos es la

práctica habitual que se supone que se lleva a cabo por parte del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y que la ley que modifica la Agencia de Alimentación y Fármacos de Estados Unidos (FDA), que está en vigor desde el 1 de octubre de 2007, exige no sólo que todos los ensayos clínicos de nuevos fármacos en fases 2 a 4 se registren, sino también que se envíen los hallazgos de los mismos a una base de datos cuyo acceso esté abierto al público. La finalidad de esta norma es evitar que haya una selección tendenciosa en la publicación de los ensayos completos o de sus resultados, cuya existencia es difícil de probar. Uno de los autores, RA Kronmal tuvo que participar, por motivos legales, en el litigio sobre Rofecoxib, lo que le proporcionó la oportunidad de valorar la calidad de los datos que se manejaron en los diversos momentos de los estudios (los que aparecían en las publicaciones, la información que el patrocinador entregó a la FDA y los datos que dicho patrocinador usó en sus análisis internos) y si los mismos eran todos aquellos de los que se disponía. Analizan los datos correspondientes a la mortalidad de los tres ensayos sobre Rofecoxib en enfermedad de Alzheimer, dos de los cuales se publicaron, que aparecen en los tres niveles señalados del proceso. Los autores muestran cómo en los artículos publicados se ocultaron datos de mayor mortalidad en los enfermos tratados con Rofecoxib que en los tratados con placebo, mientras que no se demostraban diferencias en el ritmo de progresión de la enfermedad de Alzheimer y que el resultado negativo de los dos primeros ensayos llevó a iniciar el tercero. En el análisis interno, aplicando el método de la intención de tratar, de los datos usados por el patrocinador del estudio (Merck), llevado a cabo por uno de los autores independientes del estudio, al cabo de cuatro años, la mortalidad acumulada en el grupo tratado con el fármaco era el doble que en el grupo que recibió placebo. Los datos remitidos a la FDA, analizando sólo los tratados, no se observaba este hecho. En las publicaciones esta realidad se disfrazaba obviamente, analizando sólo los enfermos tratados, en lugar de hacerlo basándose en la intención de tratar.

Un editorial publicado en el mismo número de la prestigiosa publicación (26), tras comentar cómo la influencia profunda de la industria farmacéutica está inundando las tres facetas de la profesión médica: el ejercicio clínico, la enseñanza y la investigación, señala que, en el caso de los dos artículos mencionados, fue el hecho de que hubiese un proceso legal contra Merck, por los problemas del Rofecoxib, lo que facilitó que los datos pasasen a ser públicos y publicables. Por otra parte, señala que todos autores de los artículos, excepto uno, admitieron que habían trabajado como consultores a sueldo para varios de los que se habían querrelado contra Merck por el asunto del Rofecoxib pero, a instancias de quienes firman el editorial (Editor Jefe y Editor Adjunto de JAMA), aceptaron colocar en una web, que se menciona en el texto, todos los artículos y el material que estudiaron para que los pueda comprobar quien así lo desea.

Los editorialistas señalan algunas de las lecciones que pueden sacarse de los dos estudios que aparecen en el número citado de JAMA y de otros estudios:

1.- La manipulación de los estudios y la presentación inadecuada de los resultados no podría ocurrir sin la cooperación, activa o tácita, de los investigadores clínicos, de otros autores de artículos, de los editores de revistas, de quienes hacen las revisiones detalladas y concienzudas (“peer reviewers”) y de la propia FDA.

2.- Existe un gran peligro para la confianza que el público en la investigación clínica, en particular porque no se conocen las dimensiones de este tipo de prácticas. Aunque creamos verdaderamente que la mayoría de los investigadores y autores de artículos son honrados y tienen una gran integridad como científicos, la manipulación de los estudios por las empresas farmacéuticas y las de aparatos médicos, bien está creciendo o se están sacando más a la luz estas prácticas.

3.- Además de la investigación, la práctica clínica y la enseñanza, también están siendo objeto de influencia por parte de las compañías con ánimo de lucro.

La lectura de estos artículos y de otros muchos que he comentado recientemente (27), provoca pensamientos aparentemente contradictorios. En Estados Unidos, país que lidera la investigación biomédica mundial es evidente que el afán desmedido de obtener beneficios económicos está provocando situaciones en las que se pone en duda si lo que se publica en las más afamadas publicaciones traduce una realidad que deberíamos asimilar, en beneficio de nuestros enfermos o más bien se trata de montajes publicitarios cuya falta de rigor se oculta con el prestigio de las revistas y el de los firmantes, respetados, aunque quizá no tan respetables, miembros de instituciones académicas que, ante el mundo, pasan por ser las punteras. Por otra parte, sorprende que todas estas irregularidades de denuncien también en revistas punteras del propio país. Quizá, movido por el escepticismo que dan los años, uno llegue a la conclusión de que esto último forma parte del mismo montaje publicitario, siguiendo, más o menos este razonamiento: Si sacamos a la luz una parte de la basura, los ciudadanos se confiarán en que las prácticas embaucadoras acaban siempre por descubrirse y, por tanto, sólo lo serio, que es la mayoría, permanece. Lo intolerable y fraudulento siempre acabará saliendo a la luz.

El problema de fondo se basa en dos hechos: la condición humana y la obsesión por el mercado. La mayoría de los seres humanos aspiran a enriquecerse, aunque sea a costa de los derechos y los intereses de los demás. Basta establecer unas condiciones adecuadas para que esto se manifieste. En el fondo, el mercado y, en especial, si no está estrictamente regulado, favorece el desarrollo de esta característica de los hombres. Por eso, no es razonable incluir en el mercado aquellas “mercancías” que constituyen, a la vez, necesidades ineludibles y derechos fundamentales de los ciudadanos: atención a la salud, educación, vivienda y servicios sociales básicos y, quizá el disfrute de un medio ambiente adecuado.

Cuando en el año 1966, tuve el privilegio, con una beca del British Council y un gobierno de verdaderos laboristas, de conocer el entonces ejemplar Servicio Nacional de Salud británico, el NHS, pude observar cómo la extraordinaria investigación clínica y terapéutica que allí se llevaba a cabo, no podía estar subordinada a los intereses de firmas comerciales. Los investigadores se planteaban preguntas relacionadas con la salud o la recuperación de la salud de los ciudadanos, hacían sus proyectos de ensayos clínicos (práctica introducida en los años cuarenta por Bradford-Hill y Doll) y los sometían a los organismos correspondientes del NHS, los cuales, si estimaban que podían aportar beneficios para la atención sanitaria de los ciudadanos, los financiaban. Las firmas farmacéuticas se limitaban a aportar los medicamentos y los correspondientes placebos. Muchos de los estudios británicos de esos años siguen teniendo básicamente vigencia en la actualidad. En un mundo de mercado es imposible, se haga lo que se haga para tratar de conseguirlo, que las prácticas que estos artículos denuncian desaparezcan. Más bien ocurrirá lo contrario, cuanto más mercado y más ánimo de lucro, más manipulación. No hay que olvidar que las revistas profesionales subsisten económicamente de la publicidad que con ellas contratan las mismas firmas cuyos abusos pretenden evitar. El que paga exige.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Wolfberg AJ: "Genes on the web – Direct-to Consumer Marketing of Genetic Testing". *N Eng J Med* 2006; 355: 543-5
- 2 Dear K, Holden J, Andrews R y Tatham D, *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000422.
- 3 Muller K Gamba G, Jaquet F, Hess B: "Torsemide vs. furosemide in primary care patients with chronic heart failure NYHA II to IV--efficacy and quality of life". *Eur J Heart Fail* 2003; 5: 793-801
- 4 Murray MD Deer MM, Ferguson JA et al.: "Open-label randomized tri-Bloqueantes, al of torsemide compared with furosemide therapy for patients with heart failure". *Am J Med* 2001; 111: 577
- 5 Stroupe KT Forthofer MM, Brater DC, Murray MD.: "Healthcare costs of patients with heart failure treated with torsemide or furosemide." *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 429-40
- 6 Scheen AJ Vancrombreucq JC, Delarge J, Luyckx AS.: "Diuretic activity of torsemide and furosemide in chronic heart failure: a comparative double blind cross-over study". *Eur J Clin Pharma* 1986; 31 Suppl.: 35-42
- 7 Abecasis R, Guevara M, Miguez C, Cobas S, Terg R.: "Long-term efficacy of torsemide compared with frusemide in cirrhotic patients with ascites." *Scand J Gastroenterol* 2001; 36(3): 309-13
- 8 Marelli A, Bodini P, Reggiani A, Quinzani M, Dizioli P, Tonghini L.: "[Comparison between torsemide and furosemide in the treatment of ascites in cirrhotic patients". *Minerva Medica* 1997; 88(3): 109-115
- 9 Fiaccadori F, Pedretti G, Pasetti G, Pizzaferrri P, Elia G: "Torsemide versus furosemide in cirrhosis: a long-term, double-blind, randomized clinical study." *Clin Investig* 1993; 71(7): 579-84

10 Gerbes QL, Bertheau-Reitha U, Falkner C, Jungst D, Paumgartner G: "Advantages of the new loop diuretic torasemide over furosemide in patients with cirrhosis and ascites. A randomized, double blind cross-over trial." *J Hepatol* 1993; 17(3): 353-8

11 Gentilini P, Laffi G, La Villa G, et al.: "Torasemide in the treatment of patients with cirrhosis and ascites." *Cardiovasc Drugs Ther* 1993; 7 Suppl. 1: 81-5

12 Laffi G, Marra F, Buzzelli G, et al.: "Comparison of the effects of torasemide and furosemide in nonazotemic cirrhotic patients with ascites: a randomized, double-blind study." *Hepatology* 1991; 13(6): 1101-5

13 Vasavada N, Saha C, Agarwal R: "A double-blind randomized crossover trial of two loop diuretics in chronic kidney disease." *Kidney Int* 2003; 64(2): 632-40

14 Kult J, Hacker W, Clock: "Comparison of efficacy and tolerance of different oral doses of torasemide and furosemide in patients with advanced chronic renal failure." *Arzneimittelforschung* 1988; 38 (1A): 212-14

15 Klutsch K, Grosswendt J, Haecker W: "Single dose comparison of torasemide and furosemide in patients with advanced renal failure." *Arzneimittelforschung* 1988; 38 (1A): 202-4.

16 MacMurray J, Cohen-Solala A, Dietz R et al.: "Practical recommendations for the use of ACE inhibitors, beta-blockers, aldosterone antagonists and angiotensin receptors blockers in heart failure. Putting guidelines into practice". *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 710-21.

17 Cuesta Terán MT. Tesina M.A.D.S, curso 2003-4, Madrid.

18 Kearon C, Ginsberg JS, Julian JA et al. Comparison of fixed-dose weight-adjusted unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin for acute treatment of venous thromboembolism" *JAMA* 2006; 296: 935-42.

19 Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et al. "Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs. nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study". *JAMA* 2000; 284: 1247-55.

20 Jüni P, Rutjes AWS, Dieppe PA: "Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs?". *Brit Med J* 2002; 324: 1287-8.

21 Van der Wijden CL, Overbeke JA: "Audit of reports of randomised clinical trials published in one journal over 45 years" *Brit Med J* 1995; 311:918.

22 Lenzer J: "FDA's counsel accused of being too close to drug industry" *Brit Med J* 2004; 329: 189

23 Mohyniham R: "Cochrane plans to allay fears over industry influence" *Brit. Med, J.* 2003; 327: 1005

24 Ross JS, Hill KP, Egilman DS and Krumholz HM: Guest Authorship and Ghostwriting in Publications related to Rofecoxib. A case study of industry documents from Rofecoxib litigation. *JAMA* 2008; 299(15): 1800-12.

25 Psaty BM and Kronmal RA: Reporting Mortality Findings in Trials of Rofecoxib for Alzheimer Disease or Cognitive Impairment. A case study based on Documents from Rofecoxib Litigation. *JAMA* 2008; 299(15): 1813-17.

26 De Angelis CD and Fontanarosa PB: Impugning the Integrity of Medical Science. The Adverse Effects of Industry Influence. *JAMA* 2008; 299(15): 1833-5.

27 Reverte Cejudo D: El negocio de la sanidad y la "medicalización de la vida. 'SALUD 2000', núm. 112, Junio 2007: 8-15.

CAPÍTULO 6

LAS PROFESIONES SANITARIAS: ENTRE LA PLANIFICACION Y EL MERCADO EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Marciano Sánchez Bayle
Portavoz de la Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

Vivimos tiempos de muchas transformaciones y estas transformaciones tienen su impacto en los sistemas sanitarios, que además, como grandes organizaciones y, w en muchos casos como el español, dependientes de forma preponderante del sector público, están relacionadas con otras que se producen en el marco político y económico y que, muchas veces, son de muy largo alcance, de manera que se han iniciado muchos años antes de ser visibles para la mayoría de la población.

1. ¿Cuántos profesionales se necesitan?

Una primera cuestión que se plantea al hablar de recursos humanos en los sistemas sanitarios es la dificultad de conseguir establecer de una manera clara cuáles son los profesionales sanitarios necesarios para asegurar la calidad de un sistema sanitario. Normalmente se suele acudir a comparaciones internacionales que, aunque tienen la ventaja de situarnos en el contexto en el que nos desenvolvemos, no dejan de ser unos datos independientes de la calidad real de las prestaciones. O, dicho de otra manera, si la mayoría de los países tienen serios déficits de personal, aparecerá como una situación claramente superior la de aquel país que tenga sólo un déficit moderado y, naturalmente, a la inversa sucederá con el que tenga más déficit.

La tabla 1 recoge algunos datos relevantes sobre la situación de los profesionales de la salud en el mundo, señalando los 3 países que tienen los mayores y menores ratios de médic@s y enfermer@s por 1.000 habitantes, incluyendo la situación de España y de EEUU.

La situación de España en el contexto mundial es intermedia dentro de los países desarrollados. Merece la pena destacar los serios problemas que tienen los países del llamado Tercer Mundo respecto a la falta de profesionales de la medicina y la enfermería, especialmente en el África Subsahariana donde están ubicados los países con menores ratios de profesionales del mundo. Esta situación es la que ha hecho que el último Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya realizado un llamamiento a la necesidad de formación de profesionales de la salud en todo el mundo, evaluando el déficit global en 2,4 millones, sobre un total de 59,2 millones de profesionales de la salud en todo el mundo. Déficit éste que, como se ve en la tabla 2, no se reparte de manera homogénea entre las distintas regiones del mundo.

Tabla 1. Profesionales de la medicina y enfermería por 1.000 habitantes en el Informe de la OMS 2006

	Profesionales de la medicina	Profesionales de la enfermería
Máximo	Cuba 5,91 Bielorusia 4,55 Bélgica 4,49	Irlanda 15,2 Noruega 14,84 Finlandia 14,33
Mínimo	Malawi 0,02 Etiopía 0,03 Liberia 0,03	Liberia 0,18 Etiopía 0,21 Mozambique 0,21
Estados Unidos	2,56	9,37
España	3,3	7,68

Tabla 2. Distribución del personal sanitario en el mundo

	Número	Densidad/1.000 habitantes
África	1.640.000	2,3
Mediterráneo Oriental	2.100.000	4
Asia Sudoriental	7.040.000	4,3
Pacífico Occidental	10.070.000	5,8
Europa	16.630.000	18,9
Las Américas	21.740.000	24,8
Mundial	59.220.000	9,3

En cualquier caso resulta llamativa la especial situación de Cuba que ocupa el primer lugar del mundo en cuanto al número de médicos por 1.000 habitantes y que indudablemente expresa una opción política y de sistema sanitario, además de otras opciones estratégicas en cuanto a colaboración / cooperación internacional (son bien conocidos los casos de la presencia de numerosos médicos cubanos en Angola y Mozambique y, más recientemente, en Venezuela). Hay incluso quien ha señalado que esta elevada densidad de médicos es lo que explicaría los buenos indicadores de salud cubanos, muy por delante de los que le corresponderían por su situación económica. Es evidente que el caso de Bielorrusia es parecido ya que proviene de un sistema con un régimen económico y social similar.

La tabla 3 recoge la densidad de profesionales sanitarios en la regiones que tiene establecidas la OMS en el mundo, y la densidad global. Como se ve hay diferencias muy sustanciales, ya que se pasa de una densidad de 2,3 por 1.000 habitantes en África a 24,8 en Las Américas y, por supuesto, con grandes diferencias dentro de cada región y de cada país.

En la tabla 3 se puede ver el número de profesionales de la medicina y la enfermería en la Unión Europea, señalándose en negrita los valores máximos y mínimos para cada profesión y los de España. En cuanto a los médicos la densidad oscila entre 4,49 de Bélgica a 1,90 de Rumania (España 3,3) y, en enfermería, entre 15,20 de Irlanda y 3,75 de Bulgaria

(España 7,68). Es evidente que hay grandes diferencias entre los sistemas sanitarios y los grados de desarrollo económico de los países de la UE-27 pero, en todo caso, parece obvio que la densidad de médicos en España es comparativamente elevada y la de profesionales de enfermería más baja, sobre todo si esta última se compara con la de los países de la UE-15.

Tabla 3. Médic@s y enfermer@s en la Unión Europea por 1.000 habitantes

	Médic@s	enfermer@s
Alemania	3,37	9,72
Austria	3,38	9,38
Bélgica	4,49	5,83
Bulgaria	3,56	3,75
Chequia	3,51	9,71
Chipre	2,34	3,76
Dinamarca	2,93	10,36
Eslovaquia	3,18	6,77
Eslovenia	2,25	7,21
España	3,3	7,68
Estonia	4,48	8,50
Finlandia	3,16	14,33
Francia	3,37	7,24
Grecia	4,38	3,86
Holanda	3,15	13,73
Irlanda	2,79	15,20
Italia	4,20	5,44
Letonia	3,01	5,27
Lituania	3,97	7,62
Luxemburgo	2,66	9,16
Malta	3,18	5,83
Noruega	3,13	14,84
Polonia	2,47	4,90
Portugal	3,42	4,36
Reino Unido	2,3	12,12
Rumania	1,90	3,89
Suecia	3,28	10,24

Fuente: WHO 2006.

En negrita los datos de España y valores máximo y mínimo.

De lo expuesto parece claro que resulta muy difícil encontrar el número óptimo de profesionales de la salud y más aún saber si su distribución es la adecuada. En todo caso, parece claro que existen algunos mínimos por debajo de los cuales no puede asegurarse una atención sanitaria de calidad. La OMS ha identificado 57 países con déficit críticos que se encuentran concentrados en África (la mayoría), Asia sudoriental y algunos en Latinoamérica.

España tiene una situación aceptable en el contexto mundial. En todo caso conviene destacar que, en nuestro caso la relación profesionales de enfermería /médicos es llamativamente baja (1,19) respecto al promedio de la UE (2,44).

Las necesidades de profesionales de la salud vienen determinadas por una serie de hechos que merece la pena recordar:

1. Necesidades sanitarias

Las necesidades sanitarias derivan de la población, tanto en lo que respecta al número de habitantes como a su crecimiento y tasas de envejecimiento, de dependencia o de la coexistencia de ambas circunstancias. También dependen de la carga de morbilidad y de las epidemias. No debe olvidarse que la carga de morbilidad se ceba en los países más pobres y con menos capacidad de generar una respuesta sanitaria, generando un verdadero círculo vicioso de pobreza, enfermedad, falta de recursos y más pobreza. La OMS resalta que, mientras que África soporta el 24% de la carga de morbilidad mundial, sólo cuenta con un 3% de los trabajadores de salud y menos de un 1% de gasto sanitario, por el contrario, Las Américas tienen un 10% de la carga de morbilidad, contando con un 37% de los trabajadores de salud y un 50% del gasto sanitario mundiales. Obviamente existen también diferencias muy notables dentro de cada región de la OMS e incluso dentro de cada país.

2. Sistemas de salud

La existencia de sistemas sanitarios públicos es, en general, una garantía de recursos profesionales adecuados, ya que los sistemas privatizados favorecen un crecimiento incontrolado de los sistemas sanitarios en los países ricos (el mejor ejemplo es EEUU) y una casi desaparición de los recursos en los países pobres, donde no hay una demanda económicamente solvente. Una hipertrofia de la tecnología también favorece un incremento del número de profesionales. Otro tema a tener en cuenta es la necesidad de una relación adecuada entre profesionales médicos y de enfermería (a más densidad de profesionales de enfermería la densidad médica necesaria, en principio, es menor).

3. Desarrollo económico y social

El desarrollo económico es, lógicamente, una premisa para la existencia de un sistema sanitario con un mínimo de implantación y solvencia. No obstante, aunque se ha señalado la existencia de una relación entre el PIB per capita y el gasto sanitario per capita, esta relación tiene unos intervalos de confianza bastante amplios, de manera que, a la postre, a partir de unas condiciones básicas de riqueza, son las decisiones políticas de los gobernantes, las demandas de la población y la historia del desarrollo del modelo sanitario de cada país, las que más influyen en las dotaciones de profesionales sanitarios. No obstante, existen otros procesos que tienen una influencia muy importante, como ocurre con el mercado de trabajo y los sistemas de educación, así como las reformas de los sistemas públicos de salud, que más bien deberían llamarse contrarreformas, que han conducido a disminuciones sustanciales de los profesionales empleados y, no cabe duda, que otro factor a tener en cuenta son los movimientos de población en un mundo globalizado, cuyas repercusiones sobre los profesionales de la salud se analizarán en detalle más adelante.

4. ‘Medicalización’ de la sociedad

Otro aspecto a destacar es la denominada ‘medicalización’ de la sociedad que caracteriza a los países desarrollados y que consiste en la conversión de cada vez más numerosos aspectos de la vida de la personas en problemas de salud. Así, fenómenos naturales en el desarrollo humano como la calvicie, la menopausia, la obesidad secundaria a excesos alimenticios, las arrugas, la vejez, la inadecuación de los rasgos faciales a los criterios sociales de belleza, etc., se convierten en entidades patológicas que generan la oferta al mercado de multitud de medicamentos y productos de parafarmacia, seudoespecialistas, clínicas, tecnologías de diagnóstico y tratamiento, etc. Es obvio que esta ‘medicalización’ que se produce, en mayor o menor grado, en todos los países del mundo, merced a unas expectativas excesivas fuera de la realidad sobre las capacidades de la ciencia, se hacen mucho más intensas en los países con alto grado de desarrollo y en los que la mercantilización de la medicina es más grande.

5. Grado de especialización

La existencia de un mayor grado de especialización del sistema sanitario favorece una mayor necesidad de número global de profesionales. Lo óptimo sería una relación médicos generales/especialistas superior a 1. Desde 1995 es obligatoria, en la UE, la realización de una formación postgraduada para trabajar en el sistema sanitario público lo que prolonga el tiempo de formación y hace más difícil la planificación estratégica, ya que el periodo formativo se sitúa entre los 8 y 11 años. También influyen los sistemas de especialización, de modo que los sistemas con poca flexibilidad, como el español, favorecen una plétora de especialistas y dificultan la adaptación de los profesionales a las necesidades cambiantes de la atención sanitaria.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, hay algunas entidades que han propuesto las ratios supuestamente apropiadas de médicos por habitante, pero que establecen marcos con una variabilidad tan amplia que son de

poca utilidad práctica. Así, por ejemplo, se ha señalado que el número de habitantes adecuado por médico general irían desde 1.020 hasta 3.000, y el de población infantil por pediatra entre 885 y 3.102 niños.

2. Feminización de las profesiones sanitarias

La incorporación de las mujeres a las profesiones sanitarias, en concreto a la medicina, ha crecido de forma importante en los últimos años. Hay que señalar que este aumento se ha producido en todas ellas, incluso en las que estaban tradicionalmente más feminizadas como la enfermería o la farmacia. En España, en 1960, eran mujeres el 4% de los médicos en ejercicio, cifra que paso a ser el 19,8% en 1982 y el 31,57% en 1993, esta presencia de mujeres ha ido en aumento desde entonces como puede verse en la tabla 8, hasta el 42,09% en 2005, pero es previsible que se incremente todavía notablemente pues, si en 1987 el 49,8% de quienes acabaron la carrera de medicina eran mujeres, a partir de 1990 la mayoría (57%) de las matriculadas en medicina eran mujeres y, por ejemplo, en 2007 lo eran el 83% de quienes finalizaron la carrera de medicina en la Universidad del País Vasco. Por eso, la proporción de mujeres e 2005 que recoge la tabla 8, todavía minoritaria entre los médicos, está sesgada por la presencia de los jubilados (recuérdese que los datos proceden de los médicos colegiados y no de los que están en ejercicio) y, por otro lado, entre los menores de 40 años las mujeres son una mayoría neta así, de un 18,2% de colegiados con menos de 35 años, el 64,83 % eran mujeres, como lo eran el 52,73% del 25,6% de los colegiados con edades comprendidas entre 35 y 44 años. Se calcula que en 2030 el 65% de los médicos en España serán mujeres.

Otro aspecto a considerar es la presencia creciente de mujeres en todas las especialidades pues, aunque inicialmente se concentraban en unas pocas, como pediatría o análisis clínicos, su presencia empieza a ser sustancial en otras tradicionalmente de predominio masculino como las quirúrgicas o la traumatología. Las especialidades más feminizadas eran

en 2004: rehabilitación (66,2%), bioquímica (65,3%), análisis clínicos (64,2%), geriatría (62,1%) y medicina de familia (61,3%) y las que menos neurocirugía (13,6%), traumatología (11%), cirugía torácica (9,2%), cirugía cardiovascular (8,4%) y urología (7,6%).

De todas maneras hay que tener en cuenta que la tendencia es a un aumento de la feminización en todas las especialidades. Así, de las 49.397 plazas de médicos adjudicadas entre 1997 y 2007 en la Sanidad Pública, fueron mujeres el 69%, y de las 48 especialidades sólo en 4 el porcentaje de mujeres fue menor que el de hombres (angiología y cirugía vascular, cardiología, cirugía cardiovascular y traumatología) y sólo en una, traumatología, el porcentaje de mujeres fue inferior al 33% (32,27%).

Este fenómeno de feminización de la medicina es de alcance internacional. En Europa, en 2003, Polonia, la República Checa y Hungría superan el 50% de mujeres médicas, situándose Portugal, Dinamarca y Suecia entre el 40 -49% y el resto de los países con porcentajes superiores al 30%. Esta creciente feminización se ha relacionado con los problemas de disponibilidad de los profesionales sanitarios.

Como ya se ha dicho, otras profesiones sanitarias como la enfermería o la farmacia han tenido tradicionalmente una mayor presencia femenina que, como puede verse en la tabla 8, ha ido aumentando. Profesiones como odontología, veterinaria y fisioterapia también han visto incrementarse de manera notable el porcentaje de mujeres. Es llamativo el caso de la primera de éstas que ha visto casi duplicarse su porcentaje de mujeres en 11 años. Una curiosidad es el caso de las matronas, profesión históricamente de predominio femenino (las antiguas parteras) donde ha habido un ligero aumento de la presencia masculina.

Un caso llamativo en enfermería es la elevada proporción de hombres en los puestos directivos de dicha profesión, en los que duplican el porcentaje que tienen en el conjunto de la misma.

Tabla 8. Evolución del porcentaje de mujeres entre las profesiones sanitarias colegiadas en España

	1994	2005
Medicas	33,71%	42,09%
Odontólogas	29,54%	40,47%
Farmacéuticas	63,48%	68,69%
Veterinarias	23,44%	35,71
Podólogas	Dnd	51,99%
Diplomadas en enfermería	78,83%	82,58%
Matronas	96%	94,55%
Fisioterapeutas	55,08%	Dnd

Fuente: INE 2007

Dnd = dato no disponible

Es bien conocido que este aumento de la presencia de mujeres en las profesiones sanitarias no se ha visto reflejado en los puestos de dirección. De hecho en 2006 se calculaba que sólo había un 12% de mujeres en cargos directivos de la Sanidad y éstas ocupaban tan sólo un 7% de los puestos directivos en los hospitales. Presencia similar existía en la Universidad donde eran mujeres 15 de los 374 catedráticos de medicina censados en 2002, no existiendo ninguna catedrática de ginecología ni de pediatría y sólo el 14% de los cargos electos en los colegios de médicos eran mujeres.

3. Las migraciones de los profesionales de la salud

Vivimos en un mundo mal globalizado y una de sus consecuencias son las migraciones desde los países más pobres hacia los más ricos. Estas migraciones se producen no sólo por parte del personal poco cualificado, la llamada mano de obra barata, sino también entre los profesionales cualificados. Una de las razones para la inmensa disparidad en recursos de profesionales sanitarios en el mundo, que se recogen en las tablas 1 y 2, es la migración de los profesionales de la salud hacia el mundo desarrollado. Este fenómeno es antiguo y tradicionalmente se producía hacia

Gran Bretaña desde los países de la Commonwealth y a EEUU desde Latinoamérica. Así en 2002 el porcentaje de médicos en ejercicio en el Reino Unido, Australia, EEUU y Canadá que procedían de otros países oscilaba entre el 23 y el 28% (ver tabla 9) y una gran mayoría de ellos, en EEUU y Reino Unido, provenían de países pobres. En total en los 4 países había 278.046 médicos provenientes de otros países y, de ellos, el 21,40% procedían de India. Sin embargo, el factor de emigración (médicos que trabajan fuera del país de origen/médicos que trabajan en el país de origen x 100) más elevado se da en el África Subsahariana, con un 13,9%, región donde se sitúan 9 de los 20 países que exportan una mayor proporción de médicos del mundo. En el subcontinente Indio la tasa es del 10,7% y en la región del Caribe del 8,7%. Esta emigración, a parte de generar graves problemas de recursos profesionales en los países de origen, supone una sangría económica para países que viven en la pobreza o en su umbral, de manera que se ha calculado que cada médico que emigra desde África supone una pérdida de 370.000€ (los invertidos en su formación) y que, por ejemplo, para el Reino Unido, sólo los profesionales de la salud que llegan desde Ghana, significan un ahorro de 95 millones de euros. Congruentemente, en 2007 en EEUU el gobierno Bush ha incluido la profesión de enfermería entre las excluidas en las cuotas de inmigración. Sólo Filipinas ha realizado una protesta formal.

De todas maneras, a la hora de reclutar a los inmigrantes, influye la política de cada uno de los países. Así, mientras en EEUU y Reino Unido, predominan los profesionales provenientes de países con bajos ingresos, en Noruega favorecen la migración de profesionales de países con ingresos altos y medios (90% de los profesionales extranjeros) lo que es más equitativo y fomenta menos desigualdades.

Tabla 9. Médicos en ejercicio procedentes del extranjero

	% de médicos procedentes del extranjero	% sobre los anteriores que provienen de países pobres
Reino Unido	28,3	75,2
Australia	26,5	40
EEUU	25	60,2
Canadá	23,1	43,4

Fuente: N Engl J Med 2005

El caso de Portugal ilustra bien la capacidad de atracción de un país de economía intermedia sobre sus antiguas colonias. La Tabla 10 recoge los profesionales médicos y de enfermería que, con origen en esos países, trabajaban en 2004 en Portugal y en los países de origen y, en ella, puede observarse la terrible sangría de profesionales que ha supuesto la inmigración para estos últimos.

Tabla 10. Profesionales médicos y de enfermería que trabajan en Portugal y en su país de origen

	Médicos		Enfermería	
	Portugal	País de origen	Portugal	País de origen
Angola	820	961	383	14.288
Guinea-Bissau	358	197	253	1.299
Santo Tome y Príncipe	238	67	84	183
Cabo Verde	231	71	40	232

Fuente: Bulletin WHO 2004

Los efectos de estas migraciones son evidentemente devastadores para los países de origen. La ONU ha señalado que estos efectos se resumirían en: 1.- Declive del desarrollo científico, 2.- Problemas serios para la sostenibilidad del sistema sanitario, especialmente graves en países que soportan una elevada carga de morbilidad, 3.- Disminución en la calidad de los servicios, 4.- Disminución de la creación de empresas,

5.- Disminución de los ingresos fiscales y &.- Pérdida de los talentos artísticos y culturales. La única ventaja, a corto plazo, son las remesas económicas que llegan a los países de origen que, de todas maneras, si no se utilizan en inversiones de la economía productiva, pueden crear un mayor efecto llamada y, en muchos casos, se utilizan para favorecer la emigración del resto de la familia.

En España la emigración de profesionales médicos y de enfermería españoles, sobre todo a otros países de la UE (Reino Unido, Portugal, Francia, etc.) ha hecho saltar algunas alarmas, aunque, desde hace tiempo, hay también muchos profesionales extranjeros que ejercen aquí (especialmente de Latinoamérica). Si bien no hay cifras oficiales, se estima que existen entre 5 y 6.000 médicos españoles ejerciendo fuera de España y un número similar de profesionales de enfermería, lo que parece representar un saldo negativo en las migraciones (hay aproximadamente 20.000 médicos ejerciendo en España que nacieron en el extranjero). En suma, recibimos más profesionales de los que exportamos, tendencia que se mantiene ya que, sólo en 2006, homologaron su título en España 6.593 profesionales de la salud, de ellos 3.844 médicos, 870 diplomados de enfermería, 311 veterinarios y otros tantos odontólogos, 240 farmacéuticos y el resto de profesiones en menor número. Es obvio que la libre circulación de profesionales en la UE favorecerá este desplazamiento de profesionales españoles al extranjero en busca de mejores condiciones salariales, laborales y profesionales, y la llegada a nuestro país de profesionales de otros países de la UE. Hasta ahora Polonia es el país mayoritario de procedencia, pero Rumania y Bulgaria probablemente lo sean en un futuro cercano. También lo es que no va a ser posible frenar estos desplazamientos en una Europa cada vez más abierta y con una población más móvil. Todo ello sin olvidar que Latinoamérica es la fuente tradicional de la inmigración de profesionales sanitarios a nuestro país. Parece plausible que la situación acabe siendo muy similar a Nueva Zelanda, un país que está en nuestras antípodas, pero que tiene una gran similitud en cuanto a desarrollo y modelo sanitario con España. En ese país, un 52%

de los médicos que trabajaban provenían del extranjero, mientras que un 28,9% de los médicos neozelandeses emigraban a otros países y lo mismo sucedía con los profesionales de enfermería (29% frente a 22,9%).

La situación española, en un nivel intermedio en el contexto económico mundial, parece favorecer este flujo bidireccional de profesionales: españoles buscando en países más ricos unas mejores condiciones laborales y extranjeros que llegan a España atraídos por su nivel económico. Con todo, parece imprescindible tener en cuenta que las migraciones pueden generar serios problemas en los países de origen y que, a veces, conllevan dificultades añadidas en los de recepción por las eventuales diferencias en la titulación y la formación.

4. Expectativas laborales

Otra cuestión distinta es cuál es la situación laboral de los profesionales sanitarios españoles. Las características del empleo se han deteriorado en los últimos tiempos con la introducción, cada vez más frecuente, de contratos de corta duración y de más precariedad laboral, lo que también favorece las migraciones en busca de unas mejores retribuciones, mayor estabilidad y más idóneas condiciones de trabajo.

A pesar de ello, algunos países están considerados entre los que tienen un exceso de producción de médicos y profesionales de enfermería (España, Italia, Filipinas y Méjico). En España, en 2001, la enfermería estaba entre los colectivos profesionales con mayor índice de desempleo (12,7%, ocupando el lugar 34, de menor a mayor, sobre 42, entre el porcentaje de parados 4 años después de finalizar los estudios) mientras que, entre los que menos, se encontraba odontología (0%) y fisioterapia (1,7%).

Conviene tener en cuenta que las profesiones sanitarias son las que se considera que tendrán crecimiento en el entorno del siglo XXI, en concreto un 24%, correspondiendo un máximo a la informática y las tele-

comunicaciones, con un 40%, y el mínimo a los obreros cualificados, con un -8%, según señala el Bureau of Labour Statistics de EEUU.

Algunos estudios han intentado estimar las necesidades de médicos a nivel mundial teniendo en cuenta, tanto las necesidades de salud, como la capacidad de crecimiento económico, y sus autores señalan que, en 2015, el número global de médicos será ligeramente excedentario, excepto en muchos países de la región de África de la OMS. En todo caso, conviene recordar que los intervalos de confianza al 95% de estos estudios incluyen situaciones de déficit en casi todos los países del mundo.

5. ¿Cómo avanzar?

Los problemas de la planificación de los profesionales de la salud son muy complejos, lo que da lugar, con frecuencia, a errores estrepitosos como sucedió en España, tras el estudio del Ministerio de Sanidad que, en 1984, concluía que existía una plétora de médicos especialistas y que condujo a situaciones insostenibles que tuvieron que corregirse a mediados de los 90, en medio de un conflicto. Con todo, no debe olvidarse que la planificación en el contexto sanitario casi siempre choca con cuatro grandes dificultades. La primera es la carencia de datos actualizados sobre los profesionales en ejercicio y las especialidades que desarrollan, lo que evidentemente precisa de un registro actualizado que debería de realizarse de inmediato. La segunda es que la planificación debe de realizarse a medio y largo plazo. Un médico con la especialidad tarda, al menos, 10 años en su periodo de formación, otros profesionales 5 años y los que menos 3 años, por lo que resulta bastante difícil saber cuáles van a ser las demandas de la sociedad al cabo de este plazo de tiempo, pues pueden producirse cambios importantes en el entorno que van a afectar a la práctica profesional, tales como en las tasas de morbilidad y mortalidad, en el crecimiento de población, en el desarrollo de nuevas tecnologías, cambios en el sistema sanitario, etc. Por fin, es un hecho que vivimos en un entorno donde los movimientos de población y de personas son inevitables e irán previsiblemente en aumento en

marcos geográficos cada vez más amplios (al menos entre los 27 países actuales de la UE), por lo que no tiene sentido una planificación que no tenga en cuenta el entorno mundial o, como mínimo, regional (Europa, etc.).

Tampoco conviene olvidar que la progresiva mercantilización de los sistemas de salud va en la línea opuesta de cualquier planificación racional, ya que favorece tanto un exceso de profesionales (que permite un deterioro en las condiciones laborales de los mismos y la proliferación de actividades que son tan lucrativas como innecesarias desde el punto de vista de la salud), como la búsqueda de una demanda económicamente solvente, presionando por lo tanto a la emigración de profesionales desde los países pobres hacia los ricos que así incrementan su explotación (los países con mas necesidades de salud ven como sus inversiones en formación de profesionales son rentabilizadas por los que tienen menos necesidades).

En este contexto, y mientras no se produzca esta planificación estratégica, parece necesaria la utilización al máximo de la capacidad docente y formativa de todos los sistemas sanitarios para favorecer la consecución de unos niveles suficientes de profesionales de la salud y evitar las situaciones que se producen ahora de falta de capacidad para cubrir puestos de trabajo en algunos países y regiones.

En resumen, los problemas de la planificación estratégica de las necesidades de profesionales de la salud tienen muy difícil solución porque intervienen muchas variables y sólo pueden ser efectivas a largo plazo, cuando es probable que las variables que se consideraron se hayan modificado significativamente. En todo caso, parecen existir dos cuestiones bastante claras: por un lado, en este momento, hay un déficit global de profesionales de la salud que habría que intentar corregir a medio plazo, y por otro, por motivos fundamentalmente éticos, se deberían evitar las migraciones desde países en vías de desarrollo, especialmente desde el África subsahariana, porque condenan a estos países a una espiral de enfermedad/subdesarrollo cada vez más profunda.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Sanidad y Consumo: Oferta y demanda de médicos en España . Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1984.

Sánchez Bayle M: Crisis de la medicina y de la profesión médica en España. Cydan Madrid 1995.

Prieto M : el mercado laboral europeo “engancha” cada vez mas a los médicos españoles. El medico 14/11/03: 28-54.

Stilwell B, Diallo K, Zurn P,Vujicic M, Adams O, Dal Poz M: Migration of health – care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bulletin of the WHO 2004;82: 595-600

Buchan J, Sochalski J: The migration of nurses:trends and policies. Bulletin of the WHO 2004;82: 587-594.

Zeytinoglu IU, Denton M : Satisfied workers, retained workers: effects of work and work environment on homecare worker´s job satisfaction, stress, physical health, and retention. Canadian Health Services Research Foundation. 2005. www.fcrrs.ca.

Ministry of Health New Zealand: Health workforce development. An overview. www.moh.govt.nz

Rechel B, Dubois C-A, McKee M: The health care workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health System and Policies. 2005. www.euro.who.int.

Mullan F: The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med 2005;353:1810-8.

Euro Galenus: Análisis de las remuneraciones de los medicos. España. Medical Economics 24/11/2005: 24-29.

Euro Galenus : Análisis de las remuneraciones de los médicos 2006: Europa. Medical Economics 8/12/2006: 19-23

Gruen R, Campbell E, Blumenthal D: Public roles of US physicians. *JAMA* 2006; 296:2467-2475.

Mateos S, Rodríguez Q: Buen futuro para los médicos. *Expansión & Empleo* 8-9/7/2006:3.

Commission on a high performance health system: Framework for a high performance health system for the United States. 2006. www.cnwf.org.

May J, Bazzoli G, Gerland A: Hospitals' Responses to nurse staffing shortages. *Health Affairs*. 26/6/2006: w316-w323..

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K: On the front lines of care : primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Affairs*. 2/11/2006; 10.1377/hthaff.25.w555.

Dal Poz M, Quain EE, O'Neil M, McCaffery J, Elzinga G, Martineau T: Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources of Health* 2006, 4:21 doi 10.1186/1478-4491-4-21.

Solimano A: Mobilizing talent for global development. *Policy Brief* 2006; 7: 1- 8.

García – Prado A, González P: El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 2) :29-40.

Dubois C-A, McKee M: Cross-national comparisons of human health resources for health-what can be learn. *Health Economics, Policy and Law* , 2006; 1:59-78.

World Health Organization: Working together for health. *The World Health Report* 2006. www.who.int.

World Health Organization: *World Health Statistics* 2007. www.who.int.

Simoens S, Hurst J: The supply of physicians services in OECD countries. OECD Health Working Papers. N° 21 . OECD Publishing. Paris 2006.

González López – Valcárcel, Barber Pérez P : Oferta y necesidades de médicos especialistas en España (2006-2030).Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. www.msc.es

The nursing conditions of nurses: confronting the challenges. Health Policy Research, 2007; 13: 1-45.

McIntosh T, Torgerson R, Klassen N : The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada. Research Report H/11. Health Network. 2007. www.cprn.org.

Entrevista Francis Omaswa, director del programa de personal sanitario de la OMS. El País 24/5/2007:54.

Consejo General de Enfermería: Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. www.cge.enfermundi.com

Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir mas seguro. Capitulo 6: Estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario. Disponible en www.who.int

Camps Fondevilla B: Verdades absolutas sobre demografía médica. Economía y Salud 2007; 60: 13-14.

Scheffler RM, Liu JX, KInfu Y, Dal Poz M: Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach. Bulletin of the World Health Organization 2008;86:516-23

Zurn P, Dumont J-Ch: Health workforce and international migration: can new Zealand compete. OECD Health Working Papers 33.OECD Paris 2008.

Evans RG : Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. Healthcare Policy 2008; 3: 21-32.

CAPÍTULO 7

REFORMA NEOLIBERAL DE SALUD Y REFORMA AUTOCTONA. EL CASO DE AMERICA LATINA

Antonio Ugalde y Nùria Homedes

Western consensus on the relations between the market and the government should be reviewed Liao Min, China Banking Regulatory Commission

Introducción

Las organizaciones, tanto públicas como privadas, no son estáticas y su estudio nos sugiere que están en continua transformación. Las organizaciones responden a cambios en el contexto político, económico, social y tecnológico específico de cada país. Las organizaciones de los sistemas de salud no son excepciones. Si observamos la estructura funcional de un ministerio de salud vemos los continuos cambios que ha sufrido a lo largo de los años; dependencias que en un momento eran parte del ministerio se transfieren a otros ministerios, desaparecen o se convierten en instituciones autónomas.

Cada época marca algunas características de organización. Durante el siglo XIX, los servicios de salud, en la mayoría de los países latinoamericanos, dependían de instituciones religiosas y respondían a una ideología basada en la caridad. En América Latina, el entendimiento de que el acceso a los servicios de salud respondía a la bondad o benevolencia de algunas personas fue reemplazado en los albores del siglo XX por el principio de que el acceso a los servicios de salud es un derecho civil. El derecho a acceder a los servicios de salud se impuso en los países de la región, más rápidamente en unos países que en otros, aunque todavía hoy en la mayoría de los países quedan ciudadanos que solo acceden a servicios de salud gracias a la caridad.

A lo largo del siglo XX los sistemas de salud de la región se han ido desarrollando y modificando en respuesta a cambios en el contexto político, económico y tecnológico, y a presiones externas; de tal forma que hoy nos encontramos con varios modelos de sistemas de salud. Todos ellos, a excepción de Cuba, han sido influidos por la ideología neoliberal que han propagado las agencias bilaterales, los bancos multilaterales de desarrollo y otras agencias internacionales.

En este capítulo presentamos primero los resultados de la reforma autóctona que tuvo lugar en Costa Rica. A continuación, y después de una breve discusión sobre los principios que sustentan las reformas neoliberales que impulsadas desde fuera se han implementado en América Latina, analizamos los resultados de las mismas. Ello nos permite concluir que las reformas que se implementan bajo presiones foráneas sin responder a los contextos socio-económicos, culturales e históricos de cada país y cuyo motivo es el beneficio de los promotores externos no sirven para mejorar la salud de los ciudadanos.

1. Costa Rica: la reforma autóctona de los años 70

Costa Rica es un país pequeño en población y extensión (pob. 4,3 millones y 51 mil Km²) que ha alcanzado con sus escasos recursos (US\$4.627, PPP10.180) unas estadísticas envidiables de salud: una esperanza de vida de 78,5 años, mortalidad infantil de 11 por mil nacidos vivos, y una cobertura de salud de 93% de la población, todo ello con un gasto en salud de un 6,6% de su PIB (<http://hdrstats.undp.org/indicators/132.html>).

Como en el resto de la región, hasta el siglo XX la salud dependía de la caridad. En 1923 la ley no. 52 estableció que la salud es responsabilidad del Estado, es un primer reconocimiento de que la salud es un derecho civil (Mohs 1983: 40). Hasta 1940 la atención de salud se ofrecía a través de servicios públicos y privados, incluyendo en estos últimos los de caridad. En 1943 se creó la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),

que es un seguro social público obligatorio (Mohs 1983:46), y durante tres décadas (1940-1970) los servicios de salud para los trabajadores de empresas estuvieron a cargo de la CCSS mientras que el ministerio de salud era responsable de los servicios para el resto de la población.

En la década de 1970 tuvo lugar una reforma que transfirió todos los hospitales del ministerio a la CCSS quedando solamente en el ministerio los centros de atención primaria (Mohs 1983:50). Poco a poco, a veces con dificultad, se fueron integrando todos los centros de salud en la CCSS; para mediados de la década de los ochenta prácticamente todos los centros de salud habían sido transferidos a la CCSS, quedando la misma responsable de la atención de salud de la población, y para a finales de la década de los 70s la CCSS cubría un 85% de la población (Mohs 1983:46), porcentaje que ha ido aumentando hasta el 93%. El ministerio de salud es responsable de las funciones reguladoras y de la salud pública.

El resultado de la reforma ha sido el desarrollo de un servicio de atención médica que aunque no está exento de problemas es prácticamente universal, e incluye servicios preventivos, odontológicos, atención primaria y especializada, medicamentos y servicios hospitalarios – incluyendo servicios de alta tecnología como transplantes, todo ello sin copagos. Todos los centros de salud tienen su propia farmacia atendida por un farmacéutico. Los servicios se financian con contribuciones de las empresas, deducciones de los salarios de los trabajadores y una contribución del Estado – compromiso que no siempre se cumple.

El impacto de la reforma en las estadísticas de salud ha sido espectacular. A parte de la universalización de la cobertura, la mortalidad que en los años 50 era una de las más altas del mundo en 1980 se había reducido 4,1 por mil. Solo entre 1970 y 1980 la mortalidad infantil disminuyó en un 69%, a 19 por mil nacidos vivos. En diez años los indicadores de salud de Costa Rica se ubicaban a la cabeza de los países en vías de desarrollo (Mohs, sin fecha: 25).

Los costos administrativos de la CCSS son bajos, entre un 3 y 4% del gasto total, y aunque no existen estudios de calidad se puede concluir por los indicadores de salud que los servicios son de tan buena calidad o mejores que los de otros países de la región. Un estudio que se llevó a cabo en los años noventa demostró que había homogeneidad en el acceso a los servicios, cualquiera que fuera el lugar de residencia.

El éxito se debe tanto a la centralización de la atención médica y a los esfuerzos por asegurar la cobertura universal como a los numerosos experimentos autóctonos, es decir no impuestos desde fuera, que la CCSS ha realizado a lo largo de los años para mejorar sus servicios (Bustamante 1992). Algunos han sido exitosos, otros no, mientras que otros que pudieran haber sido exitosos no se implementaron por oposición de grupos de interés.

Por razones de espacio mencionaremos solamente algunos de estos experimentos. Una descripción, aunque sea somera, da una idea de la vitalidad del sistema de salud costarricense, su capacidad innovadora, y los beneficios que produce la experimentación sobre la base de ideas propias en comparación con la reforma neoliberal que EE.UU. ha intentado introducir y a veces imponer.

Medicina de empresa. Es un programa que empezó como programa piloto en 1970 y se formalizó en 1976. La CCSS autoriza a la empresa a establecer un consultorio médico dentro de la fábrica. La empresa que desea participar en este modelo ofrece el espacio, paga al médico y éste receta con el recetario de la CCSS; y cuando es necesario el médico refiere al paciente para pruebas diagnósticas, consultas de especialidad y hospitalización a la CCSS; todos estos costos los asume la CCSS. La ventaja de este sistema es que el trabajador recibe consulta sin tener que hacer las esperas que caracterizan a las consultas que se dan en la CCSS; para las empresas disminuyen las horas de ausencia del trabajador, quien no tiene que trasladarse al centro de salud y hacer cola. Para la CCSS la ventaja principal es que se descongestionan sus centros de salud. Desde

la década de los ochenta se permite que en las oficinas médicas de las empresas trabajen especialistas y se atienda a los familiares de los empleados, con lo cual se hace una realidad la medicina de familia (Alfaro Araya y Fernández Mora, 1992).

Medicina Mixta. Este modelo se inició en 1980 y se formalizó en 1981. El asegurado puede ir al consultorio privado de un médico que él/ella escoge y paga por la consulta con fondos propios. Todos los médicos que participan en el programa de medicina trabajan de tiempo completo en la CCSS y cuando terminan su trabajo en la Caja atienden en su consultorio privado a todas aquellas personas que por una u otra razón prefieren no utilizar los servicios de atención primaria de la CCSS. El paciente que utiliza este programa puede gratuitamente hacerse las pruebas de diagnóstico y obtener la prescripción en la CCSS. La ventaja para la CCSS es que se descongestionan sus centros de salud; por su parte el paciente que puede escoger el médico que desee, puede atenderse después de su horario de trabajo, no tiene que hacer colas en los centros del CCSS y recibe una atención más personalizada. La desventaja es que fragmenta el sistema de salud, y el costo adicional para el usuario hace que solo las personas con más recursos utilicen este programa, con lo cual se debilitan las presiones para mejorar los servicios que ofrece la CCSS (Sanguinety 1988). Los médicos tienen un conflicto de interés, cuanto menos personalizados y de peor calidad sean los servicios de salud que se ofrecen en la CCSS, mayores son las posibilidades de reclutar pacientes para los consultorios privados. Una solución para resolver el conflicto de interés sería que los médicos que trabajan para la CCSS no pudieran participar en el programa de medicina mixta.

Capitación. El sistema de capitación fue un intento de reproducir el antiguo sistema británico. En 1986, se implementó un programa piloto en el centro de salud de Barva de Heredia, un municipio cercano a la capital (San José). Los médicos de atención primaria de este plan piloto reciben un salario básico con un complemento que depende del número

de personas que les selecciona como médicos de cabecera. El máximo de pacientes por médico es 4.500. La idea de este modelo es que los pacientes eligen el médico que mejor les trata y que en su opinión les ofrece mejor atención. Cada tanto tiempo el paciente puede cambiar de médico. Una de las obligaciones originales del modelo incluía la visita domiciliaria, particularmente, pero no exclusivamente, en caso de enfermos ancianos y de pacientes con discapacidad física.

Evaluaciones que se hicieron al año de funcionamiento sugirieron que el sistema no funcionó como se esperaba. Los médicos terminaron repartiéndose los pacientes. Si varios pacientes deseaban ver a su médico al mismo tiempo, la enfermera les dirigía al médico que no tenía pacientes. Todos los médicos terminaron con el mismo número de pacientes, con lo cual su salario resultaba incluso superior al de los especialistas del CCSS. Este modelo beneficiaba económicamente solo a los médicos, el resto del equipo (enfermeras, secretarías y otro personal auxiliar) no recibían ninguna compensación adicional por hacer mejor su trabajo. El número de visitas a domicilio fue muy escaso. Las evaluaciones llegaron a la conclusión que el modelo era más caro y no mejoraba la calidad del servicio, y el programa no se extendió al resto del país (Ugalde y Hombres, 1988).

Cooperativas de salud. A finales de los años ochenta y principios de los noventa la CCSS contrató en plan experimental el manejo de cuatro centros de atención primaria a cooperativas de salud que se crearon para este fin. Cada cooperativa diseñó, dentro de unas directrices generales dadas por la CCSS, su propio reglamento. Las personas que residían dentro de un área geográfica determinada tenían que adscribirse a la cooperativa. Los centros de las cooperativas eran físicamente más atractivos, el trato de los usuarios era más cortés que en los otros centros de la CCSS y las esperas para las consultas eran menores.

De acuerdo a las evaluaciones, las cooperativas hacen más referencias a especialistas que los centros de la CCSS y sobre utilizan algunos

de los servicios por los que la CCSS paga una cantidad fija adicional, que es mayor que lo que le cuesta a las cooperativas proveer esos servicios. Los análisis económicos concluyeron que los costos de las cooperativas eran superiores a los de la CCSS y que los superávits de las cooperativas se repartían exclusivamente entre los médicos. Por ello, no hay planes de extender el programa (Homedes y Ugalde 2002a).

Ha habido otros experimentos como el Hospital sin Paredes que llevó servicios hospitalarios a las comunidades rurales a través de unidades móviles que realizaban consultas de especialidad y cirugía ambulatoria. Fue un modelo que tuvo éxito y atrajo interés internacional pero no se extendió a otros hospitales por la oposición de los especialistas (Sanguinetti et al, 1988).

Conclusión. Se puede sugerir que el éxito del sistema costarricense se debe al interés del país por fomentar y mantener los valores de solidaridad y equidad en el acceso a los servicios; a la valentía de experimentar y evaluar sus programas, a la continuidad del sistema que no cambia cuando cambia el gobierno, y a no precipitarse en adoptar modelos foráneos. El sistema no es perfecto, pero es probablemente el mejor de América Latina.

2. El modelo neoliberal

Un principio básico del modelo neoliberal de desarrollo es la mayor eficiencia del sector privado en relación con el sector público. Por ello, el sector público debe deshacerse de todas las actividades productivas incluyendo los servicios. La única función que el modelo neoliberal asigna al sector público es la de regular las actividades del sector privado. Para el neoliberalismo, el principio rector de la economía es la eficiencia y otros principios tales como justicia, solidaridad, o bienestar no se tienen en cuenta. Por ello la salud se convierte en mercancía que se compra y se vende como cualquier otro producto.

En Occidente, unos pocos años antes de la caída de la Unión Soviética era fácil demostrar que una economía dirigida por el sector privado era más eficiente que una controlada por el Estado. Lo que no se tuvo en cuenta en el análisis del desastre económico soviético fue el contexto histórico en el cual se había desarrollado su sistema político, que nunca pudo superar el autoritarismo heredado de siglos de monarquías absolutistas.

El gobierno republicano de extrema derecha que presidió Reagan (1980-1988) aprovechó la coincidencia del eminente derrumbe soviético con la severa recesión económica que sufrían muchos países en vías de desarrollo durante esos mismos años para imponer la ideología neoliberal a través de los bancos multilaterales, el FMI, y otras agencias y organizaciones sobre las que EE.UU. ejercía una influencia controladora. Las clases dominantes de los países en vías de desarrollo aceptaron sin objeción el neoliberalismo porque entendieron que ellas obtendrían grandes beneficios. También utilizaron los medios de comunicación masiva para hacer un inteligente marketing sobre el éxito de EE.UU. y el desastre soviético y así reducir la oposición de la clase obrera.

De una parte, los países en vías de desarrollo necesitaban fondos para pagar la enorme deuda externa que habían contraído. Los bancos multilaterales y el FMI renegociaron la deuda y nuevos préstamos, pero exigieron a cambio que los países redujeran el gasto público y aumentaran los ingresos. Para ello exigieron la privatización de las empresas y servicios públicos, ya que de acuerdo a los principios neoliberales la transferencia de las actividades económicas del Estado al sector privado mejoraría la economía de los países y la venta de empresas públicas generaría fondos.

La privatización de los servicios de salud castiga más severamente a los pobres puesto que las clases de mayores recursos ya utilizan los servicios privados. Para los países que no han estado dispuestos a privatizar la salud, una alternativa ofrecida por las agencias internacionales

fue la descentralización de los mismos, ya que con la descentralización se transfirieron una buena parte de los gastos de los servicios a las provincias con lo cual el gobierno central reduce su gasto y libera recursos para pagar la deuda pública.

Para las elites de EE.UU. y de los demás países occidentales la privatización era una medida importante que les permitía acumular capital a través de sus empresas transnacionales, mientras que las elites de los países en vías de desarrollo aprovecharon el neoliberalismo para crear sus propias transnacionales.

3. La descentralización del sector salud

Casi todos los países de América Latina han iniciado, con mayor o menor éxito, la descentralización de los servicios de salud, a pesar de que unos años antes se había promovido la centralización ya que evaluaciones realizadas por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID) y otras organizaciones habían sugerido que la centralización de los servicios era necesaria para aumentar su eficiencia y calidad (Ugalde y Homedes 2002). Pero como se ha indicado, el neoliberalismo promovía la descentralización para reducir los gastos de los gobiernos nacionales y como un paso hacia la privatización del sector salud. Por otra parte, EE.UU. tenía interés en promover su modelo privado de salud en otros países para que sus transnacionales de seguros médicos y cadenas de hospitales pudieran acaparar el nuevo mercado.

Se entiende que EE.UU. no expresara abiertamente sus ambiciones de conquistar los servicios de salud que en América Latina, y en muchos otros países, eran un derecho civil y una obligación del Estado y que incluso se empezaban a considerar como un derecho humano.

El neoliberalismo encubrió la descentralización bajo criterios de eficiencia y democracia que no se sustentan en la literatura. La racionalización neoliberal de la descentralización se puede resumir en los siguientes puntos:

1. Las autoridades locales conocen y responden mejor a las necesidades de las comunidades y pueden evitar los errores costosos en los que incurren los burócratas del gobierno central, que con frecuencia toman decisiones sin conocer las condiciones locales. Es decir, se mejora la eficiencia y aumenta la satisfacción de los usuarios.

2. La participación de la comunidad en la planificación y supervisión de los servicios locales es una forma de fomentar la democracia.

Con rarísimas excepciones, la evidencia que presentan las evaluaciones independientes de la descentralización en América Latina sugiere que ni los políticos locales ni las comunidades toman decisiones más apropiadas para mejorar la salud de sus provincias y municipios que las autoridades centrales. Con frecuencia eligen programas que difícilmente se podrían justificar técnicamente, e incluso desvían los fondos transferidos por el gobierno central para programas de salud a otros usos que les reditúan mayores beneficios políticos. Las mismas comunidades cuando han tenido la oportunidad de tomar decisiones en el sector salud no han elegido las intervenciones más adecuadas según los principios básicos de salud pública; en vez de invertir recursos en programas de saneamiento, de agua potable, inmunizaciones, etc. prefieren construir hospitales o comprar equipos de alta tecnología, incluso cuando no tienen personal que los pueda manejar y mucho menos mantener.

Los estudiosos de la descentralización han documentado que cuando el gobierno central descentraliza al nivel provincial/estatal las autoridades de estos niveles no delegan a los municipios; hasta es posible que, con excepción de las grandes ciudades, los niveles inferiores terminen con menos capacidad decisoria y recursos que antes de la descentralización.

Los siguientes ejemplos confirman los puntos hasta ahora señalados. La descentralización en Córdoba (Argentina) tuvo un impacto decepcionante en fomentar la participación popular (Ase 2006). En Chile, las elites locales no tuvieron en cuenta las necesidades locales y sus decisiones

servieron para aumentar su poder (Scarpacci 1992) y sería difícil argüir que la municipalización de los servicios de salud en Chile que inició el gobierno del General Pinochet (1973-1989) tenía por objetivo potenciar la democracia en el país. En Bolivia, los alcaldes han utilizado fondos asignados a programas de salud para construir carreteras (Ruiz Mier y Giussani 1996). En Colombia, después de la descentralización, fondos para programas de salud se invirtieron en la construcción de hospitales que de acuerdo con la planificación de infraestructuras no eran necesarios (La Forgia y Homedes 1992) y según afirman De Groote, de Paepe y Unger (2005) en este país la descentralización no promovió la participación de la comunidad. En Piura (Perú) la junta directiva de un centro de salud decidió utilizar las cuotas de recuperación en la construcción de un hospital en vez de reinvertirla en mejorar los servicios primarios, y otro centro de salud decidió interrumpir la compra de medicamentos genéricos y comprar los de marca (Homedes 1996). Altobelli (2000) también ha documentado los problemas con los que se enfrentan las comunidades rurales de Perú en la selección de programas adecuados para resolver sus problemas de salud. En Nicaragua, algunas familias vendían los sacos de cemento que el gobierno central les regalaba para la construcción de letrinas (Ugalde 1999). En México de acuerdo con un ejecutivo con un cargo alto en un organismo internacional de salud (Homedes y Ugalde 2002b) varios estados de la federación invirtieron los fondos asignados por el gobierno central para programas de salud en actividades de otros sectores.

La ineficiencia que ha creado la descentralización ha sido discutida en numerosos artículos. La descentralización crea problemas de coordinación entre los diferentes niveles de atención, dificulta las economías de escala en la compra de productos fungibles, particularmente de medicamentos, y como consecuencia ha requerido un aumento de las asignaciones presupuestarias, lo que es irónico ya que, como se ha mencionado anteriormente, una de las finalidades de la descentralización fue la disminución del gasto público de los gobiernos centrales. Todo ello nos

sugiere que los economistas del BM, del Banco Inter-Americano para el Desarrollo (BID), y del FMI tienen un conocimiento muy equivocado de las implicaciones que para la salud y la economía conlleva la descentralización del sector salud.

El incremento muy significativo del presupuesto para salud de los dos países que han seguido más de cerca las recomendaciones de las agencias internacionales ha sido discutido por Titelman en Chile (1999) y en Colombia por Jaramillo (2002) y Castaño y colaboradores (2001), sin que en ningún caso se pudieran documentar mejoras gerenciales, administrativas o de información (Plaza, Barona y Hearst 2001), pero sí un deterioro de la productividad del personal, la calidad de los servicios (Guevara y Mendias 2002; Sarmiento 2000), y los programas de salud pública. Lo mismo ha sucedido en otros países como es el caso de Argentina (Ase 2006) y Paraguay (Rosenbaum et al. 2000). A su vez en México, Homedes y Ugalde (2006a) han discutido el cuantioso gasto adicional que ha producido la descentralización sin que se pudieran comprobar mejoras en calidad o eficiencia, y según Gershberg (1998) la descentralización tuvo un enorme impacto negativo en la calidad y cantidad de servicios rurales que se ofrecían a través del programa IMSS-Coplamar. Ya se ha indicado que en Costa Rica la descentralización a través de cooperativas produjo costos adicionales. Atkinson y Haran (2004:826) en su estudio de Ceará (Brasil) se preguntaron si la descentralización había mejorado la eficiencia operacional y contestaron tajantemente: “No, no por sí misma.”

Estudiosos de la descentralización en otras regiones han documentado problemas similares a los que hemos descrito en América Latina pero por razones de espacio no es posible presentar la documentación que existe al respecto. Baste decir por ejemplo que Prud'homme (1994) y Tanzi (1994) en sus estudios de descentralización en países en vías de desarrollo encontraron que las elites locales pueden ser más corruptas

que las nacionales, y que sus decisiones tienden a satisfacer sus propios intereses más que las necesidades de los miembros de la comunidad.

4. La privatización de los servicios de salud

La privatización de los servicios de salud no ha sido implementada en muchos países de la región por la fuerte oposición de los sindicatos de trabajadores y porque algunas de las intervenciones piloto no han dado resultados positivos. A pesar de ello se sigue presionando para privatizar los servicios de salud en América Latina.

Como es conocido, en el sector salud los hospitales gastan la gran mayoría de los recursos designados al sector y por ello, dados los objetivos finales de la reforma neoliberal era importante privatizar los hospitales. Una forma de hacerlo era transferirlos a empresas privadas, y otra crear una figura jurídica de hospital autónomo sin ánimo de lucro. Este último modelo crea menos oposición de los sindicatos, pero consigue los objetivos de la reforma, ya que los hospitales autónomos pueden contratar con empresas privadas para un gran número de servicios, desde los de hotelería hasta los de alta tecnología. Hay que recordar que en América Latina muchos de los hospitales además de internamiento ofrecen servicios de diagnóstico y consulta ambulatoria de especialidad.

Brasil decidió privatizar los hospitales públicos y permitió la entrada de agencias aseguradoras y cadenas de hospitales. Hace 25 años una evaluación del BM encontró (McGreevey 1982:26-7):

Los datos indican que los servicios hospitalarios están predominantemente en manos del sector privado y el gobierno reembolsa los gastos... este sistema es caótico, elitista, corrupto, irracional e incontrolable. Auditorías recientes de médicos y de facturas presentadas para reembolso encontraron “irregularidades” hasta en un 90% de todas las facturas... (incluyendo) las de pacientes que no existían, diagnósticos falsos, doble facturación por la misma estancia hospitalaria, admisiones hospitalarias que no eran necesarias, facturas por medicinas que no se administraron...

cargos incorrectos por servicios especiales tales como uso de unidades de cuidado intensivo y salas de cirugía (traducción de los autores)

A pesar de esta evaluación, el BM siguió presionando por la privatización de los hospitales en Brasil y en otros países. Un informe más reciente del BM (La Forgia 2003:10) confirma que la autonomía hospitalaria no es una solución aceptable para resolver los problemas de salud de Brasil:

... la calidad continúa siendo la “parte olvidada” de la atención de salud (hospitalaria)... (la calidad) no ha mejorado dramáticamente. En algunos aspectos, la situación podría haber empeorado... hay muchas dudas, bastantes serias, sobre la capacidad de ofrecer servicios de calidad... lo que se evidencia por la baja calidad de los servicios en las unidades neonatales y que contribuyen a aumentar la mortalidad infantil y materna... muertes hospitalarias evitables... y los altos porcentajes de infecciones hospitalarias.

En Colombia, el país que más ha privatizado los servicios de salud, la calidad de la atención hospitalaria también es precaria. A pesar del enorme incremento en el presupuesto de salud, los hospitales públicos que fueron reformados (autonomía hospitalaria) han enfrentado serias crisis financieras y muchos han tenido que cerrar. En el intento de reducir gastos, la calidad de los servicios se ha deteriorado. En una de las entrevistas que Guevara y Mendias (2002:351) realizaron en Colombia una enfermera hizo el siguiente comentario que es bastante elocuente: “Puede que los pacientes sientan que nosotras no nos cuidamos mucho de ellos, pero la razón es bien sencilla, no tenemos tiempo para estar con ellos y saber lo que pasa” (traducción de los autores).

En diciembre de 2002, diez años después del inicio de la reforma, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2002) publicó un informe en el que indicaba que el sistema de salud colombiano estaba a punto del colapso; de acuerdo a sus cálculos el sistema de salud había acumulado a 30 de junio una deuda de US\$2.700 millones. El 62% de

los médicos especialistas encuestados ese mismo año afirmaba que en su opinión la calidad de los servicios se había deteriorado.

En Chile, el gobierno del general Pinochet abrió las puertas al sectorizado con el objeto de fragmentar el sistema público de salud que gobiernos anteriores de derechas e izquierdas habían edificado y que tenía el potencial de crear un sistema de salud único de cobertura universal. Sin embargo, la privatización sólo se ha extendido a las clases alta y media-alta ya que, a pesar de que Chile es uno de los países más ricos de la región, el costo de los seguros privados está fuera del alcance del resto de los chilenos. Después de más de 25 años, solamente un 22% han optado por los seguros privados mientras que el resto sigue utilizando los servicios públicos de salud. Además, para cirugías que requieren alta tecnología, es frecuente que las personas cubiertas por seguros privados y que no contribuyen a la seguridad pública reciban atención en los hospitales públicos porque tienen tecnologías más avanzadas, lo cual implica un subsidio cruzado de las personas con menos recursos a aquellas con más, un tema de equidad que discutimos más adelante. La fragmentación de un sistema de salud basada en el ingreso de los usuarios dificulta el que se resuelvan algunos de los problemas importantes de los servicios de salud para las personas con menores recursos, que son la mayoría de la población, ya que los más ricos se oponen al aumento de los impuestos que son necesarios para resolverlos.

En muchos países ha habido intentos de privatizar la atención primaria pero en pocos ha tenido éxito. En El Salvador el Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) inició un plan piloto de privatización de un área geográfica dentro del contubernio de San Salvador. Se sacaron a licitación pública dos clínicas y presentaron ofertas diversos grupos médicos. Los derechohabientes del ISSS estaban obligados a recibir su atención médica en la clínica privada que quedara dentro de su zona de residencia y el ISSS reembolsaba a las clínicas sobre la base de la capitación. Las clínicas ofrecían servicios en las cuatro especialidades básicas y referían

pacientes que requerían servicios de otras especialidades y hospitalización al ISSS. Después de dos años abruptamente terminó el experimento. Una evaluación identificó que los gastos de las clínicas eran superiores a los reembolsos (Zamora 2001). Había varias razones de ello. De una parte falta de capacidad gerencial, de otra los médicos preferían prescribir medicamentos de marca que eran bastante más caros que los genéricos que usaba el ISSS, no solamente por ser de marca sino porque las clínicas no podían obtener los beneficios de las economías de escala.

Ya hemos indicado que en Costa Rica la privatización a través de las Cooperativas de salud tampoco fue exitosa. En Guatemala se está privatizando la atención primaria en las áreas rurales a través de ONGs igual que se hizo en Colombia con resultados ambivalentes ya que en este país evaluaciones encontraron casos de corrupción en ONGs.

5. Equidad y reforma de salud

Es difícil desagregar el impacto de la descentralización y el de la privatización en la equidad y quizá por ellos es conveniente discutir su impacto conjuntamente. Las reformas han producido cambios en la distribución de los recursos financieros que han beneficiado a las clases más privilegiadas y a los estados o provincias más ricos, quienes como resultado de la reforma han podido obtener un porcentaje mayor de los recursos. Así lo confirman los estudios que se han llevado a cabo en los países que han estudiado el impacto en la equidad. En Chile, según Lenz y Sánchez (1998) y Larrañaga (1999), la inequidad en salud aumentó después de la reforma hasta el punto que el Ministerio de Salud Pública (2003) reconoció que el sistema de salud de su país es enormemente inequitativo: el 22% que recibe atención financiada por los seguros privados, que como ya hemos indicado son los estratos sociales más ricos del país, gasta el 43% del presupuesto en salud (Titelman 2000).

En Colombia, que ha privatizado todos los servicios de atención médica y ha llevado la descentralización hasta los municipios, las clases

alta y media-alta han visto reducidos sus gastos de salud proporcionalmente más que las clases de menores recursos (Homedes y Ugalde 2005, Suarez Berenguela 2002); y aún en los países que de momento no han privatizado, como es el caso de México, la descentralización ha aumentado la inequidad (González-Block et al 1989). El estado de Nuevo León (México), uno de los más ricos y políticamente más poderoso de la federación, se benefició de la descentralización al acceder, gracias a su poder político, a más recursos per cápita que otros estados (Homedes y Ugalde 2006b).

6. Discusión

Como se ha indicado al inicio de este capítulo, para el neoliberalismo el sector privado es más eficiente que el público pero necesita ser regulado por el Estado. La complejidad de regular el sector salud debiera haber sido conocida por aquellas personas que promueven las reformas neoliberales ya que ni siquiera en los países industriales más avanzados, como es el caso de EE.UU., las agencias reguladoras pueden regular adecuadamente el sector privado de salud. En este país todas las semanas hay noticias de multas que se imponen a las diferentes empresas de salud (aseguradoras, hospitales, farmacias, compañías farmacéuticas, grupos médicos, etc.) por evadir normas, falsificar datos, abusos, irresponsabilidades con consecuencias trágicas, facturación abusiva y un sinnúmero de actos ilegales. En un sistema oligopólico, las multas no tienen el impacto corrector esperado, simplemente se consideran como costos de producción que se pasan a los usuarios.

El resultado en EE.UU. es que los servicios de salud del sector privado son muy ineficientes con altos costos administrativos y muy poco equitativos: hay un 15% de la población sin seguro médico y un 30%, es decir casi 100 millones de ciudadanos con un acceso limitado a servicios necesarios. El premio Nobel de economía Joseph E. Stiglitz ha hecho recientemente un comentario crítico sobre las explicaciones

insustanciales que ofrecen los neoliberales en EE.UU. para explicar la severa crisis económica que este país atraviesa y añade: "... entonces ¿Por qué tenemos que hacer caso a esta gente que no ha sabido manejar los riesgos?" (Wong 2008). Los latinoamericanos pueden parafrasear y preguntar: ¿Por qué tenemos que hacerles caso y reproducir el sistema norteamericano de salud que es tan desastroso?

Los reformadores neoliberales no debieran haber dado por sentado que los gobiernos latinoamericanos tienen la capacidad reguladora necesaria. La historia enseña que los sistemas políticos latinoamericanos se caracterizan por tener ejecutivos autoritarios y legislaturas y sistemas judiciales débiles. Esta realidad política no se presta a desarrollar instituciones reguladores eficaces, que en el sector salud son necesarias para proteger al usuario y garantizar la calidad de los servicios. Hubiera tenido más sentido reforzar la capacidad reguladora de las instituciones públicas antes de descentralizar porque la capacidad reguladora de las autoridades provinciales y municipales es aun más débil.

Como dice Gómez-Dantés (2000) refiriéndose a México las autoridades de salud carecen de una cultura de monitorización y evaluación y no existen mecanismos formales para hacer que el gobierno rinda cuentas (accountable); este comentario se puede aplicar a otros países de la región. Bolis (2002) añade que los países de América Latina necesitan legislación que rijan la conducta de las empresas privadas, instituciones que supervisen, monitoricen y lleven a cabo auditorías técnicas y financieras de los proveedores privados y afirma que los países de la región necesitan legislación que corrija la asimetría de conocimiento que existe entre los que ofrecen los servicios y los que los reciben, para proteger a los pacientes de riesgos innecesarios, y para ayudarles a escoger entre las diferentes opciones que existen de tratamientos. Si en países con más recursos como EE.UU. las agencias reguladoras no han podido evitar la inequidad e ineficiencia, en países como la República Dominicana en los que la capacidad reguladora es casi inexistente el resultado puede ser

catastrófico (La Forgia et al. 2002) privatizar antes de aprobar la legislación necesaria es una imprudencia.

Los objetivos de la reforma no se han conseguido, más parece que el resultado ha sido lo contrario: ha aumentado el gasto, ha disminuido la calidad, la eficiencia, y la equidad. Nuestra investigación confirma que los países de América Latina, 10 o 20 años después de iniciadas las reformas neoliberales, están gastando más recursos en atención médica sin una correspondiente mejora en la eficiencia; todavía un número alto de personas, y en algunos países incluso más que antes de las reformas, no tiene acceso a los servicios de salud que necesitan; la inequidad no ha disminuido y en algunas partes ha aumentado; y en la región hay una indefinición o falta de seguridad administrativa por la confusión que ha creado la reforma. A pesar de todo ello, EE.UU. sigue con el empeño de reemplazar los sistemas públicos por los privados; de descentralizar los sistemas de salud cualquiera que sea la experiencia histórica y el contexto económico, social y político del país; de sustituir el principio de solidaridad por el del mercado; y negar la salud como derecho humano para convertirla en mercancía.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Ayala J, Fernández Mora B. Modalidad de Medicina de Empresa. En Bustamante RA, Sáenz LBD, Victoria Mejía D (Compiladores). Nuevas Modalidades de Atención Ambulatoria Urbana en Costa Rica. OPS-OMS. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 1992: 92-97.

Altobelli L. Community management of health facilities. Trabajo presentado en la reunión organizada por el Bando Mundial "The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor," San José, Costa Rica, 24 al 26 de mayo de 2000.

Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina), *Salud Colectiva*, 2006; 2(2):199-218.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. El estado y las EPS, los mayores deudores de los hospitales y clínicas. Bogotá: 30 de diciembre de 2002. Documento inédito.

Atkinson S, y Haran D Back to basics: Does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in North-east Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004; 82(11): 822-27.

Bolis M. Legislación y equidad en salud. *Pan American Journal of Public Health*, 2002; 11(5-6): 444-48.

Bustamante RA, Sáenz LBD, Victoria Mejía D (Compiladores). Nuevas Modalidades de Atención Ambulatoria Urbana en Costa Rica. OPS-OMS. Serie Desarrollo de Servicios de Salud 1992.

De Groote T, De Paepe P, y Unger J. Colombia: In Vivo test of health sector privatization in the developing world. *International Journal of Health Services*, 2005; 35 (1): 124-41.

Castañón RA, Arbelaez JJ, Giedion U, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. *Financiamiento y Desarrollo*, número 108. Santiago de Chile: CEPAL, 2001.

Geshberg AI. Decentralization and recentralization: lessons from the social sectors in Mexico and Nicaragua. Final Report. RE2/S02. Washington DC: The Inter-American Development Bank, enero de 1998.

Gómez-Dantés O. Health reform and policies for the poor in México. En Lloyd-Sherlock P (compilador). **Healthcare reform and poverty in Latin America**. Londres: Institute of Latin American Studies, The University of London, 2000. Págs 128-42.

Gonzalez-Block MA, Leyva R, Zapata O, et al. Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation, and results of policy. *Health Policy and Planning*, 1989; 4: 301-15.

Guevara EB. y Mendias EI. A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2002; 27(4): 235-44.

Homedes N y Ugalde A (compiladores). **Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform**. San Diego (California): Center for U.S-Mexican Studies, The University of California, 2006a.

Homedes N y Ugalde A. Nuevo Leon and Tamaulipas: Opening and closing a window of opportunity. En Homedes N y Ugalde A (compiladores). **Decentralizing Health Services in Mexico. A Case Study in State Reform** (op.cit). Págs. 231-268. 2006b.

Homedes N. Field notes visit to Piura (Peru). World Bank Mission, 1996.

Homedes N y Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 2005; 7: 83-96.

Homedes N y Ugalde A. Privatización de los Servicios de Salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica *Gaceta Sanitaria*_2002a; 16 (1): 31-42.

Homedes N y Ugalde A. Entrevista, 29 de septiembre de 2002b.

Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gazeta Sanitaria*, 2002; 16(1): 48-53.

La Forgia, GM. In search of excellence. Strengthening hospital performance in Brazil. Concept Paper. World Bank. Washington, DC: The World Bank, LCSHH, 19 de marzo de 2003.

La Forgia GM y Homedes N. Decentralization of health services in Colombia. A review of progress and problems. A Report to the World Bank. Washington, DC: The World Bank, 1992.

La Forgia, GM, Levine R. Díaz A y Rather M. Fend for yourself. Systemic failure in the Dominican health market. Documento inédito, 2002.

Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento del Desarrollo, Proyecto CEPAL/GTZ. Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Unidad de Financiamiento. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/FONASA, junio de 1999.

Lenz R y Sánchez JM. Equidad en la distribución de recursos en salud distribución. El caso chileno del SNSS: 1997. Seminario de políticas y estrategias innovadoras en salud. Santiago de Chile. Documento inédito, 1998.

Ministerio de Salud Pública. República de Chile. Reforma de salud. Santiago de Chile, 2003.

McGreevey W. Brazilian health care financing and health policy: an international perspective. JN/MT. Population, Health and Nutrition Department. Washington, DC: The World Bank, 1982.

Mohs, E. La salud en Costa Rica. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1983.

Mohs E (sin fecha). La reforma del sector salud en Costa Rica durante la década del 70. Documento preparado con el apoyo de UNICEF, contrato No 84.20.

Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? *Health Policy and Planning*, 2001; 16: 44-51.

Prud'Homme R. On de dangers of 1994. Decentralization. Policy Research Paper, número 1252. Washington DC: The World Bank, 1994.

Rosenbaum A, Rodríguez-Acosta C, y Rojas MV. Decentralizing the health service delivery in an emerging democracy: A case study of organizational change, civil society participation and local institutions building in Paraguay. *International Review of Administrative Sciences* 2000; 66: 655-72.

Ruíz Mier F y Guissani B. Descentralización y financiamiento de la provisión de servicios de salud en Bolivia. Informe de consultoría a CEPAL, ACIDI y ODA. La Paz Bolivia: CEPAL, 1996.

Sanguinety JA. La salud y el Seguro Social en Costa Rica. Informe final del proyecto de Asistencia Técnica. Ministerio de Planificación/Banco Mundial. Préstamo 2519, Componente No 3. San José, Costa Rica: Development Technologies, Junio 1988.

Sanguinety J, Ugalde A, Rizzo E, Garita A, Jillson-Boostrom I, Boostrom E. Los Servicios Públicos de Salud en Costa Rica: ¿Integración o Coordinación? Documento preparado para el Banco Mundial. San José, Costa Rica: Development Technologies, 1988

Sarmiento MC. Enfermedades transmisibles en Colombia: cambios ambivalentes. *Revista de Salud Pública*, 2000; 2(1)

Scarpaci JL. Primary-care decentralization in the southern cone: shantytown health care as urban social movements. En Weil C, y Scarpaci JL (compiladores) *Health and Health Care in Latin America during the Lost Decade: Insights for the 1990's*. St. Paul, Minnesota: The University of Minnesota Press, 1992.

Suárez Berenguela RM. Policy tools for achieving more equitable financing of an access to health care services in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*, 2002;11(5-6): 418-24.

Tanzi V. Corruption, government activities and markets. IMF Working Papers no. 99. Washington DC: IMF, 1994.

Titelman D. Reformas del sistema de salud en Chile. Serie Financiamiento y Desarrollo, no. 104. Santiago de Chile: CEPAL, 2000.

Titelman D. Reformas al sistema de financiamiento del sistema de salud en Chile. *Revista de la CEPAL*, 1999; 69: 181-94.

Ugalde A. Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en la atención de la salud. En Menéndez EL (compilador). Participación social: Metodología, problemas y expectativas. El caso de Nicaragua **1978-1989**. México DF: Instituto Mora, 1999; págs. 29-45.

Ugalde A, y Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 2002; 16(1): 18-29.

Ugalde A and N Homedes Estudio de la Consulta Externa en Costa Rica. Development Technologies. Documento preparado para el Banco Mundial. San José, Costa Rica: 1988.

Wong E. Booming China faults U.S. policy on the economy. The New York Times, 17 de junio de 2008 http://www.nytimes.com/2008/06/17/world/asia/17china.html?_r=1&hp=&oref=slogin&pagewanted=print

Zamora J. Descentralización en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Documento inédito, 2001.

CAPÍTULO 8

LA SANIDAD EN LA UNIÓN EUROPEA Y EL MERCADO EUROPEO DE SERVICIOS SANITARIOS

*Jane Lethbridge**

El concepto de subsidiariedad, es decir, el hecho de que los gobiernos de los estados miembros de la Unión Europea (UE) consideren que son los responsables de los servicios de Sanidad de cada uno de ellos, ha influido mucho en la política sanitaria europea. Aunque la UE no tiene una normativa específica para la Sanidad, sus tratados, convertidos en normas por medio de la legislación europea y por el Tribunal de Justicia Europeo (TJE), también han influido en la política sanitaria. Cada vez es más evidente de que las leyes de la Unión Europea, específicamente las que conciernen al mercado interior, están empezando a influir en los servicios sanitarios nacionales (1).

En este capítulo vamos a revisar de qué modo está afectando y empieza a modelar la legislación de la UE relativa al mercado interno a los sistemas sanitarios de los estados europeos. El análisis de las estrategias y la expansión de las empresas multinacionales de servicios sanitarios va a demostrarnos que empieza a emerger un mercado europeo de este tipo de servicios.

*Jane Lethbridge, Senior Research Fellow, en la Unidad Internacional de Investigación de los Servicios Públicos (PSIRU) y Principal Lecturer en la Escuela de Negocios de la Universidad de Greenwich. Sus intereses en el terreno de la investigación son la comercialización global de la asistencia sanitaria y social, el diálogo social y las respuestas de los sindicatos frente a la liberalización y la privatización.

1. La relación entre la legislación de la UE sobre mercado interno y la sanidad de los estados

El grado de sometimiento de las instituciones sanitarias a las leyes de la competencia de la UE depende de que dichas instituciones puedan o no definirse como “empresas”. Se entiende por empresa “una entidad que se dedica a la actividad económica, independientemente del marco legal en que se la encuadre y de su modo de financiación”. No hace falta que una determinada entidad obtenga beneficios para que se la considere empresa, de modo que instituciones sin ánimo de lucro y de tipo caritativo pueden considerarse empresas. Las asociaciones y las organizaciones también pueden contemplarse como empresas. (2)

Uno de los criterios para que se considere que una institución sanitaria no es una empresa es que sus actividades sean de tipo “estatal”, con contenido social, no estén remuneradas y se limiten a dar respuesta a unas verdaderas necesidades. Se entiende por “actividades estatales” aquellas que lleva a cabo el Estado en el ejercicio de su autoridad oficial. El punto clave es que la actividad se realice en el ejercicio de la autoridad oficial del estado correspondiente. Una actividad no es estatal si la institución que la realiza comercia también con mercancías con empresas privadas con ánimo de lucro. (3)

La definición de actividad social ha surgido de una serie de sentencias judiciales. Es preciso evaluar de forma individual cada una de las diferentes actividades para ver si la misma es de carácter social o económico. Si una institución sanitaria trabaja de forma tal que impide a una empresa privada, que trabaje de la misma manera, que obtenga beneficios, su actividad puede llamarse social en lugar de económica. Se trata de una actividad regida por principios de solidaridad y protección social. (4)

A un comprador de servicios sanitarios se le aplican unas consideraciones diferentes. Si compra servicios sanitarios en nombre de una población puede traslucir un interés económico y no meramente social,

incluso si los objetivos de la actividad son sociales. El aspecto clave es si la entidad se implica en actividades económicas de forma similar a como lo hace una empresa privada. Puede argumentarse que la tarea en cuestión se lleva a cabo por “interés general” e impedir que la misma como tal se realice aplicando la ley de la competencia. La prestación de servicios sanitarios, si no existe un pago identificable de los mismos, no se considera sujeta a la legislación relativa a la libertad de prestación de servicios ni a la relativa a la competencia. (5)

Las instituciones sanitarias pueden estar sujetas a la ley de la competencia. El aspecto clave es si se dedican a actividades económicas. Cada actividad tiene que juzgarse por sus méritos. Sin embargo, los resultados de las reformas sanitarias pueden implicar que, con la introducción de mecanismos de mercado y la descentralización, las instituciones sanitarias son más susceptibles de que se las considere sujetas a la ley de la competencia. El marco para establecer si las instituciones sanitarias tienen o no que someterse a la ley de la competencia de la UE es llamativamente parecido a las condiciones establecidas por el Acuerdo General el Mercado de los Servicios (General Agreement for Trade in Services or GATS, en inglés). El Acuerdo para el Libre Mercado de las Américas, ahora abandonado, contiene las mismas condiciones, lo que pone de manifiesto los vínculos que existen entre la introducción de las reformas en la línea del mercado en los servicios sanitarios nacionales y los acuerdos internacionales de comercio.

El impacto de la legislación relativa al mercado interior en lo que se refiere a la prestación de servicios sociales puede verse en el juicio que se llevó a cabo, como consecuencia de una demanda que, amparándose en la ley nacional de la competencia, lanzó BetterCare Group en 2002. BetterCare era una compañía privada que proporcionaba atención social y residencias, que funcionaba en Irlanda del Norte y que denunció la suma que había de percibir por el contrato que había firmado con

el consorcio ¹⁰⁷ de servicios sanitarios del Norte y del Oeste de Belfast que, a su vez, era también un prestador de servicios sociales y de residencia. Aunque el Departamento de Comercio Justo rechazó la demanda, con el argumento de que la prestación de servicios sociales por parte del consorcio mencionado no era una actividad económica, apelaron a un tribunal de la Comisión de la Competencia del Reino Unido que falló a favor de BetterCare. (6)

Todavía se están notando las implicaciones de esta sentencia. Land (2003) refiere como la sentencia obligó al Consorcio de Servicios Sanitarios del Norte y el Oeste de Belfast a vender a terceros sus servicios sociales y residenciales (7) A su vez, una compañía privada, 3i, que compró BetterCare, vendió su participación en el grupo al Grupo Four Seasons por 116 millones de libras esterlinas (unos 161 millones de euros). (8)

2. El tribunal de justicia europeo y la sanidad sin fronteras

El Tribunal de Justicia Europeo (TJE) se estableció en los años sesenta, con el objeto de que los individuos defendieran sus derechos frente a otros individuos o frente a entidades legales, tales como las compañías, y también para defender sus derechos frente al Estado. Ha desempeñado un papel destacado en la eliminación de las barreras a la libre circulación de mercancías y de servicios y ha contribuido a implantar políticas sociales de mayor alcance, tales como las de igualdad de sexos¹⁰⁸ y las de protección social. En lo que concierne a los juicios por asuntos sanitarios o de asistencia social, el TJE dispone de fondos separados, unos para quienes funcionan dentro del sistema de mercado y otros para los que lo hacen fuera del mismo y, en consecuencia, se rigen por la solidaridad.

Las normas que ha establecido el TJE respecto a la asistencia extrahospitalaria van a contribuir al desarrollo de un mercado sanitario de

¹⁰⁷ En Inglés "Trust", palabra de difícil traducción al Castellano, por lo que opto por "consorcio" (N. del T.)

¹⁰⁸ La expresión inglesa "gender equity", suele traducirse al castellano por "Igualdad de género", sin embargo, el género es un concepto meramente gramatical, las personas tienen sexo, no género. (N. del T.)

ámbito europeo. El TJE considera que, para este tipo de tratamientos, los enfermos pueden desplazarse a otros estados miembros de la UE sin que haya aceptación previa por parte de los mismos, pagar directamente los tratamientos que reciban y luego reclamar el reembolso a sus instituciones nacionales. Se han establecido cuatro circunstancias para que se abonen los servicios recibidos aun cuando el enfermo no hubiera recibido autorización previa. Puede pagarse el reembolso mediante un procedimiento transparente y oportuno, sujeto a un control jurídico o semijurídico. En los reembolsos los pacientes recibirán menos dinero del que hubieran recibido si se hubiesen quedado en su estado de origen. No se podrá rehuir tratar a los enfermos basándose en criterios meramente nacionales. La cuarta condición es quizá la más significativa. Tiene que pagarse el reembolso si el estado miembro de origen del enfermo no está en condiciones de aplicar el tratamiento en un plazo razonable. Un ejemplo de esto lo proporciona la experiencia del caso Watts, en el Reino Unido, en el que las listas de espera se presentaron como el motivo para solicitar recibir tratamiento allende las fronteras. (9). Esto es importante para el desarrollo de un mercado sanitario europeo, pues aporta una base legal para que los enfermos accedan a la atención sanitaria fuera de sus países de residencia.

3. La atención sanitaria y los Servicios de Interés General (SIG)

Las decisiones relativas a si la asistencia sanitaria y la social se definen como Servicios de Interés General (SIG), o no, van a influir también en las que adopte el TJE. El concepto de Servicios de Interés General se ha presentado como un medio fundamental para promover un elevado nivel de vida en la Unión Europea. Estos servicios desempeñan un papel crucial en la estrategia de Lisboa, al reducir la exclusión social, aumentar la cohesión territorial y apoyar la competencia precisa para el mercado interior.

Ha habido un amplio debate respecto a si la asistencia sanitaria y social pueden definirse como Servicios de Interés General y el asunto

no se ha resuelto aún: Penna y O'Brien (2006) consideran que los debates sobre los Servicios de Interés General reflejan los conflictos que hay entre un modelo social que defiende la política económica de la UE, por una parte, y, por otra, la promoción del mercado interior y la competencia (10).

En 2004, la Comisión Europea promulgó la Comunicación (COM(2004) 304 final) –*Modernizar la protección social para desarrollar tanto una asistencia sanitaria, como la de larga estancia, de gran calidad, accesible y sostenible: apoyo a las estrategias nacionales que empleen “el método abierto de coordinación”* (21/04/2004) (11). Este método recomienda “que la cobertura universal tiene que basarse en la solidaridad, según la estructura de cada sistema, beneficiando en particular a los que tienen pocos ingresos y a aquéllos cuyo estado de salud requiere una asistencia intensiva, de larga duración o cara”. También reconoce que, para determinados grupos de población, hay problemas de acceso a los servicios debidos a las desigualdades en la distribución de los puntos de prestación de los mismos. Los problemas de la contratación y el mantenimiento de las plantillas contribuyen también a las desigualdades en la prestación de servicios.

El informe reclama una “Una estrategia global para los sistemas sanitarios” que, en un momento inicial, debería a) proponer “Objetivos comunes para el desarrollo y modernización de la prestación y financiación de servicios sanitarios, que permitiría que los Estados Miembros definiesen su propia estrategia nacional y se beneficiaran de las experiencias y las prácticas de otros Estados Miembros”.

Una segunda comunicación se ocupa del “Gran nivel del proceso de reflexión” y expone un conjunto de propuestas “*Que proporcionen las vías principales para el objetivo de prestar un gran nivel de protección de la salud humana*” en las políticas de la Comunidad (12). El acceso a una asistencia de calidad incrementa la cohesión social. Existe alguna preocupación respecto a las implicaciones que conlleva el que el pro-

greso tecnológico dé lugar a un aumento de las demandas de atención sanitaria. Sin embargo, la sostenibilidad económica de la asistencia es más importante y se considera que depende de que se disponga de unos “*sistemas presupuestarios saneados y sostenibles*”. Se considera que la sostenibilidad financiera depende de un determinado número de instrumentos: porcentajes de reembolso, precios y número de los tratamientos para controlar los productos que se ofrecen o las prescripciones; presupuestos fijos en el sector hospitalario y “dar más responsabilidad en la gestión de los recursos a quienes trabajan en el sector y los que lo financian” (13).

Este abanico de instrumentos financieros indica que, mientras se está reconociendo la importancia de la cobertura universal, los aspectos financieros están dominados por el hecho de aceptar la limitación de los gastos del sector público y de seguir adoptando que exista el pago por parte de los usuarios. La necesidad de dar más responsabilidad a quienes trabajan en el sector y a quienes lo financian sugiere también que se van a dar oportunidades a los inversionistas privados para que influyan en el desarrollo del sector. Las políticas de “modernización” que se están introduciendo en los servicios sociales se basan en la necesidad asumida de disminuir los costes.

Se esperaba que la UE tuviese más influencia en el sector de la sanidad y los servicios sociales gracias al nuevo borrador de Directiva de Servicios (junio de 2004) *Los servicios en el mercado interior COM (2004) en la que se recomendaba que “los servicios sociales personales”* tienen que considerarse un Servicio de Interés Económico General (14). Si hubiese habido acuerdo sobre este punto, los servicios de asistencia social se hubiesen sometido a la ley de la competencia. Una de las implicaciones más importantes de este hecho hubiese sido que un proveedor de servicios que trabajase dentro de la UE estaría sujeto a las leyes de su país de origen y no a las del país en que prestase esos servicios.

Sin embargo, la versión final de esta Directiva de Servicios, aprobada por el Parlamento Europeo, excluyó los servicios sanitarios y sociales. Se consideró que esto era un éxito importante de quienes habían hecho campañas contra la mencionada directiva (15). Ahora bien, hay datos que sugieren que los principios de la competencia y del funcionamiento del mercado interior van a influir en cualquier Comunicación futura referente a servicios sanitarios o sociales.

En septiembre de 2006, la Comisión publicó un documento de consulta, llamado “*Consulta relativa a la actuación de la Comunidad sobre los servicios sanitarios*” (15). En ella se afirma que la actuación de la Comunidad sobre estos servicios debe basarse en dos elementos: la certidumbre legal y el apoyo por parte de los Estados Miembros. El concepto de “*certidumbre legal*”, se refiere a la aplicación de los contenidos legales de los fallos del TJE en relación con las previsiones del Tratado Europeo en lo que concierne a la libre circulación de los enfermos, de los profesionales y de los servicios sanitarios, es decir, a la asistencia transfronteriza. Sólo se tomó en consideración el apoyo de los Estados Miembros en los aspectos en los que la actuación europea pueda añadir algo a la nacional en el campo de los servicios sanitarios.

A principios del mismo mes, el 5 de septiembre de 2006, se informó de que el Comisario de Sanidad de la UE, Markos Kyprianu, había dicho que la Comisión Europea estaba dispuesta a adoptar una postura extrema respecto a la influencia del mercado interior en la Sanidad, por encima de cualquier debate democrático sobre el asunto. El Comisario Europeo de Sanidad afirmó: “*El mercado interior concierne a los servicios sanitarios. La gente puede comprar en cualquier lugar. La apertura del mercado podría abrir oportunidades de lucro para que los proveedores privados atraigan a los clientes*” (17)

En la afirmación por parte de Marcel Haag de abril de 2007, puede verse una versión algo menos extremista de este enfoque. El 19 de abril de 2007, Marcel Haag (2007), en una conferencia sobre los Servicios

de Interés General, organizada por el Comité de las Regiones (CDR) y el Comité Económico y Social Europeo (CESE), informó de que se estaba llevando a cabo una revisión del mercado interior. Esta revisión haría hincapié en los beneficios del mercado interior para el ciudadano, introduciendo dimensiones sociales y relativas a los consumidores. Los Servicios de Interés General tienen un importante papel que desempeñar en este proceso, por lo que la Comunicación que se pretende sacar sobre estos Servicios de Interés General se publicará después de que se haya completado esta revisión del mercado interior. Esta afirmación es una de las más recientes opiniones, provenientes de la Comisión Europea, que se han expresado en público, que muestra cómo la lógica del mercado interior sigue siendo la que está detrás de cualquier planteamiento relativo a los Servicios de Interés General. Si bien hay grupos dentro del Parlamento Europeo y muchos grupos externos que apoyan la campaña a favor de los Servicios de Interés General, la Comisión Europea está siguiendo unas políticas de mercado interior, con sólo un mínimo compromiso de establecer un marco para dichos servicios.

El 22 de noviembre de 2007, la Comisión Europea publicó una nueva Comunicación sobre *Servicios de Interés General, incluidos los sociales de interés general: un nuevo compromiso europeo* (18). En lo que se refiere a los servicios sanitarios, la Comisión anunciaba que publicará propuestas de un nuevo marco para “unos servicios sanitarios transfronterizos seguros, de gran calidad y eficientes” en Diciembre de 2007. Este documento tendrá en cuenta los “Principios y los valores comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea”, que se adoptaron en junio de 2006.

Esta nueva Comunicación también pone en marcha una estrategia para los servicios sociales en toda la UE y puede contemplarse la misma como indicativa de la perspectiva de la Comisión Europea. Propone el desarrollo de un “marco de calidad de la UE voluntario que proporcione guías sobre la metodología para establecer, monitorizar y evaluar crite-

rios de calidad". La Comisión también "*promoverá la formación de las autoridades públicas en el campo de los logros públicos*". Esto apoya claramente un abandono de la provisión pública directa de los servicios y un estímulo a favor de los criterios de calidad de tipo voluntario que substituyan a los establecidos de forma reglamentaria (19).

4. Compañías multinacionales de servicios sanitarios en el mercado europeo

Como hemos mostrado en apartado anterior, el mercado interior está infuyendo en las políticas sanitarias de la UE y, por defecto, de cada uno de los estados miembros. Paralelamente, las compañías multinacionales de servicios sanitarios están llevando a cabo sus estrategias de expansión en Europa.

Se han investigado las estrategias de tres compañías, Capio (Suecia), BUPA (Reino Unido) y Fresenius (Alemania), mediante una serie de entrevistas y un análisis de los documentos de las mismas y de otras fuentes de datos (20). Se eligieron estas tres compañías porque las tres estaban implicadas en cuantías diferentes en la prestación de servicios sanitarios a los servicios públicos. Cada vez hay más evidencia de que la naturaleza cambiante de la implicación del sector privado en el campo sanitario público en Europa está teniendo una influencia profunda en las estrategias de las empresas multinacionales. El paso desde la exclusiva contratación de servicios auxiliares a la de servicios clínicos proporciona nuevas oportunidades para que el sector privado entre en los mercados del sector público.

Las empresas sanitarias multinacionales se están convirtiendo en entidades expertas en cómo influir en los entornos nacionales. Son conscientes de que, para trabajar con los sectores sanitarios públicos, hace falta pactar sobre aspectos políticos que preocupan mucho. También están tratando de influir, y lo están logrando, para que se desarrollen mercados en los que en el momento actual desempeñan o esperan desempeñar un

papel en el futuro, bien sea actuando como grupos de presión sobre los gobiernos o poniendo en marcha actividades que permitan a cada una de las compañías entrar en un nuevo mercado (21).

Un examen más a fondo de las estrategias sanitarias de las multinacionales muestra que hay varias clases de objetivos que tienen que marcarse. Obviamente, hay un elemento de propia expansión en todos los objetivos, pero la naturaleza de esta expansión puede ser de carácter global, regional o en el mero ámbito de los mercados nacionales del sector público o del privado. El objetivo de varias compañías es expandirse en los mercados del sector público, este hecho es un dato significativo para comprender las estrategias de las multinacionales en Europa. A menudo este hecho está vinculado con que las compañías tengan la convicción de que están desempeñando un papel en la remodelación de los servicios nacionales de sanidad, como ocurre, por ejemplo, en el Reino Unido (22).

Hay que tratar de comprender a las empresas multinacionales, no sólo desde el punto de vista de sus estrategias actuales, sino también en relación con sus orígenes en el contexto de la evolución de los diversos servicios nacionales de sanidad. En Europa, las características de los diferentes colectivos nacionales de asistencia sanitaria privada se relacionan, en parte, tanto por el tipo de sistema sanitario de cada lugar, como por la evolución histórica del sector hospitalario privado. En determinados países, como es el caso de Francia, los proveedores privados de servicios sanitarios prestan servicio al sector público que les reembolsa directamente los gastos, de modo que tienen un papel claro en relación con dicho sector público. En otros países, tales como Alemania, en los que los sectores público y privado están más separados, los proveedores privados de servicios sanitarios prestan asistencia a enfermos con seguros privados (23).

En muchos países, la expansión del sector privado se ha llevado a cabo en el campo de la prestación de cuidados en residencias y a domicilio a los ancianos, a los discapacitados y a quienes tienen problemas

mentales, a lo largo de las dos últimas décadas. A medida que los sectores sanitarios públicos han comenzado a contratar servicios externos y a restringir la provisión de dichos servicios directamente por parte de los gobiernos, en determinados países, se ha ido creciendo, desde el punto de vista financiero, el sector sanitario privado, de modo que un reducido número de empresas han pasado a que las mantenga a flote el sector público. Determinadas sociedades anónimas privadas han empezado también a invertir en las empresas sanitarias privadas, lo que sugiere que esperan recuperar rápidamente el capital invertido. Aún así, en Europa, el crecimiento de las multinacionales sanitarias ha sido relativamente lento.

Las normativas gubernamentales influyen también en las estrategias de las multinacionales sanitarias. Las empresas son conscientes de que el hecho de estar sujetas al mismo régimen de inspecciones de calidad que el sector público ayuda a que se las considere actores de la misma categoría. Aunque sea menos positivo, las compañías se dan cuenta de que las restricciones respecto a la titularidad, limitan su campo de expansión. Un aspecto en el que las multinacionales sanitarias se han mostrado activas en su intento de actuar como grupos de presión respecto a los gobiernos es el tema de la regulación. En varios estados europeos ha habido recientemente debates sobre la forma y la amplitud de las normativas que se necesitan para el sector sanitario, en el momento actual, en el que presta asistencia un conjunto más amplio de proveedores (24).

La firma sueca Capio es un ejemplo de cómo la experiencia con los contratos en los países nórdicos influye en la forma en la que las empresas se plantean su postura en el conjunto del sistema sanitario. Bure, una compañía de inversiones gubernamental sueca, puso en marcha, en 1994, una división sanitaria. Esta división se aprovechó de los contratos externos de servicios sanitarios y sociales públicos. La floreciente división sanitaria salió a la bolsa sueca en el año 2000, con el nuevo nombre de Capio. Habiéndose ya afianzado como proveedor de servicios sanitarios, la misión de Capio en 2004 era “*prestar servicio al sector*

público”. Capiro fue la primera empresa privada que gestionó un hospital público en Suecia. Llamativamente, esta compañía es la dueña, en la actualidad, de la empresa hospitalaria que anteriormente era pública y que sigue siendo uno de los mayores concesionarios que prestan servicios sanitarios en el sector público. Capiro está desempeñando un papel activo en la nueva ola de concesionarios privados que proporcionan servicios sanitarios al sector público en el Reino Unido.

El NHS británico ha tenido una importante influencia en BUPA, una aseguradora sanitaria y que, al mismo tiempo, presta asistencia sanitaria sin ánimo de lucro, con sede en el Reino Unido, pero lo hace de tal manera que ha limitado la evolución de la asistencia de los problemas agudos por parte de dicho NHS. Sin embargo, la empresa se ha beneficiado de los contratos externos de atención social de los ancianos y de la atención infantil en el Reino Unido, lo que ha sentado las bases de su expansión a lo largo de la pasada década (25).

Fresenius, una empresa alemana cuya principal actividad es la fabricación de aparatos y productos para la atención a los enfermos renales, representa un papel clave en la industria mundial de aparatos médicos. Hasta hace poco, no se había dedicado a la prestación de asistencia sanitaria en general. Como quiera que, en su conjunto, la industria de los aparatos médicos es muy competitiva y la fabricación de equipos de diálisis ofrece, en el momento actual, pocas expectativas de innovación, Fresenius contempla la prestación de servicios sanitarios como un campo de potencial expansión (26).

A la vista de lo que sucede en el sistema sanitario alemán, el accionariado de esta empresa considera que sus oportunidades están más bien en la privatización de hospitales y no tanto en convertirse en un proveedor del sistema sanitario público. No obstante, hay indicios de que ciertas filiales de la empresa están respondiendo con bastante sensibilidad a las preferencias de los diversos gobiernos nacionales y, al mismo tiempo están tratando de influir en las mismas.

Fresenius es una empresa sanitaria que produce mercancías y servicios para varios sectores del mercado sanitario. También influyen en ella las políticas gubernamentales en los diversos contextos nacionales. El nivel de atención y apoyo que los diversos gobiernos proporcionan a los enfermos renales afecta a la posibilidad de proporcionar servicios de Fresenius. Sin embargo, la firma también forma parte de la muy competitiva industria que fabrica aparatos médicos para la asistencia domiciliaria, un nuevo campo cuya importancia está creciendo (27). La regulación es un componente que modula las relaciones entre las empresas sanitarias multinacionales y los gobiernos. Ayres y Braithwhite (1992) señalan que el comportamiento de las compañías debe ajustarse a las estrategias reguladoras que establezcan los gobiernos (28). El concepto de “regulación en respuesta a algo” se refiere tanto a lo que desencadena una respuesta reguladora como al tipo de respuesta que se pone en marcha. Los gobiernos necesitan tener presentes los diferentes comportamientos de las empresas y de las agencias que se van a someter a regulación, con objeto de ser capaces de implantar regímenes de regulación que respondan a dichos comportamientos.

Las relaciones que ya existen de antemano entre una empresa y el sector público influyen en los objetivos de la misma de crecer en el mercado del sector público. La experiencia de los contratos entre las empresas y el sector público ha contribuido a que se desarrollen este tipo de relaciones en Europa. El desarrollo y la evolución de los contratos en los diferentes países han formado parte del proceso por el que se han introducido las leyes del mercado en el sector sanitario (29). En algunos países nórdicos se ha acumulado durante una década experiencia de relaciones entre contratistas públicos y proveedores privados. Esto ha dado lugar a que determinadas empresas de esa región consideren que sus relaciones con el sector público son interdependientes.

El desarrollo de la contratación de servicios por parte del sector público ha dado lugar a evidentes refinamientos en los métodos que se

emplean para poner precio a los servicios sanitarios. Se ha producido un lento proceso para cuantificar los costes totales de los tratamientos sanitarios públicos. El sector privado ha criticado hasta qué punto los sistemas sanitarios públicos desconocen a menudo sus costes, lanzando la idea de que hasta que el sector público sea más realista respecto a sus propios costes y precios, el sector privado no va a ser capaz de competir de una forma efectiva. Esto sugiere que las empresas privadas europeas tienen la impresión de que están trabajando para lograr un nivel de competencia “ideal” con los proveedores del sector público.

Los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) son un método para clasificar a los enfermos, que se basa en las técnicas de diagnóstico y tratamiento que se emplean, la edad y la duración de las estancias hospitalarias. Con esto, se establece un coste uniforme para cada categoría de procesos patológicos y la suma máxima que se ha de reembolsar por cada categoría. El plan gubernamental de seguro sanitario de Estados Unidos, Medicare, introdujo los GRD originalmente en 1983, como un medio para tratar de controlar sus propios presupuestos. En el momento actual se está promoviendo y refinando el sistema en muchos países y se está empleando relacionándolo con la asignación de recursos y la fijación de los precios de los mismos (30).

Capio pensó que aunque los GRD podrían implicar potencialmente que se iba a tratar en términos de igualdad a los proveedores públicos y a los privados, ciertos gobiernos europeos todavía discriminan negativamente al sector privado inclinando el sistema de los GRD a favor de los proveedores del sector público. Por el contrario, BUPA considera que cada mercado es una unidad nacional separada a efectos de la fijación de precios, sin que haya ninguna homogeneización entre los diversos países.

En aquellos lugares en los que las empresas prestan servicios sanitarios directamente al sector público, como por ejemplo en Suecia, el uso de los GRD puede ser muy importante. A partir de 1994, se ha

concertado con Capiro la gestión del Hospital St. Goran de Estocolmo, el segundo en tamaño de Suecia. Los costes de los GRD de asistencia sanitaria en ese hospital son más baratos que en otros hospitales del sector público, porque no incluyen los costes de formación del personal. Como ejemplo de hasta qué punto los representantes del sector público se están comportando de una manera en la que lo que más importa son los precios, el ayuntamiento tiende a comprar más servicios sanitarios al Hospital St, Goran en el periodo final de cada año presupuestario, en el que los recursos económicos son más limitados (31). La regulación gubernamental de las empresas, por el momento, funciona como un sistema para establecer normas que regulen el acceso a un mercado o una profesión o que controlen la calidad de los servicios que se prestan. Una institución reguladora puede funcionar mediante inspecciones, sistemas de quejas u otras formas de supervisión. La regulación del sector sanitario la llevan a cabo agencias nacionales que, a menudo, pero no siempre, son independientes de los Ministerios de Sanidad. Hay opiniones diversas respecto a si los sistemas de regulación existentes son lo bastante fuertes como para controlar a los proveedores del sector privado, especialmente en el contexto de una presencia creciente de dicho sector privado en la sanidad pública.

Sin embargo, las empresas sanitarias multinacionales responden de muy diversas maneras a los diferentes tipos de regulación del sector sanitario. Los países en los que operan influyen en sus actitudes iniciales. La regulación respecto a la titularidad de las instituciones sanitarias, los patrones y criterios de calidad de la asistencia y las normativas sobre el empleo se han convertido en las preocupaciones más importantes de las empresas sanitarias multinacionales. La reglamentación relativa a los niveles de competencia profesional parece ser un aspecto menos importante para estas empresas, quizá porque aceptan los criterios salariales y las condiciones de trabajo de cada nación (32).

Los cambios de los gobiernos, tanto en su país de origen como en aquéllos en que operan, influyen de forma muy importante en Capiro, Fresenius y BUPA. Ciertas compañías tienen sus especificidades respecto a su deseo de trabajar para el sector público. Les gustaría que se las considerase en pie de igualdad respecto a los proveedores públicos. Estas empresas se han percatado ya de las políticas en apoyo suyo por parte de los gobiernos que desean eliminar las listas de espera usando la capacidad asistencial sobrante del sector privado. Esto plantea interrogantes sobre las similitudes y diferencias que existen entre los sectores público y privado y hasta qué punto las empresas quieren eliminar las diferencias. En algunos países, las empresas quieren mantener diferencias evidentes entre ambos sectores, pero en otros hay tendencias a favor de una mayor colaboración.

5. El mercado sanitario europeo

Las tres compañías mencionadas han experimentado varios cambios significativos en los últimos cinco años. Han cumplido muchos de sus objetivos estratégicos. Capiro, la empresa sueca, se ha expandido en España, Portugal y Alemania. Fresenius ha aumentado su actividad en el más amplio campo de la gestión de las instituciones sanitarias en Alemania y en los países de la Europa Central y del Este.

En septiembre de 2006, las autoridades alemanas de la competencia (Bundeskartellamte) aprobaron la compra por parte de Capiro de la Deutsche Klinik GmbH (Clínicas Alemanas, S.L.), uno de los diez mayores proveedores de servicios sanitarios de Alemania. Capiro se ha ido implantando de manera creciente en el mercado español. En la actualidad es la primera empresa privada de provisión de servicios sanitarios en España, mediante la adquisición del Grupo Sanitario IDC en 2005. Capiro también ha pujado con éxito para obtener un contrato a treinta años vista para la gestión del Hospital de Valdemoro de la Comunidad de Madrid. Prestará asistencia sanitaria especializada a una determinada población.

Es la primera vez que el Gobierno Regional de Madrid ha firmado un contrato de asistencia con base capitativa, o sea que la concesión se financia mediante el pago de una determinada suma anual por cada individuo incluido en el cupo (33).

En septiembre de 2006, Opica AB, que está constituida por dos fondos privados de inversión, Apax Partners Worldwide LLP y Nordic Capital Fund VI, compró Capiro. En noviembre de 2006 Capiro había dejado de cotizar en la bolsa sueca. Una parte de los términos del acuerdo, con objeto de conseguir un acuerdo por parte de las autoridades de la competencia de la UE, era que había que vender la división de Capiro de atención sanitaria de urgencias del Reino Unido. Esta división de Capiro se vendió en septiembre de 2007 a la empresa sanitaria australiana Ramsey (34). Este hecho demuestra que el mercado sanitario europeo está globalizándose.

Desde 2004, Fresenius ha seguido incrementando sus negocios de gestión de servicios sanitarios. A través de su división internacional de proyectos hospitalarios VAMED, está participando en consorcios público-privados (Public-private Partnerships ó PPP)¹⁰⁹ en Austria y en Bosnia Herzegovina. En 2005, Fresenius compró el grupo Helios, un grupo hospitalario privado alemán. El grupo de clínicas Wittgensteiner, adquirido por Fresenius en 2001, se ha integrado en el grupo Helios. En 2006, Fresenius compró otra empresa sanitaria privada, el grupo clínico Humaine (35). Hay signos de que la absorción de Helios no ha sido muy fácil. El hospital Herbolzheim, de Friburgo (Alemania), ha vuelto a ser gestionado por el ayuntamiento, después de haberlo privatizado y de que lo comprara el grupo Helios. El sindicato alemán Ver-di opinaba que Helios no estaba interesado en prestar servicios a la población local. Desde que se introdujo un sistema de fijación de precios usando Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), lo que implica que se paga una

¹⁰⁹ Los "Public-private Partnerships" son consorcios en los que se reúnen instituciones públicas y entidades privadas para aportar fondos con objeto de financiar, con ánimo de lucro, diversos servicios públicos y, en concreto, instituciones sanitarias. Se han utilizado ampliamente en el Reino Unido por los gobiernos de M. Thatcher, J. Mayor y A. Blair para financiar la construcción y funcionamiento de hospitales. (N del T)

determinada suma por cada cuadro clínico, en lugar de hacerlo por los tratamientos concretos, los hospitales más pequeños no han sido capaces de competir con éxito con los grandes. Ver-di también acusó a Helios de “gestión caótica” (36).

También hay evidencia de la forma en que BUPA está actuando en el mercado europeo. En 2007, BUPA vendió a Cinven, un fondo privado de inversión europeo, sus 25 hospitales del Reino Unido por 1.440 millones de libras esterlinas (1.940 millones de euros), con objeto de pagar deudas y centrarse en un crecimiento a largo plazo de la compañía, en el ámbito internacional y en el sector asistencial. Se trata de un cambio dramático para BUPA que, desde la Segunda Guerra Mundial, ha sido uno de los principales proveedores de asistencia sanitaria del sector privado en el Reino Unido. Los motivos para que BUPA haya llevado a cabo esta venta son que la economía sanitaria del Reino Unido ha experimentado un enorme cambio y que la empresa desea proseguir su crecimiento en el sector de la asistencia social y liberar capital para expandirse en el mercado internacional (37).

Aunque BUPA ha vendido en 2007 sus hospitales en el Reino Unido, su filial española, SANITAS, ganó un concurso convocado por un gobierno autonómico español para construir y hacer funcionar un nuevo gran hospital público en Manises, Valencia. El contrato a quince años vista de concesión administrativa^{110*} con el gobierno de la Comunidad Valenciana incluye la edificación y la gestión del nuevo hospital, así como la actualización y el hacer funcionar los centros de atención primaria del área. Sanitas ha formado un consorcio con Ribera Salud, que pertenece a dos entidades bancarias españolas, Bancaja y Caja Mediterráneo (38). El coste del proyecto es de 137 millones de euros (39). Sanitas se ha convertido también en el segundo proveedor privado de cuidados a largo plazo de España, desde que, en 2006, adquirió el grupo de residencias

¹¹⁰ La autora emplea la expresión inglesa “Private Finance Initiative” (Iniciativa de financiación privada) o PFI, muy conocida para quienes nos hemos interesado en por estas cuestiones. Su equivalente en España se ha denominado “Concesión Administrativa”. (N. del T.)

Euroresidencias y los centros de día de la compañía española Saarema Inversiones (40). Estos hechos reflejan la estrategia propia de BUPA en el Reino Unido de expandirse en el campo de la prestación de servicios sociales.

Cinven, el comprador de los hospitales de agudos de BUPA es un fondo de inversión privado europeo con más de una década de experiencia en invertir en empresas sanitarias. En 2005, compró los Consorcios para la Asistencia al Grupo General Health que proporciona servicios de salud mental y unidades de otras especialidades. Del mismo modo que compró los hospitales de BUPA en 2007, lo hizo con un grupo hospitalario privado español, el grupo USP Hospitales, propiedad de Mercapital, un grupo inversor privado español. El grupo USP Hospitales es la primera empresa independiente en el mercado sanitario privado español y el segundo proveedor del mercado de seguros sanitarios. Cinven pretende expandir la compañía mediante más adquisiciones en España y en los mercados internacionales. El grupo USP Hospitales ha adquirido recientemente un 25% del capital de HPP, el cuarto grupo hospitalario en Portugal (41). Estas dos recientes adquisiciones sugieren que Cinven ha tomado en consideración al sector sanitario europeo como un importante campo de inversión. Se considera que España tiene un sector sanitario que crece rápidamente.

6. Conclusión

En la Unión Europea ha habido un número creciente de debates sobre la creación de un mercado europeo de servicios sanitarios. Los juicios del Tribunal Europeo de Justicia han mejorado las condiciones para que haya una asistencia sanitaria sin fronteras. De forma paralela, las empresas sanitarias multinacionales europeas se han extendido por los diversos países del continente. Lo que había empezado como un crecimiento para prestar servicios sanitarios a los sistemas sanitarios públicos de cada estado, empieza a convertirse en parte de una estrategia más amplia: desarrollar un mercado sanitario que abarque a toda Europa. La legislación

interior de la UE sobre mercado interior va a favorecer esta idea. Incluso en el momento actual, es evidente la naturaleza cambiante de este mercado, al observar lo deprisa que cambia la titularidad de las empresas sanitarias lo que acabará por llevarnos a un mercado globalizado.

BIBLIOGRAFÍA

Mossialos E, McKee M, Palm W, Karl B, Marhold F. (2001) The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union. Brussels: Observatoire Social Européen, 2001. www.ose.be/health/files/corereport.pdf

Mossialos et al, 2001:88

Mossialos et al, 2001:89

Mossialos et al , 2001:89-90

Mossialos et al, 2001:90-91

Pollock A.M. & Price D. (2003) The BetterCare judgment a challenge to health care British Medical Journal (BMJ) 2003;326:236-237

Land H. (2003) 'Leaving care to the market and the courts' Paper presented at the ESPAnet conference on Changing European societies – the role for social policy Copenhagen, November 2003

3i (2007) www.3i.com

European Parliament (2007) The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services (IP/A/IMCO/FWC/2006-167/C3/SC1) Briefing Note IPOL/ DG INTERNAL POLICIES OF THE UNION Policy Department Economic and Scientific Policy

Penna S. and O'Brien M. (2006) What price social and health care Commodities, competition and consumers Social Work and Society An International On-line Journal 4(2)

<http://www.socwork.net/2006/2/articles/pennaobrien>

Commission of the European Communities (2004) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Modernising social protection for the development of high-quality, acce-

ssible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination” Brussels 20.4.2004 COM(2004) 304 final

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL, THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS (2004) Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination” Brussels, 20.4.2004

COM(2004) 304 final

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL, THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS (2004) Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination” Brussels, 20.4.2004 COM(2004) 304 final p.9

European Commission (2006) Draft Services directive Amended proposal for a DIRECTIVE OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL Brussels, 4.4.2006 COM(2006) 160 final http://ec.europa.eu/internal_market/services/docs/services-dir/guides/amended_prop_en.pdf

European Parliament (2006) DIRECTIVE 2006/123/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 12 December 2006 on services in the internal market. Strasbourg, 4.04.2006 Services directive: Commission communication on the revised version http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/services_directive/060404_services_comcommunicationrev_en.pdf

European Commission (2006) Consultation regarding community action on health services 2006 2006 Brussels, 26 September 2006 SEC (2006) 1195/4 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_en.pdf

Financial Times 4 September 2007

European Commission (2007) Communication on “Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment

Commission of the European Communities (2007) Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the committee of the regions Services of general Interest, including social services of general interest: a new European commitment COM (2007) 725 final provision version

UN Research Institute of Social Development (UNRISD) Commercialization in health care research project

Lethbridge J. (2005) ‘Strategies of Multinational health care companies in Europe and Asia’ chapter in Mackintosh M. & Koivusalo M. (eds.) (2005) Commercialization of health care global and local dynamics and policy responses Basingstoke: Palgrave MacMillan

Lethbridge J. (2005)

Lethbridge J. (2005)

CAPÍTULO 9

LA GLOBALIZACIÓN Y LA COOPERACION PARA EL DESARROLLO EN EL SECTOR SALUD

*Juan Luis Uría Serrano*¹¹¹

1. La globalización económica

Desde finales de los 80, las instituciones económicas nacidas de la Conferencia de Bretton Woods (1944), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), impulsaron una especie de “decálogo” para “orientar y modernizar” el capitalismo del siglo XXI, que se conocen como el Consenso de Washington¹¹². Descansaba este decálogo sobre la base de considerar nociva la presencia del Estado en el ámbito económico y de situar de nuevo al mercado como eje vertebrador de la actividad económica, tanto al interior de los estados como en el contexto de las relaciones económicas internacionales.

Los escasos resultados obtenidos y, por otra parte, el éxito conseguido por las experiencias de las economías emergentes asiáticas, que se

¹¹¹En este artículo he recogido las aportaciones y sugerencias de amigos y amigas, con experiencia en la cooperación para el desarrollo en el sector salud, en el marco de distintas ONG y, desde la reflexión comprometida, en la UPV/EHU. Estos son Luis Guridi, Jon de la Huerta, Jose Luis Albizu, Mariluz Esteban, Andrea Ruíz, Mario Fernandez. Eskerririk asko denori

¹¹²Expresión que se debe al economista John Williamson, que contempla una serie de medidas y recetas de política económica: disciplina presupuestaria; reorientación del gasto público; reforma fiscal encaminada a ampliar la base imponible y a mantener tipos marginales moderados; liberalización financiera, sobre todo relativa a los tipos de interés; tipo de cambio competitivo; apertura comercial; liberalización de la inversión directa extranjera; privatización de empresas públicas; desregulación (esto es, eliminación de barreras de entrada y salida de los mercados de trabajo y de productos); derechos de propiedad (privada) garantizados, especialmente en el sector informal.

habían situado básicamente al margen de este tipo de políticas, tuvieron su influencia. A finales de los años noventa, principalmente al Banco Mundial¹¹³, incorporó algunos matices en la línea de reconocer y aceptar la intervención del Estado, como garante de la competencia en el sector privado, del fortalecimiento institucional, del incremento del capital humano o de la protección de los sectores más vulnerables y el medio ambiente, aunque siempre en un papel subsidiario con respecto al mercado, en el campo de la estabilidad macroeconómica.

2. Las políticas de salud en el contexto de la globalización

En los años 60 y 70 se desarrollaron experiencias de “buena salud” en distintos ámbitos internacionales. En 1975, Mahler, Director de la OMS y la propia OMS en su conjunto (eran los tiempos donde esta organización intergubernamental del Sistema de Naciones Unidas tenía cierto liderazgo técnico y social en las políticas de salud), propusieron la idea utópica y movilizadora de “salud para todos en el año 2000”. En 1978, en la Conferencia de Alma-Ata, la OMS y la UNICEF propusieron procesos de participación comunitaria y estrategias de impulso a la Atención Primaria de salud.

En los 80 y 90, la corriente predominante de pensamiento y acción neoliberal contemplaba la salud como “inversión”, y consideraba a la sanidad pública como obstáculo para la iniciativa privada. Según los mentores del neoliberalismo, las políticas de salud debían adecuarse, necesariamente, también a dichas políticas de desregulación, de fragmentación institucional lideradas por el mercado, que se convierte, de este modo, en el verdadero determinante de la organización de los servicios sanitarios, de los programas de salud y de la práctica clínica.

¹¹³(Ver Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997)

La OMS pierde así su liderazgo en el sector y financia con capital privado algunas de sus acciones más relevantes, al tiempo que otros organismos como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio (entonces GATT) adquieren protagonismo y preponderancia. Estas organizaciones, se afirma, "...no tienen obligación social con la salud, pero sí con la economía...". Invertir en salud por parte del Banco Mundial, con sus propias propuestas, representó un verdadero "golpe de estado" a la OMS, sustituyéndola a partir de entonces. En Guatemala, por ejemplo, según algunos de sus protagonistas, la OMS se convirtió en una verdadera ONG del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). De hecho, el BID, pasó a ser la gran asesora y supervisora del Ministerio de Salud del gobierno de Guatemala, a través de sus contratos de créditos, durante todo el proceso de la reforma sanitaria.

Realmente, el gasto en sanidad se intensificó de modo que favoreció a las multinacionales de la tecnología más puntera, a los "superespecialistas" o especialistas médicos de elite y a la investigación farmacológica, también puntera, que se desinteresaba, objetivamente, de los padecimientos de las mayorías empobrecidas y de sus causas prevalentes de enfermedad y muerte (hambre, malaria, tuberculosis,...).

Los grupos de población "vulnerables" a los distintos factores de riesgo en el proceso de enfermar y morir, se establecieron rápidamente en la "aldea global": los niños y niñas menores de cinco años, las mujeres, y los mayores de 65 años, que alcanzaban, a principios de siglo, ya el 15% de la población mundial. La transición demográfica ya se empezaba a establecer en muchos de los países en desarrollo, y crecía el número de personas mayores, sin disminuir, de forma importante, la mortalidad infantil y preescolar ni, como algunos esperaban, las tasas de natalidad y de fertilidad.

Los nuevos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados en la 55ª Asamblea General de la ONU reunida entre el 6 y el 8 de septiembre del 2000, son en este momento el desafío, y ya están marcando

las prioridades en las políticas de salud de algunos de los gobiernos firmantes.

Por otra parte, se sustituyó a las propuestas del Informe Dawson (1920) sobre la regionalización por niveles de la atención sanitaria (primario, secundario y terciario), y de la Conferencia de Alma-Ata sobre la estrategia de atención primaria de salud (1978) por la fragmentación de unidades e instituciones sanitarias, la falta de integración en los procesos de atención a la salud de las personas y la utilización e hiperconsumo de fármacos y tecnología médica en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, desde las sucesivas conferencias internacionales sobre promoción de la salud y sus estrategias (desde la Carta de Ottawa en 1986, hasta Adelaida), se desarrollaron discursos alternativos que miraban a la gente, que contemplaban a los grupos sociales, como sujetos de las acciones de salud. Estos verdaderos “núcleos de resistencia”, tuvieron un impacto muy débil en las políticas asistenciales de carácter biomédico, al menos en los discursos.

Realmente, las Estrategias de Promoción de Salud, retomadas con ilusión como el paradigma de una nueva intervención en la salud de las personas, que coloca lo social como determinante de lo biológico, sin por ello olvidar la importancia de los factores biológicos en los procesos de enfermar, han representado el discurso alternativo más claro a las políticas asistenciales, y de uso indiscriminado de tecnologías y fármacos, de acuerdo con las orientaciones mercantilistas de los servicios de salud. Esta estrategia, según se decía en sus principios de actuación, debería abarcar a todos los servicios sanitarios y las políticas de salud.

Todas las propuestas tales como la promoción de la salud, la acciones por mejorar el modo de vida o la calidad de vida, la mejora de espacios urbanos y rurales para vivir, las políticas de ocio y tiempo libre, la organización del trabajo, la alimentación, el manejo de tóxicos como el tabaco o el alcohol, el control de la contaminación, la prevención del stress o los problemas de la salud mental, tuvieron impacto en múltiples grupos

sociales organizados, en las Escuelas, en los centros de trabajo. Se pretendía que la población organizada tuviese un papel activo en el cuidado de la salud desde sus propias concepciones y culturas, desde sus propias capacidades. Las propuestas buscaban la autonomía de las personas, de los pacientes, ante los servicios y ante los profesionales sanitarios.

En síntesis, podemos identificar las consecuencias para las políticas de salud de la Globalización económica en las siguientes áreas temáticas:

1. La globalización, en las condiciones actuales, favorece las políticas de mercado de las multinacionales farmacéuticas (las diez principales empresas controlan el 35% del mercado mundial). Restringen y orientan y regulan el mercado en función de la demanda, no de las necesidades de las mayorías sociales. Orientan la investigación desde criterios exclusivos de rentabilidad económica, y, a través de las patentes, controlan la producción de materias primas y su uso en la producción de medicamentos genéricos.

2. La globalización, a través de la aplicación de las políticas de ajuste, descapitaliza los programas sociales de los gobiernos, favoreciendo la insuficiencia de recursos de todo tipo en las redes de servicios sanitarios de carácter y de titularidad pública. Por ello abundan en el desprestigio e incapacidad de solución de problemas de salud de los mismos, además hacerlo en la propia insatisfacción y desmotivación profesional.

3. La aplicación de políticas macroeconómicas de corte neoliberal produce marginación social y aumento de la pobreza de importantes sectores de la población ya de por sí empobrecidos. Éste es el principal factor de riesgo para la salud de las personas y de los pueblos.

4. Las mejoras de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento es un hecho en todo el mundo. Sin embargo, sus costes son inaccesibles, aumentando la falta de equidad en el acceso universal a las prestaciones sanitarias.

5.El aumento de guerras y conflictos favorece el aumento de migraciones y del aumento de la pobreza, desestructurando los tejidos sociales. Dicha ruptura de la cohesión social erosiona la diversidad cultural y consolida la falta de tejido social, destruyendo las redes de apoyo familiar y comunitario.

3. La cooperación para el desarrollo en salud

La cooperación para el desarrollo en salud, y su práctica social y sanitaria, no podía dejar de estar condicionada por estos parámetros. Aunque somos conscientes de que los fenómenos sociales no son lineales, sino más bien complejos y, por ello, las variables que inciden en su análisis son suficientes como para tomarlas en cuenta con una forma de pensamiento asimismo compleja, podemos afirmar que la práctica social de las ONG en el sector salud se ha desarrollado en este contexto internacional.

Hay, al menos dos puntos de vista respecto a la cooperación, el desarrollo y el movimiento de la solidaridad de las ONG y otros organismos sociales de cooperación en salud: el punto de vista de los países del norte y el de los países del sur. Incluso desde los países del norte, tanto la evolución histórica como las culturas organizativas y la experiencia acumulada, son distintas, según se analice el fenómeno desde Europa, Canadá, Japón o EEUU. Así mismo, contemplado desde Europa, el desarrollo histórico de la participación política y social, y de los instrumentos y organizaciones de que se han dotado los grupos sociales que han practicado el internacionalismo, son diferentes, incluso en el terreno del movimiento de solidaridad, en su conjunto, y en el del papel, en concreto, de las ONG de desarrollo. No es lo mismo el proceso de descolonización en el Reino Unido, Francia o Bélgica, y el nacimiento de las ONG, o la vivencia de los horrores de la primera y la segunda guerras mundiales, que

el desarrollo político-social, y la historia de sus gentes¹¹⁴, en el Estado Español después de una guerra civil y casi 40 años de Dictadura.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la posición del análisis se sitúa desde la experiencia de la cooperación para el desarrollo tal como la entendemos en los países del norte, y en concreto desde la experiencia europea enmarcada en el Estado Español.

De igual manera, cuando hablamos con una visión que intente amortiguar el enfoque “etnocéntrico” de los análisis y situamos el enfoque del problema en los países del Sur no es, lógicamente, lo mismo el análisis realizado por Gobiernos u organizaciones internacionales que desarrollan su actividad en estos países, que el de las organizaciones sociales, como por ejemplo la organización “vía campesina”, o las reflexiones desde grupos Indígenas de Bolivia o Guatemala, o desde el Kurdistan Irakí. Esta situación la hemos observado, por ejemplo trabajando con “Muslim Aid” en Palestina, una experiencia muy distinta del trabajo realizado por varias ONG y grupos profesionales médicos con distintos grupos religiosos en África subsahariana.

Desde la desaparición de la guerra fría se multiplicaron los conflictos en todo el mundo, reapareció la guerra con todo su horror: Sarajevo, Albania, Georgia, Chechenia, Haití, Afganistán, Pakistán, Tailandia, Indonesia, Sri Lanka, Etiopía, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Ruanda y Burundi, Sahara, Palestina, Sudan, Irak. Estos conflictos, muchos de las cuales no están aún cerrados, han sido inspirados, impulsados y favorecidos por el complejo militar-industrial de los centros de los Imperios. Todo ello ha tenido lugar en el escaso plazo de los últimos 15 años.

¹¹⁴Término acuñado por Erick Wolf en su excelente libro sobre la historia de Europa.

La Acción Humanitaria, la Ayuda Humanitaria, ganó terreno ¹¹⁵, y también aumentó el porcentaje presupuestario y la presencia mediática en relación con la que se calificó como cooperación para el desarrollo. Todo ello afectó al movimiento de las ONG en el sector salud, especializándose de hecho en ayuda de emergencia varias de las organizaciones más veteranas: Médicos sin Fronteras (MSF), Médicos del Mundo (MDM), Save the Children, Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Incluso la Federación de Medicus Mundi aumentó su presencia en poblaciones en situación de refugio o conflicto. Las actividades de Federaciones Nacionales de la Cruz y Media Luna Rojas, Equilibre, Quandil, Intermón-Oxfan, Acción contra el Hambre, así como el trabajo del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) se incrementó en todo el mundo, aumentó de forma geométrica el número de refugiados, y ello supuso la insuficiencia de la mayoría de sus programas de ayuda, sobre todo los de Seguridad Alimentaria.

¿Cómo valorar el papel de las ONG en el campo de las políticas sanitarias? Destaquemos algunos aspectos de avance y, a renglón seguido, establezcamos algunas reflexiones sobre los problemas y retos, una vez caracterizada la cooperación en el ámbito del Estado Español:

1. Las ONG están desarrollando en estos momentos verdaderas políticas de “lobby”, de grupos de presión frente a los diversos atropellos o imposiciones. Estas políticas de traducen tanto en las denuncias de corrupción y “mal gobierno” de recursos e instituciones sanitarias, como en las de las violaciones de derechos humanos, del derecho a la vida, a una sexualidad libre y planificada o las relativas a la falta de libre acceso a algunos medicamentos vitales, como los antirretrovirales,

¹¹⁵ Cuando se habla de Acción Humanitaria, o Ayuda Humanitaria, se refiere al trabajo que las ONG y otros organismos internacionales realizan en las emergencias, en las situaciones graves de emergencia, como catástrofes naturales (Terremotos, Tsunami, huracanes, etc.) o como consecuencia de guerras, hambrunas, u otro tipo de conflictos. Ello ocasiona miles y miles de refugiados en todo el mundo. Se intenta diferenciar en las acciones de las ONG la ayuda humanitaria o ayuda a las emergencias, de la denominada cooperación para el desarrollo, que intenta incidir con sus acciones en un desarrollo social y económico sostenible en las comunidades donde se realizan proyectos de salud.

antimaláricos o antituberculosos. Han denunciado las políticas sobre patentes y el acoso de la OMC contra algunos gobiernos que han sido audaces en la fabricación de medicamentos genéricos necesarios para sus poblaciones afectadas. Mediante la internet y los grupos de “blog” informáticos, dichas políticas de “lobby” pueden movilizar en red a miles de profesionales en estas tareas, muchos de ellos líderes clínicos, académicos o investigadores.

2. Las ONG que trabajan en el ámbito de la salud están intentando, de nuevo, desarrollar tejido comunitario en sus proyectos y programas. Están impulsando procesos que pretenden hacer que sea la propia sociedad la que tenga el poder respecto al cuidado y a la exigencia de la salud como derecho. Están retomando y modernizando el discurso de los años 70 de impulsar la formación de Agentes Comunitarios de Salud, de Comités de Salud Comunitarios, como sujetos sociales. Los errores no son pocos, porque no es fácil trabajar en medio de la pobreza. Las condiciones de supervivencia económica en las que viven muchas comunidades, muchos pueblos, muchas colonias urbanas marginales o aldeas rurales, no favorecen habitualmente la organización social. La pobreza también destruye el tejido social. El voluntariado social es difícil en condiciones de extrema pobreza, sin embargo existen experiencias suficientes para, aprendiendo de los errores, evitar la “ongneización” de los movimientos populares y afianzar políticas de tejidos de salud comunitarios.

3. Sin duda, las ONG han permitido y han sido vehículos de la participación social de decenas de miles de profesionales sanitarios en los últimos años, más que otros instrumentos o plataformas de participación social o política. Éste es un hecho relevante. Las ONG en el sector salud han sido y son un vehículo de participación social y desarrollo profesional. No conviene despreciar este hecho en momentos de necesario aprendizaje de reorganización de los tejidos sociales, de la llamada “nueva horizontabilidad social”.

4. Las ONG son, sin duda, más si cabe que la cooperación bilateral o la cooperación entre otros agentes y ámbitos, instrumentos de transferencia de tecnología apropiada en salud. Al menos sería conveniente evaluar su eficacia, así como la eficacia de cada agente en la cooperación y, en concreto, en la transferencia de tecnología apropiada.

5. Las ONG son organizaciones intermediarias de otras formas de cooperación, tales como la cooperación entre otras entidades o agentes de cooperación, diferentes de las mismas ONG. Queremos decir que son facilitadoras, en el sentido de que se establezcan convenios entre facultades de medicina, de farmacia, de odontología o escuelas de enfermería, acuerdos entre sociedades científicas de profesionales o colegios profesionales, convenios entre escuelas de salud pública o líneas de investigación científica, hermanamientos o convenios entre hospitales, o entre servicios médicos o medico-quirúrgicos distintos de un hospital, entre centros de salud o consultorios, acuerdos de carácter científico, académicos, de formación o de transferencia de tecnología, entre secciones sindicales, entre bibliotecas o institutos de investigación, entre instituciones y entidades de países del norte y países del sur. Existen en el ámbito europeo y norteamericano (incluyendo Canadá), múltiples ejemplos a los que referimos.

6. Las ONG son agentes de “estrategias de intercambio” en el sector salud, en el ámbito de productos científicos, en el ámbito de intercambio de profesionales, de recursos tanto académicos como tecnológicos, por ejemplo, en programas de formación médica de pre o de postgrado. También son agentes que impulsan que se comparta la actualización de conocimientos en la práctica clínica. Un buen ejemplo de esto son las actividades, ya habituales, de no pocas ONG en el sector sanitario, asignando becas tanto de estudio como de especialización a profesionales del sur.

7. Las ONG son capaces de desarrollar alianzas con otras organizaciones profesionales, tanto sindicales, como sociales o ciudadanas. Así

lo atestigua su participación activa en los últimos Foros Mundiales de la salud, que han dado lugar a que se conformen verdaderos embriones de plataformas, en el ámbito internacional, contra las políticas de privatización de servicios sanitarios o a favor de discursos sobre políticas integrales de salud. La Acción Global de Salud (Global Health Watch), entre otras, es una buena muestra de lo que decimos. Aún estamos en el comienzo de ésta andadura, pero el rumbo es enérgico y moviliza ya de forma significativa recursos, redes sociales y personas en no pocos países.

4. La cooperación española en el sector salud

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en el Estado Español conoció últimamente un fuerte incremento en cuanto a los fondos destinados y alcanzó un total de 3.038.352.144 euros, un 25,12% más que en el 2005, y representó un 0,32% del Producto Interior Bruto. Este incremento también se reflejó en el sector salud, al que se destinó el 10% del total de la ayuda (269.773.064 euros), un 1,6% más que en 2005 ¹¹⁶.

La denominada Ayuda Multilateral canalizada a través de los organismos internacionales conoció un incremento de 25 puntos, llegando hasta el 57% del total destinado a la ayuda en el sector de la salud. Y ello fue a expensas del descenso de la AOD de carácter bilateral, esto es, de la ayuda gobierno a gobierno, lo cual es, sin duda, una buena noticia. La AOD en salud de carácter bilateral supuso en el 2006 el 43% del total de la ayuda, siendo el capítulo de su parte “no reembolsable” el 95,42%.

Con relación a los agentes donantes, la Administración General del Estado (AGE) supuso en el 2006 el 59,70% . De ésta cantidad, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), gestiona el 84,25%, y la cooperación descentralizada, vía Comunidades

¹¹⁶ Distintos organismos internacionales, cumbres y Plataformas, han recomendado a los países del Sur que dediquen el 20% de sus presupuestos al sector social. Asimismo se ha recomendado activamente a los gobiernos y financieras del Norte destinar el 20% del total de la ayuda, al sector salud. Estamos aún lejos en la cooperación española.

Autónomas (CCAA) y entidades locales (diputaciones y municipios) dedicó al sector salud el 39,72%. Las universidades, nuevo agente de cooperación en salud, manejaron el 0,58% del total del sector, esto es unos 679.737 euros.

Se puede afirmar que se han producido cambios de cierta importancia en el reparto de los agentes de la propia AGE, disminuyendo las ayudas vía créditos FAD (reembolsable) e incrementándose la partida de gestión vía AECI.

Para hacernos una idea más exacta, en la Ayuda Multilateral, los receptores principales fueron: Fondo Global contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM), 40,4%; Comisión Europea: Cooperación Internacional para el Desarrollo, 19,89%; Grupo de desarrollo de Naciones Unidas (UNDG), 12,78%; Organización Mundial de la Salud (OMS), 9,15%; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 3,91%; Fondo Europeo de desarrollo, 5,63%; Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP), 3,81%; Banco Africano de Desarrollo, 1,31%; Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 0,86% y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 0,86%.

En el caso de los destinos de la Ayuda Multilateral en acciones humanitarias, las organizaciones internacionales que recibieron los fondos son ACNUR, el PAM y la FAO.

Considerando el total de la AOD española por áreas geográficas, las áreas prioritarias que recibieron fondos fueron: África Subsahariana (39,37%); América Central (16,84%); América del Sur (13,49%); Oriente Medio (4,70%) y Asia Oriental (3,62%). Los movimientos migratorios desde los países subsaharianos a la Península Ibérica y al resto de Europa de los últimos años no son ajenos al aumento de fondos con destino a los países subsaharianos, en los que se originan dichos movimientos migratorios. Sin duda el “fenómeno de las pateras” y su impacto está modificando algunas políticas de cooperación.

Por otro lado, ha sido relevante el incremento de fondos propios para las acciones de emergencia de varias de las ONG sanitarias, que han aumentado, para las campañas de marketing, un 45 % con respecto al período anterior, en el caso de las ONG pertenecientes a la Coordinadora de ONG para el desarrollo de España (CONGDE); y un 35% a través de la colaboración con empresas y financiadores privados¹¹⁷.

La búsqueda del equilibrio entre fondos privados (propios) y fondos públicos (vía AGE, cooperación descentralizada, etc.) parece ser el objetivo de varias de las ONG españolas del sector salud.

Estas acciones de búsqueda de fondos en empresas, fundaciones, financiadores privados, etc.; se autorregulan por un código de conducta, consensado por el conjunto de las ONG que forman parte de la CONGDE. Este código de conducta es el verdadero marco de referencia en el que establecen los principios de actuación en la captación de fondos. La transparencia de las cuentas, la calidad de las acciones de cooperación y la profesionalización de los y las cooperantes son los bastones con los que camina el heterogéneo movimiento de las ONG.

5. Algunos problemas en la cooperación para el desarrollo y en la acción humanitaria gestionados por las ONGs

La Ayuda Humanitaria y la Cooperación para el Desarrollo en el sector salud se enfrentan a algunos problemas y líneas de reflexión de no poca importancia, entre los que subrayamos los siguientes:

1. El contexto político y social en el que de desarrollan las acciones de ayuda humanitaria o de reconstrucción y desarrollo. Los problemas de corrupción y “mal gobierno” en las organizaciones e instituciones sanitarias invitan a reflexionar sobre su influencia en las acciones de la ayuda y el conjunto de toma de decisiones que ello implica. Entre estas reflexiones, se incluye abandonar ciertos escenarios,

¹¹⁷ Es necesario continuar reflexionando sobre el fenómeno de la “Responsabilidad Social Corporativa” y su relación con el Movimiento de las ONG.

comunidades o países receptores de los fondos y las acciones de salud. Los problemas son siempre de carácter político, y el papel de las ONG sanitarias, como amortiguadoras de los problemas sociales más agudos, causados por las miserables políticas sociales de los gobiernos, es un verdadero papel de “apaga fuegos”, lo que obliga a una reflexión constante sobre la mutua relación entre la acción humanitaria, las acciones de desarrollo y la incidencia política. El reciente caso de Somalia que afectó a los cooperantes de MSF ha sido elocuente. La presión militar obligó a abandonar el país a MSF y a los proyectos en marcha que llevaban varios años funcionando.

2. ¿Quién o quiénes deben desarrollar los programas y las acciones de salud planificadas? ¿Las instituciones locales, los intermediarios comunitarios, las autoridades locales sanitarias, las asociaciones profesionales, los militares, la ONG del Norte directamente con la población beneficiaria? Sin duda esta cuestión no es baladí y cada día nuevos datos y nuevas experiencias ilustran las contradicciones que surgen a la hora de tomar decisiones. Este problema tiene que ver no sólo con garantizar la eficacia y la eficiencia de las acciones de desarrollo o de la acción humanitaria, sino con la “rentabilidad” de los organismos protagonistas de las acciones de la ayuda ante la población beneficiaria.¹¹⁸

Muchas y variadas ONG, en ocasiones por caminos ajenos a su voluntad, acaban “onegizando” a buena parte de los movimientos sociales a través de la funcionarización de los dirigentes, de modo que dichos movimientos pasan a ser controlados por las ONG, tanto en el sector salud como en otros sectores sociales de la cooperación. Este problema está lejos de estar resuelto, incluso dentro de las organi-

¹¹⁸ En este terreno existen posiciones distintas, desde ONG que siempre destacan cooperantes expatriados en el terreno de las actividades y, por otro lado, ONG que siempre “subcontratan” o establecen acuerdos o convenios con organizaciones locales para “gestionar” los proyectos con las poblaciones beneficiarias. En ambos casos encontramos problemas semejantes: la facturación, la contabilidad, los “informes narrativos”, la eficacia y eficiencia de los proyectos exigen tiempo, profesionalidad y la adecuada “cultura” organizativa lo que, necesariamente, desvirtúa las capacidades y funciones de las organizaciones sociales.

zaciones más comprometidas con los movimientos sociales más dinámicos sociales del sur. Muchos promotores de salud formados por ONG y muchos agentes sociales de salud, tienen una posición subalterna, no horizontal, respecto a los equipos de profesionales sanitarios del propio país, y de la ONG que los ha impulsado y “acompañado” en el proceso de formación.¹¹⁹

No se dispone de programas de formación de Salud Comunitaria homologados que hayan resistido la prueba de la acción social y sanitaria. En múltiples ocasiones se enseña al tejido comunitario a contemplar como problemas médicos aquéllos cuyo origen es la pobreza, a transformar en médicos e individualizar sus problemas de salud. Ello, en no pocas ocasiones, enmascara, cuando no oculta, la dimensión social del proceso de enfermar, tanto en las enfermedades agudas como crónico-degenerativas.

La denominada transición epidemiológica ¹²⁰ hoy ocupa a todos y afecta a las poblaciones el Norte y del Sur. En el afán de ver cumplidos los objetivos de los proyectos de cooperación, con el propósito de obtener mejoras rápidas en salud, se acaba preparando a trabajadores comunitarios de salud de modo tal que reproducen el modelo biomédico y generan, de nuevo, desigualdades en su práctica sanitaria.

Se separan y se jerarquizan los que “saben” y los que “no saben”. Se reemplaza su medicina social por la medicina “química”. Lo de “ellos” no vale, lo de las ONG, sí. Así nos lo comentan compañeros médicos con muchos años de trabajo como cooperantes en Centroamérica, en Asia Oriental o los países del África subsahariana. Son aún pocas las ONG del sector salud que estimulan con sus cooperantes estas reflexiones, estos

¹¹⁹ Son significativas las evaluaciones de la actividad de promotores de salud realizadas por MSF en Camboya y Guatemala, la INS, en Guatemala, y por Osalde, en Honduras.

¹²⁰ A la existencia, entre las causas de enfermar y muerte, de enfermedades de origen infeccioso, como el cólera, el dengue, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis o la filariasis, junto a enfermedades de perfil crónico degenerativo, como Las cardiopatías, la enfermedad cerebro vascular aguda, el cáncer o los trastornos de salud mental, se le denomina transición epidemiológica y es, actualmente, lo que ya nos encontramos en las poblaciones de países en vías de desarrollo

procesos de verdadera autocrítica, pero el camino se ha iniciado, se habla de un “nuevo neocolonialismo en los procedimientos de intervención sanitaria”. La experiencia de estos 25 años ya es suficiente para modificar comportamientos “pseudomédicos” que favorecen la jerarquización de las relaciones con los pacientes. Ya se están introduciendo, desde la Bio-ética, en las prácticas de cooperación en los países del norte, propuestas de “democratización cultural y social” de las relaciones entre técnicos sanitarios y población. Desde los países del sur surge una exigencia de acabar con neocolonialismos (Postcoloniales?) en las intervenciones sanitarias. Es pronto aún para hacer una evaluación en estos aspectos, tan necesaria, por otra parte.

3. ¿Cómo se puede vender armas a Marruecos y a la vez subvencionar programas de Seguridad Alimentaria para los refugiados saharauis en los Campos de Tindouf?. En la Declaración de París este problema se ha denominado **la coherencia de políticas públicas** (la política exterior o la política comercial) con respecto a las políticas de cooperación al desarrollo y, en particular, con la Ayuda Humanitaria. El conjunto de ONG y de organismos que participaron en las reflexiones que ocasionaron la declaración de París, fueron nítidos en este aspecto: la falta de coherencia de las políticas de ayuda al desarrollo cuestiona el sentido de ésta y su eficacia ante de los agentes sociales. Los Gobiernos de Francia y España están ocupándose, en estos momentos, del caso concreto de las relaciones con Marruecos y la colaboración, a la vez ¹²¹, con la supervivencia de los cientos de miles de refugiados saharauis en el Suroeste argelino.

4. El acceso de la población a la Ayuda Humanitaria directamente no es hoy, todavía, un asunto solucionado. El acceso de los grupos más vulnerables a las acciones de salud tiene aún demasiados intermediarios. En algunos casos, mejoran y aumentan la eficacia de las acciones de

¹²¹ La situación del pueblo saharauí es profundamente injusta y un verdadero estigma para el abortado proceso de descolonización español, así como un fracaso ostentoso para las organizaciones internacionales de las Naciones Unidas, con la excepción del mantenimiento de la paz en la zona.

desarrollo en salud pero, en otros, resultan un verdadero obstáculo para el logro de los objetivos de los proyectos y programas. El proceso, denominado “ongización”, de los últimos años, de no pocas organizaciones y líderes comunitarios en los tejidos sociales, muchas veces escasos, es un impedimento real en la eficacia de la ayuda. Aparecen demasiados intermediarios políticos, sociales, militares, religiosos, etc. El tejido social en los PVD para las políticas de salud se está aún desarrollando. Movimientos como la Asamblea Mundial por la Salud u otros, orientan cómo impulsar y desarrollar redes sociales para que sean sujetos de las propias acciones de desarrollo. En control de la Ayuda humanitaria por los Grupos Político militares en los campos de refugiados que se crearon en el 94, a consecuencia del genocidio de Ruanda, donde cientos de miles de personas intentaban sobrevivir acompañadas por varias ONG, es un ejemplo de lo se afirma.

5. Las importantes sumas dinero destinadas a algunos programas de salud (como el SIDA), prioritarios para los patrocinadores privados, las fundaciones como la que ha creado Bill Gates u otro tipo de financiadores privados, que pueden animar los fondos de la denominada “Acción Social Corporativa”, no siempre colaboran con el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Más aún, en ocasiones los alteran de tal modo y manera que cuesta posteriormente reconstruirlos y volver a darles prestigio social, para que sean utilizados por la población en todas sus necesidades de salud. **Algunas prácticas de las ONG sanitarias no son ajenas a este problema.** El fortalecimiento de los Sistemas Públicos de Salud¹²² es un elemento esencial de las acciones de desarrollo.

¹²² Entendemos por sistemas públicos de salud a aquéllos en los que los centros de salud, dispensarios, health centres, mutualités, consultorios, ambulatorios, policlínicos, botiquines básicos, postas de salud, unidades comunitarias de salud, así como los hospitales, bien sean regionales, militares, monográficos, centrales o clínico-docentes, son propiedad del Estado y se financian a cargo de los presupuestos del Estado, con acceso universal y gestionados por el Estado, bien sea por gobiernos centrales, o por gobiernos regionales, departamentales, de distrito o locales. Este concepto es distinto de lo que representan los servicios de salud que encontramos en los sistemas presupuestados a cargo de la Seguridad Social, que tienen peculiaridades propias y también es distinto de lo denominado “privado social”, que son centros sanitarios variados, sin ánimo de lucro, impulsados por congregaciones religiosas, fundaciones, organizaciones intergubernamentales, como ACNUR ó PNUD, o entidades establecidas por las ONG.

Tener en cuenta este criterio, es, así mismo, una orientación central en la Ayuda Humanitaria y en los subsiguientes procesos de reconstrucción. Esto es la garantía, si funciona con calidad en las prestaciones sanitarias, y es plenamente aceptado por la población, de evitar inequidades en las intervenciones de salud en el conjunto de la población. Los programas de intervención sobre el SIDA, con fuerte financiación, totalmente al margen de los establecimientos sanitarios previamente existentes, por ejemplo, en Mozambique, ilustran este problema. Los centros sanitarios con acceso universal para atender a la población rural y urbana, están infradotados, y sus necesidades materiales son muy importantes y, a la vez, los programas verticales de control del SIDA presupuestados por al Fundación Bill Gates se desarrollan e implantan en el país poco a poco, de forma paralela, con muchos más medios. Si bien la eficacia de este tipo de trabajos está por demostrar, no es menos cierto que el conjunto de los sistemas públicos se resienten social y profesionalmente ante de la población. Posiblemente hay otra forma de llevar a cabo las acciones contra el SIDA que no tenga estos “daños colaterales”.

6. La instrumentalización de la Ayuda Humanitaria y de las acciones para el desarrollo por parte de gobiernos, ejércitos, poderes locales, bandas político-militares, etc. es demasiado frecuente. Los donantes, las partes en conflicto, los diversos grupos armados, intentan una y otra vez instrumentalizar la Ayuda Humanitaria y, por lo tanto, también intentan instrumentalizar a las organizaciones internacionales, incluyendo organizaciones del sistema de Naciones Unidas. Varias ONG presentes en la guerra de Irak denunciaron casos de este tipo en la misma.

Sin embargo, cuando los sistemas públicos no existen, siempre existen formas en las que los distintos grupos sociales intentan paliar los problemas ocasionados por las enfermedades o la dimensión biológica y social de la muerte. Nos referimos a diversos y variados Sistemas locales de salud, o sistemas de atención con raíces en las comunidades, que deben tenerse en cuenta en las intervenciones sanitarias. El movimiento de comadronas indígenas en Guatemala es un buen ejemplo de lo que decimos.

Muchas ONG, aunque no todas y no siempre, dependen en gran parte de financiadoras gubernamentales o intergubernamentales, por lo que, de hecho, acaban haciendo el trabajo de los financiadores, de los gobiernos. Al fin y al cabo, son las entidades financiadoras las que deciden qué proyectos se financian y cuáles no, en qué cuantía, en qué países, con qué criterios y en qué periodos de tiempo se deben ejecutar. Si bien esta financiación representa una verdadera transferencia de recursos del Estado a las poblaciones de países en vías de desarrollo, no es menos cierto que puede poner en duda la independencia real de las ONG y sus propuestas. Este aspecto es un serio elemento de reflexión en el movimiento de solidaridad. ONG importantes están haciendo un esfuerzo para defender su independencia respecto a los financiadores y los gobiernos y exigen relaciones horizontales y democráticas en los “consejos de cooperación” existentes. Sin duda es un importante reto todavía.

7. ¿Neutralidad por parte de las ONG? Las ONG están adoptando ya compromisos políticos activos, están dando testimonio en la denuncia de las violaciones de los derechos humanos, allá donde se dan. La idea de la neutralidad de las intervenciones en salud con las víctimas de los conflictos está resurgiendo ante el asesinato de cooperantes de ONG y funcionarios de organizaciones internacionales en las poblaciones en conflicto o amenazadas por los grupos político militares. En estos momentos la reflexión de la mayoría de las ONG en escenarios de conflicto es que hay que mantener la neutralidad con la población civil víctima de los conflictos o beneficiaria de las acciones de desarrollo, pero no con los grupos armados, o los poderes locales que practican la represión sistemática. El tema, aún no está consolidado, pues no es tarea fácil acertar en las decisiones. Los casos recientes de Darfur, en Sudán, Etiopía y Afganistán así lo atestiguan.

8. En los contextos con conflictos cronificados, además de coordinar adecuadamente las acciones humanitarias con las de reconstrucción y con las acciones de desarrollo, es fundamental **consolidar estructuras**

que activen servicios sociales básicos, es decir, es importante colaborar en el establecimiento e institucionalización de las acciones de salud con perspectiva de sostenibilidad en el futuro.

9. Los agentes que participan en acciones de desarrollo, en muchas ocasiones, en los mismos espacios y con las mismas poblaciones son diversos. **Es urgente la coordinación en las prácticas sociales y sanitarias**, al menos en los siguientes aspectos:

a) Coordinación e integración de los Sistemas de Información Sanitarios.

b) Lograr que se coordine y se comparta la información y se integren los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

c) Coordinación de los programas de formación de pre y postgrado en medicina, enfermería y técnicos de salud.

d) Establecimiento consorcios y acuerdos en la organización de los servicios sanitarios, tanto los de carácter público como los que conciernen a las ONG, buscando su regionalización y su estructuración en niveles de atención, para conseguir la distribución adecuada de los recursos y de las actividades de salud a realizar.

e) Coordinación y consenso respecto a los indicadores de evaluación de la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios prestados, así como en lo referente a los rendimientos de las tecnologías puestas en marcha y de las actividades médicas.

f) Intercambio de la tecnología apropiada, de la que se disponga, para su máximo aprovechamiento, sobre todo la de apoyo terapéutico y diagnóstico (laboratorio, banco de sangre, imagen, farmacia, material fungible, etc.) en especial la precisa para las intervenciones quirúrgicas.

g) Coordinación, potenciación e información respecto a los programas con intervenciones en salud mental comunitaria. La salud mental y la dimensión no institucional de su abordaje deben adquirir más protago-

nismo ante la insuficiencia de recursos y experiencias intercambiadas en contextos semejantes.

10. No se debe participar en el proceso de “descapitalización” de profesionales de la salud formados en países en vías de desarrollo por su emigración a las metrópolis. Es un hecho la emigración creciente de profesionales sanitarios desde los países en desarrollo a las metrópolis. Miles de médicos argelinos o marroquíes trabajan en Francia. Más de 800 enfermeras formadas en Uganda trabajan en el Reino Unido, cientos de médicos de Nigeria, también en el Reino Unido o de la República Democrática del Congo en Bélgica, o profesionales latinoamericanos en EEUU. Las demandas crecientes de profesionales por parte de los países del norte las están cubriendo, por el momento, médicos y enfermeras formados en los países del sur. Esto es un grave problema. No es únicamente un problema con una dimensión humana o profesional, su promoción y planificación son un problema social y de política de recursos sanitarios.

Hasta aquí algunos de los problemas de la cooperación para el desarrollo en el marco de la globalización económica y contemplada en el contexto de su práctica diaria.

6. Algunas líneas de trabajo para el futuro

Recapitulando, hemos dibujado someramente las principales características de la globalización económica, y hemos perfilado brevemente las políticas de salud y los peligros o factores de riesgo de las políticas neoliberales a nivel macro. Así mismo hemos esbozado, con algunas cifras, la realidad de la cooperación española para el desarrollo en salud y hemos destacado algunos aspectos positivos y algunos problemas de la práctica de la cooperación para el desarrollo y, también, de la acción humanitaria en el sector salud.

Consideramos que la experiencia neoliberal y la práctica gerencialista en el sector salud, ha tocado techo, al menos en el discurso. Es necesario

consensuar las reformas estructurales de los Sistemas de Salud y acuñar un nuevo discurso que oriente las políticas sanitarias fuera del escenario de la globalización económica o, mejor dicho, dentro de los restos de ésta, como verdaderas cuñas que cuestionen la mercantilización de la práctica médica. Ello debe repercutir, necesariamente, en la actualización del discurso de las ONG sanitarias, en sus proyectos y programas, consolidando los principios que les han animado hasta ahora.

Entre las líneas de trabajo en el futuro de la cooperación para el desarrollo en el sector salud podemos destacar:

1. Fortalecimiento de los Sistemas Públicos de Salud en todos los ámbitos de la cooperación en salud, en la ayuda de emergencia y en las acciones de desarrollo. Cuando hablamos de “Sistemas de Salud” no estamos hablando de estructuras sino de **sistemas integrados de atención** a la salud de las personas. Se entiende que integrados en la organización, integrados en el funcionamiento, integrados en los procesos de atención e integrados en las propias acciones de salud: preventivas y asistenciales.

2. La fragmentación del Sistema de Salud en estructuras y compartimentos estancos es un modelo organizativo incompatible con una buena atención a los pacientes. Entramos en un periodo donde, necesariamente, se debe cuestionar la fragmentación, la privatización y la mercantilización del conjunto del sistema o de alguna de sus partes. Las estructuras de atención primaria, atención social u hospitalaria, y su gestión, deben ser reemplazadas por la **gestión integrada del conjunto del Sistema** de Salud. Hay que evitar en los proyectos, programas y planes de salud, animados por ONG, la fragmentación y ánimo lucrativo.¹²³ de las prestaciones que se realicen.

¹²³No nos estamos refiriendo a lo que se denomina “recuperación de costos” derivado de la llamada “Iniciativa de Bamako” que animó Intermón en Malí. Aunque el propio concepto de “recuperación de costos” se convierte en no pocas ocasiones en un “cajón de sastre”, en donde caben decisiones económicas de cobro de servicios que, a su vez, crean, de hecho, desigualdades de acceso a la atención por parte de aquellos que más lo necesitan, por ejemplo, la gente anciana sin recursos.

3. Hay que democratizar las distintas formas de conocimiento científico, social y cultural en el campo de la salud pública, desarrollando actividades de formación continuada y transferencias de recursos entre países, o mejor, entre instituciones de la sociedad civil. Los programas y planes de formación, bien sea con intercambios o con becas, no deben agotar la necesidad de la interacción de las intervenciones sanitarias entre distintos grupos de profesionales ni entre éstos y las variadas iniciativas que, para el cuidado de la salud, despliegan los distintos grupos sociales.

4. Hay que establecer, con carácter de continuidad, estrategias de intercambio profesional, desde la ética y la solidaridad. Las ONG deben favorecer los intercambios y acuerdos entre instituciones sanitarias, entre grupos de profesionales del sector público, y entre grupos y redes sociales comprometidas con la salud.

5. Hay que establecer una participación social y comunitaria en los procesos de atención, en el control democrático de las instituciones sanitarias, en los procesos de auto cuidado y en el reconocimiento y exigencia de la salud como derecho individual y social. Debe corregirse la instrumentalización de la participación social en salud, bien sea para el aumento de cobertura de los programas de atención, bien para consensuar voluntades alrededor de políticas de salud poco o nada conocidas. Para ello, deben establecerse procesos de entrega real de la capacidad de toma de decisiones, de modo que las redes sociales de ciudadanos y ciudadanas, informados, tengan opinión, y estén dispuestos a participar en los procesos de fijación de prioridades en lo que concierne a los problemas y acciones de salud.

6. Entre las prioridades de los proyectos de cooperación, deben tomarse de nuevo en consideración los programas integrales de salud pública que incluyen aspectos como el abastecimiento de agua potable y la vigilancia de su calidad, la eliminación de excretas en el medio urbano y rural, la organización de las infraestructuras sanitarias en los asenta-

mientos urbanos marginales y en las infraviviendas rurales, los programas sostenibles de Seguridad Alimentara, el control de la contaminación “exportada” tanto de la tierra, como de las aguas de ríos y mares y del aire. No parece ya oportuno desarrollar proyectos de fortalecimiento de la atención primaria de salud o de mejora de aspectos de la atención hospitalaria sin tener en cuenta el grave problema del saneamiento básico a la vista de los procesos de urbanización de la vida en todos los países en vías de desarrollo.

7. Dar prioridad, como verdadero eje transversal de organización y funcionamiento de los proyectos de salud, **al establecimiento, acompañamiento y fortalecimiento de redes sociales de salud comunitaria.** La búsqueda de la cohesión social se convierte hoy en un importante determinante social de la salud. La detección y lucha contra las desigualdades sociales en salud, deben estar presentes en todos los programas de salud.

8. La importancia básica de los derechos de mujeres y hombres, unidos a las actividades sexuales y reproductivas y los esfuerzos que se están haciendo en los últimos años por consolidar estas líneas de trabajo, aún esconden problemas. La gravedad de **la violencia contra las mujeres en todo el mundo, tanto en contextos de ausencia de violencia general como, más aun si cabe, en contextos de presencia de la misma, es primordial para las agendas de las ONG que trabajen en el sector salud.**¹²⁴ También nos referimos aquí a las prácticas neomalthusianas de las propuestas en planificación familiar o al no abordaje de la diversidad sexual. Sin duda la diferencia entre ambos sexos y la práctica sexual será

¹²⁴ Las propuestas de introducir en los programas de atención primaria, la detección, asistencia y denuncia de los malos tratos y las violaciones a mujeres han encontrado resistencia ante lo “normal”, ante lo habitual del problema. La comunidad y las mujeres organizadas, así como su nivel de conciencia, iniciativa y capacidad de decidir, son esenciales para la exigencia de que se aborde del problema de la violencia en los programas sanitarios, pero también los profesionales sanitarios de las ONG que observan en el terreno, una y otra vez, el fenómeno tienen un importante papel y un compromiso de denuncia.

uno de los debates que tanto hombres como mujeres y profesionales de los sistemas sanitarios deberemos abordar.

9. El carácter masivo de los procesos migratorios exige que se formulen de nuevo los conceptos de ciudadanía y de derechos en el ámbito internacional. Los problemas, no poco complicados, que las ONG encuentran, por ejemplo, en las migraciones de profesionales sanitarios, necesitan nuevos enfoques en las intervenciones sociales y sanitarias, tanto en el llamado cuarto mundo de las metrópolis del Norte, como en el Sur y en sus elites urbanas y sectores profesionales. **Nos referimos a la necesidad de formular de nuevo conceptos como la nueva “ciudadanía cultural”¹²⁵ o el derecho a ser iguales no siendo semejantes. Hablamos de nuevos sentidos de pertenencia a nuevas comunidades nacionales sin dejar de ser de donde cada uno procede.** Hablamos de sistemas sanitarios capaces de abarcar a todos, que contemplen a los ciudadanos y ciudadanas en su complejidad cultural, de sexo, de etnia, de origen geográfico o de nivel de renta.

10. **Es preciso multiplicar los agentes de y para la cooperación.** Las ONG sanitarias deben estar profundamente imbricadas en los servicios de salud de sus países de origen, en sus universidades, en sus sociedades profesionales. Con esto, el tejido de alianzas será más sencillo de tejer, y los grupos de presión donde participen las ONG se fortalecerán en dichas alianzas. La relación con los Foros Sociales de Salud, donde se debaten cuestiones relativas a la salud como derecho social o el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud debe consolidarse. Las redes entre las organizaciones de la sociedad del norte y también la del sur, pueden ser suficientemente poderosas como para modificar las políticas inadecuadas que perjudiquen los intereses de las mayorías sociales.

No queremos acabar sin abrir nuevas líneas que nos lleven a interrogarnos acerca del advenimiento de una nueva Medicina Social, en las

¹²⁵ Oímos por primera vez este término, sin duda muy sugerente, recientemente a Renato Rosaldo, Antropólogo estadounidense-mexicano, estudioso del tema en EEUU, en una conferencia en la Universidad de Deusto acerca de la interculturalidad y la emigración.

intervenciones de salud de la cooperación para el desarrollo. Una Medicina Social que, recogiendo lo mejor de nuestros precedentes (Sigerist, M. Terris, G. Rosen, G. Molina, D. Werner, M. Roemer, M. Escalona, M. Testa, etc) sea capaz de organizar las ideas para que las ONG, en el marco de las redes sociales de sus comunidades respectivas, den un vigoroso impulso a la posibilidad real de otro mundo distinto, más saludable y más cohesionado.

Uno de los salubristas de principios del siglo XX, Winslow, definía la razón de ser de la salud pública en los siguientes términos:

“La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la Comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones en la Comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organizar los servicios médicos con eficiencia para el diagnóstico precoz y la prevención de enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada individuo de la Comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Fue la denominada la primera revolución epidemiológica. En el contexto de los estertores de la globalización económica, tal y como la conocemos hoy, las políticas de salud derivadas de dicha concepción de la salud pública adquierirán plena actualidad.

CAPÍTULO 10

NEOLIBERALISMO Y

SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Carlos Ponte

Jefe de la UCI-HGA de Oviedo

“Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias”

En el momento de redactar este capítulo, la crisis económica iniciada en los Estados Unidos, plantea grandes incertidumbres sobre el futuro económico y político del mundo. Un verdadero cataclismo de la arquitectura financiera internacional que arrastra a toda la economía de los países desarrollados. La gigantesca burbuja del capitalismo financiero y la edad dorada de Wall Street han terminado por explotar, con el telón de fondo de la superproducción del actual sistema económico, lo que explica la dimensión y la profundidad de la crisis. No parece aventurado adelantar que estamos en el episodio final de una era del capitalismo, del fin del neoliberalismo, rector del proceso de globalización. Eminentes economistas como Paul Samuelson o Stiglitz, aseguran que nada volverá a ser como antes.

Durante más de treinta años, los fundamentalistas del mercado repitieron que la globalización y el capitalismo financiero eran la única alternativa. Durante años se dijo que el Estado no era la solución sino que era el problema. Pero ahora regresa el Estado. La crisis ocurre, además, con la ausencia de las izquierdas, huérfanas de teoría y con escasa presencia política, en particular en Europa, para poder influir en la marcha de los acontecimientos. Pero hay una cosa de la que podemos estar seguros: La etapa más irracional, insostenible social y ecológicamente, de la globalización neoliberal ha llegado a su fin.

Hasta la fecha, el neoliberalismo ha representado un nuevo modelo de relaciones políticas y económicas, con suficiente capacidad para reemplazar el viejo orden heredado de la segunda guerra mundial y las sociedades de bienestar. El paradigma neoliberal dominante, formulado por el Consenso de Washington, acometió la sustitución del estado benefactor, culpable del estancamiento económico: “la década perdida de los ochenta”, del déficit fiscal y de la ineficiencia de los servicios públicos, para permitir el libre acceso a los capitales transnacionales, privilegiando el valor financiero respecto al productivo. El Estado abandonó paulatinamente su papel de garante de los derechos sociales, delegando su capacidad reguladora al “libre mercado” y responsabilizando a los individuos del acceso a la salud, a la educación y a la seguridad social. Con la consecuencia de cuestionar los bienes sociales básicos, conquistados como derechos, para transformarlos en mercancías.

Respecto a los servicios públicos, el neoliberalismo ha promovido su reformulación radical para reorientarlos hacia la lógica del beneficio. Es decir, privatizar los servicios, negando el principio de la solidaridad económica y social en su financiación y provisión. El término privatización se utiliza aquí en sentido amplio: la transferencia de lo público a lo privado, que incluye no sólo la propiedad pública sino también la producción y la regulación de la actividad...

Pero no caben explicaciones simples, las políticas de salud del neoliberalismo han sido el resultado de la interacción de múltiples factores con distinta traducción según en qué áreas geográficas y países. Se trata de políticas transversales, adaptadas a cada espacio a través de diferentes circuitos: instituciones internacionales, políticas supranacionales y gubernamentales, actividades de las multinacionales; son canales que no han estado necesariamente coordinados, generando, con frecuencia, contradicciones entre los distintos agentes, lo que, en buena medida, explica el auge de políticas “intermedias” que ponen énfasis en “la cooperación” (“partnership”) público-privada, que mantienen cierto grado de cobertura pública y que generan, además, menor oposición política.

Una de las vías fundamentales del neoliberalismo es la conexión del mundo sanitario con el modelo consumista de la sociedad. El centro de gravedad de la atención sanitaria se traslada de las necesidades de salud al consumo sanitario, el paciente se transforma en cliente y genera una demanda incesante: médicos y tecnología sanitaria en los centros comerciales, a la puerta de cada casa, etc. En este contexto, los servicios sanitarios, como productores de bienes de consumo, pierden su finalidad de ganancia en salud y entran en contradicción con la racionalidad inherente a los sistemas sanitarios públicos, que no tienen capacidad para adaptarse a este tipo de requerimientos.

Hace años, Milton Terris, epidemiólogo norteamericano, resumía la política neoliberal en el ámbito de la sanidad como la “tríada neoliberal”: 1. Disminución del Estado y del gasto público con la generalización de Copagos. 2. Expansión del sector privado de la salud. 3. Desregulación del sector público con fragmentación de los servicios, introducción de mecanismos de competencia y establecimiento de “mercados internos”. El esquema de Terris, sigue siendo válido, aunque se ha diversificado y adaptado a las posibilidades derivadas de cada situación política. Así, ha oscilado entre la privatización directa de los servicios sanitarios y variadas fórmulas de competencia gestionada (mercado interno de Einthoven). Las propuestas se basan en dos premisas ideológicas: las supuestas virtudes del mercado a la hora de la provisión de los servicios sanitarios y la búsqueda de eficiencia económica en los centros sanitarios.

1. La influencia del neoliberalismo en la sanidad española

El sistema sanitario en España, definido hasta la fecha como un Servicio Nacional de Salud, es el propio de un estado social y democrático, vinculado a la Seguridad Social, con financiación pública de naturaleza solidaria, cobertura de toda la población, prestaciones gratuitas y funcionamiento descentralizado bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Los últimos 20 años del Sistema Nacional de Salud han sido decisivos para su afianzamiento como servicio público, clasificado como uno de

los mejores sistemas sanitarios del mundo (7º lugar, OMS). Este alto grado de reconocimiento, en opinión de Sánchez Bayle, se apoya en los siguientes argumentos: Su gratuidad y accesibilidad - con independencia de la condición social, económica o geográfica -, la financiación y provisión pública de sus servicios y una red básica de Atención Primaria que da cobertura a toda la población. Sin embargo, en paralelo y en contradicción con este proceso de consolidación, se han promovido iniciativas reiteradas en dirección opuesta. Estas iniciativas son ahora de ámbito autonómico al amparo de la descentralización sanitaria, que ha creado 17 sistemas sanitarios independientes, en los que el signo político que gobierna la Autonomía es determinante de la conformación y funcionamiento de los servicios sanitarios. En algunas Comunidades Autónomas, los procesos privatizadores han adquirido en los últimos años un ritmo vertiginoso, como es el caso de Madrid y Valencia.

La primera advertencia sobre una orientación diferente 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” planteaban un escenario de mercado interno que finalmente no se llevó a la práctica. Con posterioridad, se fueron poniendo en marcha diferentes iniciativas como la separación de financiación de provisión (la primera fue la ley catalana), la puesta en marcha de las Fundaciones Sanitarias, etc. La diversidad de formulas privatizadoras en la gestión, el aseguramiento y la provisión de servicios es el denominador común de todas estas iniciativas.

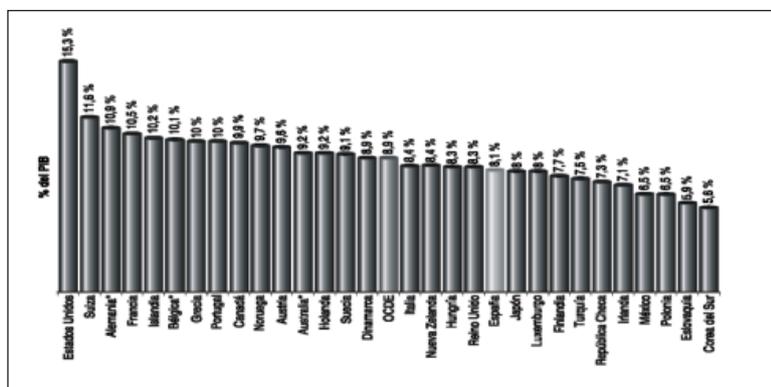
2. El auge de la sanidad privada

La sanidad privada ha dado un giro radical en España en los últimos años. Han nacido grandes grupos hospitalarios al abrigo de los seguros médicos privados. Más de diez millones de personas ya tienen algún tipo de póliza de salud en España. Un sector emergente por su rentabilidad, con una etapa sostenida de expansión económica, tanto en actividad

como en volumen de negocio, refugio atractivo incluso para fondos de capital riesgo. Una seria amenaza para el sector público.

Frente al anterior marco atomizado con más de 100.000 empresas, más de la mitad sin asalariados, de pobre inversión y baja rentabilidad, la nueva medicina privada es «una realidad empresarial sumamente atractiva» según afirma la consultora PriceWaterhouse Coopers, con proyectos empresariales fuertes, concentración de capital (sobre todo financiero), tecnologías de vanguardia, servicios integrales y menor dependencia de **la contratación con el sector público**. Su facturación se estima en más de 22.000 millones de euros que representan el 2,52% del PIB, comparable a otros sectores importantes de la economía nacional, como energía o agricultura). La alta tasa de crecimiento le otorga un impacto cada vez mayor en la economía nacional.

Figura 1.5. Porcentaje del PIB que los países destinan a la sanidad (OCDE)

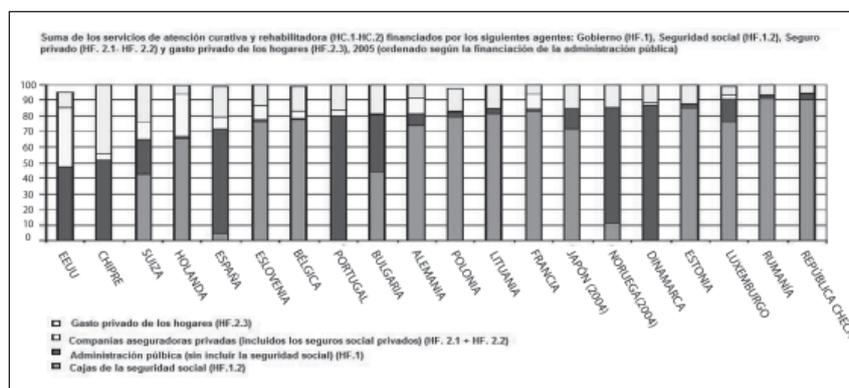


Fuente (OCDE) Health Data 2006. Datos de 2004 excepto (*) de 2003

Si el peso del sector público en el gasto sanitario se situaba en el 78,7% del gasto sanitario en 1990, en 2005 se había reducido al 71,4%. Según la OCDE, el gasto sanitario público es bajo mientras que el gasto del sector sanitario privado es alto, con relación al resto de países europeos

con renta parecida a la española. El Barómetro Social corrobora esta tendencia: el gasto sanitario privado ha pasado del 24,5%, en 1994, al 28,8%, en 2006.

El éxito de los hospitales privados va de la mano de la explosión del seguro privado. De ahí procede el 60% de sus ingresos, mientras que los concertados con los Servicios de Salud suponen menos del 30%; y cerca del 10% es privado puro. En contra de la generalidad de las previsiones, el cliente privado puro, lejos de desaparecer ha apuntalado su presencia en el mercado, en buena medida porque las clínicas privadas se convierten cada vez más en centros multiservicios de medicina preventiva (léase “cheques”), “wellness”, medicina turística, reproducción asistida o cirugía estética... Los pacientes privados “de pago” superan el millón de personas.



Fuente: Eurostat (Junio 2008) (Datos 2005)

Globalmente, la tasa de empleo del sector sanitario privado crece más que en el sector público, ocupando a más 310.000 personas, un 1,29 de la población activa, un 1,44 % de la población ocupada y un 30% del total de ocupación del sector sanitario. Aproximadamente 50.000 médicos ejercen la sanidad privada, casi un tercio de los 144.000 médicos en activo. Según los datos publicados, más de un 30% compatibilizan su ejercicio en la sanidad privada con la pública. Por ejemplo, el 50% de los profesionales sanitarios madrileños se decantan por trabajar en la

sanidad privada para “la obtención de ingresos”. Además, un 40% de los profesionales de la comunidad “no considera mejores las condiciones laborales de la pública”.

La expansión del sector privado es muy desigual, como expresión de las diferencias políticas entre CCAA, con influencia decisiva en la evolución de la sanidad. También tiene cierto grado de influencia el nivel socio-económico de la población. Madrid, Valencia, Cataluña, y Baleares son las comunidades más privatizadas.

Es interesante reseñar un reciente estudio Delphy de la consultora Áliad sobre las expectativas del sector privado. Sus principales conclusiones son las siguientes:

- La sanidad privada aumentará su representatividad en la sanidad española y crecerá la proporción de pacientes que prefiera la oferta de sanidad privada.
- El capital no sanitario aumentará su inversión en sanidad privada, con mayor concentración empresarial de grandes grupos sanitarios extranjeros.
- El sector privado se especializará en determinadas prestaciones.
- La sanidad pública tenderá a privatizar su gestión y a externalizar los procesos no asistenciales.

2. El desembarco de las multinacionales

Tradicionalmente, las multinacionales en el SNS controlan el mercado de las tecnologías sanitarias (medicamentos incluidos) sin apenas vestigios de presencia pública en este terreno. Pero, en el ámbito del aseguramiento y provisión de servicios, la emergencia de las multinacionales en España es muy reciente. Estas “nuevas” multinacionales operan diversificando su actividad en los seguros, los hospitales, los laboratorios y los servicios de apoyo. Aunque las empresas de los cuidados de la salud no tienen la misma pujanza que las de otros sectores (incluyendo servicios del sector público como el agua, la gestión medio ambiental o la energía), es indudable (ya ha ocurrido en otros países) que la atención sanitaria es

un espacio muy prometedor para crear “valor” en forma de beneficios. Y los beneficios sólo se pueden obtener empeorando las condiciones laborales de las plantillas (salarios, jornada, ritmo de trabajo, derechos), recortando la calidad las prestaciones o induciendo demanda artificial (“medicalización”).

Las “nuevas” multinacionales establecidas en España, por orden de importancia, son las siguientes:

- **Grupo Capiro.** Uno de los principales proveedores europeos de asistencia sanitaria, líder del mercado en Suecia y España, cuarto en el Reino Unido y segundo en Francia. Tiene presencia en Noruega, Finlandia, Dinamarca y Alemania y también está ligado a actividades inmobiliarias. Creado en 1993, de origen sueco, tiene una facturación anual superior a 12.000 millones de coronas suecas (1.200 millones de euros) y 14.000 empleados. En nuestro país, cuenta con 28 centros, 14 de ellos hospitales, entre ellos, la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, el Hospital General de Cataluña en Barcelona, el Hospital Sur de Alcorcón de Madrid o el de Las Tres Culturas, en Toledo. En enero de 2005, compró Ibérica de Diagnóstico Cirugía (IDC) que era el primer grupo hospitalario privado español por 330 millones de euros. Está ya presente en siete CC.AA. y factura más de 300 millones de euros. Es el concesionario del hospital de Valdemoro y ello, junto a la nueva zonificación sanitaria de Madrid (Área 14, Fundación Jiménez Díaz), implica que 500.000 pacientes madrileños y más de 200 millones de euros anuales son su volumen de negocio. En 2007, Capiro fue objeto de una OPA por parte de la multinacional Apart Partners SA (APSA), una entidad financiera de capital riesgo con base en el Reino Unido que opera en Hong Kong y otros países.

- **USP (USP Hospitales).** Posee 35 centros en España, como el Instituto Universitario Dexeus de Barcelona (su buque insignia), el hospital San Camilo de Madrid, el Hospital de Santa Teresa de La Coruña, el Instituto Oftalmológico de Barcelona, el Hospital San José de Marbella. Tiene presencia en Portugal y Marruecos. Fundada en 1998 por Gabriel

Masfurroll, cuenta con 2.500 médicos y 3.500 empleados y atiende a más de un millón y medio de pacientes al año. El pasado año la firma británica Cinven, un gigante del sector de fondos de capital riesgo, adquirió el grupo USP por 675 millones de euros. Un proceso similar al ocurrido con el grupo Capiro, por lo que, de esta forma, los dos principales grupos del sector que operan en España (Capiro y USP) están en manos de este tipo de financieras de capital riesgo.

- **Quirón.** 6 hospitales generales en Barcelona, Madrid, San Sebastián, Zaragoza (2) y Valencia. Prevé inaugurar otros en Barcelona, Sevilla y Bilbao. Desde 2001, su plantilla ha pasado de 1.000 a 2.000 trabajadores, y sus ingresos, de 80 millones de euros en 2006 a 140 millones en 2007, y 200 este año. En 2011, el grupo prevé gestionar más de 900 camas y un volumen de negocio de 400 millones de euros.

- **Grupo Nisa** 7 hospitales en la comunidad valenciana. Dos en construcción en Sevilla y Madrid.

- **Grupo Hospiten y el turismo sanitario.** El fenómeno del turismo sanitario ha permitido el nacimiento de compañías especializadas, como el grupo Hospiten, que empezó a operar en Canarias y la Costa del Sol y que cuenta entre sus clientes a los operadores turísticos. (8 centros en zonas turísticas de Canarias y Andalucía, grupo Hospital de Madrid con cuatro hospitales en Madrid. En Barcelona, por ejemplo, recibe hasta 3.000 pacientes extranjeros al año, que gastan unos 12,5 millones de euros, entre ellos los 500 militares argelinos que se hacen una revisión ocular en la famosa clínica Barraquer. Barraquer es una de las veinte clínicas privadas barcelonesas que se han agrupado en Barcelona Centro Médico (BCM) para promover a la capital catalana como centro sanitario mundial. En parte, el éxito de estas empresas obedece a sus precios competitivos: En Alemania, una operación de cirugía para miopía con láser cuesta 5.000 euros, en Barcelona, la misma intervención sale por 1.800 euros.

3. El deterioro del sector público

Un requisito fundamental para la expansión del sector privado es la masificación y erosión de la sanidad pública: largas listas de espera para intervenciones quirúrgicas, y consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, 5 minutos por paciente en atención primaria, camas supletorias en las habitaciones dobles de los hospitales, etc. Se trata de un proceso que no es inocente ni gratuito, porque busca el descrédito de lo público y el consenso ciudadano para la privatización. Hay pocas dudas sobre la influencia de la saturación de la sanidad pública en la dinamización de la alternativa privada. Con una media superior a 60 días de espera para una intervención quirúrgica y mucho mayor en la transición entre atención primaria y hospitalaria, más de un ciudadano que ha mejorado su nivel de vida está dispuesto a pagar por un seguro médico, que en España no es demasiado caro. Se estima que el coste de los seguros oscila entre un máximo anual de 1.500 euros y un mínimo de 300, con un coste medio de 700 euros.

La erosión del sector público ha sido generalizada, afecta a los 17 sistemas sanitarios autonómicos, con problemas de subfinanciación, como lo muestra el bajo gasto público en bienestar social (España 20,1% del PIB; UE-15, 27,3%), o en Sanidad Pública (5.8%, en España, versus 7.2% en la UE 15). Pero existen, sobre todo, graves problemas estratégicos, tales como la dependencia de las tecnologías sanitarias (monopolio del sector privado), el vacío democrático (sin participación social y profesional), o la orientación exclusivamente asistencialista, que no entiende de promoción y prevención, cuando son éstas las políticas más coste-efectivas. Hasta la fecha, las comunidades con gobiernos del PSOE no han puesto en marcha políticas privatizadoras, pero su incapacidad para intervenir – y corregir - los defectos estructurales de los sistemas públicos, puede tener peligrosas consecuencias a corto plazo. En todo caso, en el momento actual, se empieza a definir un mapa sanitario en función de quién gobierna las Autonomías: Las socialistas

mantienen la sanidad pública y las populares apuestan por la sanidad privada. Quizás se puede considerar, como excepción a esta norma, el caso de Cataluña por el peso tradicional del sector privado (sólo el 34% de los hospitales son de titularidad pública), incluido el aseguramiento y formulas mixtas en la provisión de los servicios.

Por su parte, las políticas de los gobiernos del Partido Popular se han caracterizado por la puesta en marcha de formulas privatizadoras de los servicios sanitarios, aunque no todas las Autonomías con gobiernos del PP tienen la misma intensidad privatizadora. Madrid y Valencia que, no por casualidad, tienen la financiación más baja del sector público, destacan en este terreno, promulgando leyes de ordenación sanitaria de corte neoliberal, desregulando y privatizando la atención sanitaria.

4. La finca de Esperanza Aguirre

Capítulo especial merece la Sanidad de Madrid, probablemente la Comunidad con los servicios sanitarios públicos más deficitarios y masificados del conjunto del Estado. En Madrid, todo vale para atacar a la Sanidad Pública. Las imputaciones al doctor Luis Montes y a los trabajadores del hospital público Severo Ochoa de Leganés, no tienen precedentes en la historia de la sanidad española y han rebajado la dignidad del ejercicio de la política hasta extremos insospechados. Después de dismantelar los Cuidados Paliativos de Leganés, el turno fue para el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, una red considerada modélica, responsable de la atención de más de un millón de habitantes. Con posterioridad, la supresión (decreto 2/2008) de la **Dirección de Salud Pública**, decisión que no es administrativa, sino que expresa la voluntad de marginar los servicios de salud que no ofrecen perspectivas claras de negocio, como la Prevención Primaria y la Promoción de la Salud, ignorando su trascendencia para la población y su valor coste efectivo.

La Comunidad madrileña vive años muy difíciles con los hospitales públicos saturados, creciente derivación de pacientes a los hospitales concertados, caos en Atención Primaria (con privatización de centros de especialidades: Pontones, Quintana y laboratorios de apoyo) y déficit progresivo de facultativos por la huida de médicos a la sanidad privada. Mientras, se adjudican los servicios a multinacionales y ONGs religiosas. Los 8 nuevos hospitales públicos madrileños son de gestión privada y se trasvasan cientos de millones de euros a los hospitales privados. Por ejemplo, la atención sanitaria de 530.000 madrileños ya depende del Grupo multinacional Capiro. Se privatizan los cuidados paliativos a ordenes religiosas como la ONG “Desarrollo y Asistencia”, vinculada al Opus Dei y presidida por el general jubilado José María Sáez de Tejada. Madrid concentra el 17,3% de las empresas sanitarias con un incremento en el último año del 12% para una población del 13,5% del Estado.

Las medidas contempladas en la Ley 4/2006 y Ley 7/2007 (leyes de medidas fiscales y administrativas de acompañamiento a los presupuestos de 2007 y 2008) abren las puertas a la privatización de cualquier hospital, centro, órgano o unidad sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Esperanza Aguirre han generado una crisis profunda en la sanidad pública, mientras las empresas sanitarias privadas de la Comunidad facturaron 3.950 millones de euros en el último año. Una realidad que reflejan las encuestas: dos de cada tres ciudadanos madrileños opinan que el Sistema Sanitario Público regional se ha deteriorado después de las transferencias como consecuencia de las políticas sanitarias del Partido Popular en la Comunidad.

5. Viejos y nuevos problemas del aseguramiento público

El aseguramiento sanitario define la equidad de un sistema sanitario mediante la naturaleza y extensión de la cobertura poblacional. El SNS tiene aseguramiento público universal a través del Régimen General de la Seguridad Social, cubre a la inmensa mayoría de la población (más

del 95%), siendo el referente de la sanidad pública española. Constituye un gran logro de la sociedad española y es un factor básico de cohesión y bienestar. Existen excepciones porque la cobertura no está ligada a la única condición de ciudadanía y hay personas que, al no tener vinculación con la Seguridad Social, no tienen derecho al SNS.

Aunque la valoración global del aseguramiento es muy positiva, existen algunos problemas importantes que se deben a la persistencia de Regímenes Especiales de Seguridad Social, de Entidades Colaboradoras y de Mutuas Patronales de Accidentes. Estos regímenes generan situaciones de privilegio de algunos colectivos, se trata de injusticias que además tienen repercusiones negativas sobre el funcionamiento del sistema público y reflejan inequidades de carácter estructural.

-**Las Mutualidades de funcionarios** civiles (MUFACE), funcionarios judiciales (MUGEJU) y funcionarios militares (ISFAS) cubren a una población cercana a los 3 millones de personas. Son mutuas cubiertas por la Seguridad Social con provisión privada. No destacan por su transparencia informativa (sus memorias no están disponibles en Internet y no ofrecen datos de afiliados beneficiarios). Un informe del Tribunal de Cuentas desveló un fraude de 60 millones de euros en MUFACE por pago de prestaciones sanitarias indebidas a 100.000 mutualistas que figuraban como beneficiarios y que tenían tarjeta en el SNS o incluso habían fallecido. Es relevante señalar, aunque no se pueda hacer una lectura simplista de este dato, que cada mes de enero, los funcionarios tienen la opción de adscribirse al servicio autonómico de salud u optar por una aseguradora privada. El 87% de ellos escoge la vía privada. Datos de septiembre 2005:

- **Las Empresas Colaboradoras de la Seguridad Social**, creadas por Orden Ministerial de 1996, que permitió a las empresas proporcionar asistencia sanitaria a sus trabajadores y beneficiarios, compensando gastos con deducción de sus cuotas a la SS. Sus beneficiarios tienen toda la cobertura de la SS y asistencia privada a través de su empresa. La atención farmacéutica las prestaciones complementarias y la

rehabilitación siguen siendo proporcionadas por el SNS. Es evidente que se trata de una situación de discriminación con respecto a la generalidad de la población. En el último ejercicio presupuestario del INSALUD recibieron 18.000 millones de pesetas y, recientemente, en 2004, la Comunidad de Madrid ha destinado a este fin un total de 30 millones de euros. Entre las empresas colaboradoras se incluyen el BSCH, BBVA, Banco Urquijo, Banco de España, la Autoridad Portuaria de Barcelona, el Hospital de San Pablo, RTVE, la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre, y la propia Comunidad Autónoma de Madrid. Aunque otras empresas como Talgo, Gas Natural, Unión Fenosa e Iberdrola han pasado al SNS, las entidades colaboradoras no son pocas, ni poco importantes.

- **Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.** Asociaciones voluntarias de empresarios, colaboradoras en la gestión de la SS, en relación con los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, la prestación económica de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes y las obligaciones derivadas de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Incluyen 29 entidades que carecen de ánimo de lucro, ingresan sus excedentes de la gestión en la Seguridad Social y están tuteladas por el Ministerio de Trabajo. Las Mutuas atienden cerca de 2 millones de accidentes laborales y unos 30.000 casos de enfermedades profesionales por lo que cuentan con un importante dispositivo sanitario propio (tanto ambulatorio como hospitalario), aunque una gran parte de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales son atendidos por el SNS, que no recupera más que una mínima parte de los costes ocasionados.

- **Doble Cobertura y Aseguramiento Privado.** El rápido crecimiento del seguro privado es, sin duda, la mayor amenaza para el SNS, por cuanto traduce una huida de las clases sociales con mayores niveles de renta. La sanidad privada crece sobre todo por el seguro privado. Un sector de la población está dispuesto a invertir en la “mejora” de su atención sanitaria a través del mercado del seguro privado. Las motivaciones más

influyentes a la hora de elegir un servicio sanitario privado son la rapidez de la atención, la comodidad, el trato y la información recibida. No se habla de calidad o seguridad de la prestación. Los seguros privados pueden utilizarse bien como complemento o como alternativa a la sanidad pública (como ocurre con los funcionarios públicos del Estado). En el conjunto del estado el 18.90% de la población tiene doble cobertura, existiendo grandes variaciones entre CCAA (máximo Madrid 36.83% y mínimo 6.61% en Navarra). Los porcentajes más altos, por encima del 20%, además de Madrid, están en Baleares y Cataluña. El informe anual de consultora Aliad señala que el número de pólizas sigue subiendo cada año de una forma regular. Hoy día es bien conocido que los grandes inversores institucionales consideran al sector sanitario privado como uno de los valores de refugio más seguros. 2.209.000 madrileños, de los que 400.000 son funcionarios, desconfían o dan directamente la espalda al sistema público. En Madrid la opción por la privada duplica al conjunto del estado (*El Economista*, 12/03/2008).

Funcionarios Civiles	MUFACE	1.594.908
Funcionarios Militares	ISFAS	447.273
Funcionarios Judiciales	MUJEGU	87.907

Las principales aseguradoras son Adeslas, Sanitas, Asisa, Mapfre, Caja Salud y DKV, que concentran más del 70% del mercado del seguro sanitario. Muchas abren sus propios centros como es el caso de Adeslas, la mayor compañía de cuidados de la salud en su doble condición de aseguradora y proveedora de servicios, que está participada por Aguas de Barcelona (Agbar). Adeslas, como primera aseguradora, facturó 1.231 millones de euros el año pasado, cuenta con 12 hospitales y 300 clínicas concertadas, y acaba de comprar tres nuevos centros hospitalarios en Vitoria y Canarias. Es la gestora del hospital de Alzira en la Comunidad

Valenciana. Por su parte, Sanitas (propiedad del grupo británico BUPA) cuenta con 450 clínicas, doce centros médicos y 18.000 profesionales.

Modalidades de privatización en la provisión y gestión

En este ámbito la tendencia es inequívoca. Así, por ejemplo, las nuevas infraestructuras sanitarias de carácter público son claramente minoritarias:

Las distintas modalidades de privatización en el conjunto del Estado se pueden resumir de la forma siguiente:

- **Concesiones administrativas.** La atención sanitaria de un área, en su conjunto, pasa a manos privadas y la Administración paga un canon anual durante treinta o más años. Se trata de una modalidad radical de privatización, que supone el trasvase de la prestación sanitaria al sector privado, sin opción de elección a los ciudadanos (no hay competencia

EVOLUCIÓN DE LOS SEGUROS MÉDICOS PRIVADOS		
FUENTE: ASOC. EMPRESARIAL DEL SEGURO	2004	2007
Andalucía	14,07%	14,71%
Aragón	18,77%	22,59%
Asturias	7,85%	10,38%
Baleares	30,00%	25,75%
Canarias	11,71%	12,68%
Cantabria	13,95%	15,74%
Castilla La Mancha	9,26%	10,62%
Castilla León	13,19%	14,36%
Cataluña	23,11%	22,75%
Comunidad Valenciana	12,69%	14,19%
Extremadura	10,56%	10,77%
Galicia	11,64%	13,50%
Madrid	29,66%	36,83%
Murcia	12,00%	12,52%
Navarra	5,15%	6,61%
País Vasco	17,12%	18,87%
La Rioja	13,89%	13,88%
Ceuta y Melilla	23,51%	26,55%
ESPAÑA	17,17%	18,90%

porque la concesión es un monopolio) y, según los estudios realizados, con un notable encarecimiento de los costes. Esta modalidad se introdujo primero en la Comunidad Valenciana donde Alzira, en la provincia de Valencia, fue la primera experiencia, inicialmente limitada a la asistencia especializada, pero después se amplió a la atención primaria de toda la comarca de la Ribera (250.000 habitantes.). La experiencia se extendió a Torrevieja (155.000 hab.) y Denia (150.000 hab.) y, en 2009, a Manises (140.000 hab.) y Elche – Crevillente (140.000 hab.). En algunos casos, incluye la atención sociosanitaria. En la Comunidad Valenciana, los beneficiarios son las grandes aseguradoras: Adeslas, Sanitas, Asisa y DKV, en coalición con el sector financiero. La Comunidad de Madrid ha seguido el ejemplo en el hospital de Valdemoro (110.000 hab.), adjudicado a la empresa Capiro, y en los nuevos hospitales comprometidos (800.000 hab.): Carabanchel, Collado Villalba, Torrejón de Ardoz y Móstoles. En Murcia, se proyectan dos hospitales en el Mar Menor (80.000 hab.) y Cartagena (150.000 hab.), con la insólita variante de que la concesión se hace al propio sector público, sin ánimo de lucro.

NUEVAS INFRESTRURAS SANITARIAS (Inauguradas, en ejecución o en proyecto)		
MODALIDAD	Nº HOSPITALES	TOTAL
PFI (*)	<ul style="list-style-type: none"> - BURGOS (CASTILLA Y LEON) - SALAMACA (CASTILLA Y LEON) - BAIX LLOBREGAT (CATALUÑA) - SON DURETA (BALEARES) - VALLECAS (MADRID) - SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES (MADRID) - COSLADA (MADRID) - PARLA (MADRID) - ARGANDA (MADRID) - ARANJUEZ (MADRID) 	10
CONCESION ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - ALZIRA (VALENCIA) - TORREVIEJA (VALENCIA) - DENIA (VALENCIA) - MANISES (VALENCIA) - ELCHE – CREVILLENTE (VALENCIA) - VALDEMORO (MADRID) - CARABANCHEL (MADRID) - COLLADO VILLALBA (MADRID) - MOSTOLES (MADRID) - TORREJON ARDOZ (MADRID) - MAR MENOR (MURCIA) - CARTAGENA (MURCIA) 	12
PUBLICO (TRADICIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> - OVIEDO (ASTURIAS) - GANDIA (VALENCIA) - TOLEDO (CASTILLA LA MANCHA) 	3

(*) Sigla en Inglés de “Private Finance Initiative”, o “Iniciativa de Financiación Privada” que consiste, básicamente, en que una empresa privada construye el hospital o centro de salud y asume los servicios no sanitarios, recibiendo a cambio un canon anual durante treinta o más años

- Iniciativas de Financiación Privada. Del inglés PFI, de donde el modelo es originario. Según The Guardian, 13 grandes hospitales del Reino Unido con este modelo están “técnicamente en quiebra” y en todos ellos hay graves problemas funcionales. Un grupo de empresas privadas (UTEs) construyen un hospital y se quedan con la gestión de la parte no sanitaria, mientras la Administración aporta los médicos y enfermería y paga durante treinta ó más años un alquiler por el uso del edificio y de los servicios (mantenimiento, administración, limpieza, etc.). Quiere decir que, las empresas privadas pagan la construcción, pero luego cobran altos intereses y hacen negocio con la parte “no-sanitaria” del hospital. En Madrid se han inaugurado 6 hospitales (Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Coslada, Parla, Arganda y Aranjuez) y hay otros tres comprometidos para la actual legislatura. La experiencia se extiende a una buena parte de las Autonomías: Burgos, Salamanca, Mallorca, Baix Llobregat. Estos hospitales tienen menos camas, menos personal, peor funcionamiento y calidad de las prestaciones y muy serios problemas, a la hora de coordinarse las distintas empresas que conviven en la misma estructura. El coste es muy superior al del modelo tradicional (de cinco a siete veces en el Reino Unido) y el beneficio empresarial entra en conflicto con la calidad asistencial. Se trata de una mala fórmula, según la Organización Mundial de la Salud, que genera más problemas que los que resuelve. En suma, son fórmulas que colocan el ahorro económico por delante de la salud de los ciudadanos. En Madrid, están en una situación muy comprometida: faltan pediatras, ginecólogos y traumatólogos, y no hay microbiólogos, analistas clínicos, bioquímicos, inmunólogos y genetistas.

-Compra de servicios desde Atención Primaria. Desarrollado

en el Reino Unido (“Fundholders”): los médicos de primaria tienen presupuestos con los que pagan y contratan la hospitalización, las derivaciones a especialistas, las pruebas diagnósticas, etc., quedándose con los superávits. Esta modalidad plantea serios problemas por la tendencia al ahorro de prestaciones necesarias y por la gran desigualdad en la atención sanitaria que, en consecuencia, genera. En España no se ha desarrollado, aunque hay experiencias parecidas en Cataluña como las EBA, empresas de base asociativa, cooperativas profesionales que gestionan centros de salud concertando con el sistema sanitario público la asistencia de la población.

-Gestión privada manteniendo la titularidad pública. Tienen distintas denominaciones: Fundaciones Sanitarias, Empresas Públicas, etc. Introducen las técnicas de gestión privada en el sistema sanitario, convirtiendo a los trabajadores en personal laboral. La experiencia indica que funcionan con menos personal y mayores problemas asistenciales, pero con menores costes que los hospitales públicos tradicionales. Es otra de las fórmulas copiadas del Reino Unido por el Partido Popular en Galicia y en otras seis Comunidades.

- Otras modalidades. La asistencia privada utilizando facilidades públicas, como es el caso de “Barna Clinic” desarrollado dentro del Hospital Clínico de Barcelona. El hospital público atiende a pacientes privados (genera dos listas de espera, etc.). También es relevante la privatización de la **alta tecnología**, cuya primera experiencia fue Medtec en Vigo, con posterior extensión a Valencia y otras Autonomías. En La Rioja, por ejemplo, se han externalizado servicios de radiología, banco de sangre y radioterapia.

- El efecto boomerang de la ley de dependencia. La entrada en escena de la Ley de Dependencia, una acuciante necesidad social, denominada el cuarto pilar del Estado del Bienestar, aunque ha nacido con un claro déficit de financiación, puede tener importantes efectos colaterales por la contigüidad que existe entre la prestación social y la

sanitaria. La ley abre las puertas a la privatización de la provisión de los servicios, generando grandes expectativas privadas. Es un verdadero filón de beneficios en el ámbito sociosanitario: residencias de ancianos, centros de día, viviendas tuteladas, ayuda a domicilio y teleasistencia. Solamente en Castilla-La Mancha, Capiro gestiona ya cinco Residencias de Albacete, una en Ciudad Real y un Centro de discapacitados en Ciudad Real. Miles de millones de euros pasarán directamente de las arcas públicas a las empresas privadas. Incluso en las negociaciones de varios convenios de los sectores privados, las patronales han defendido duraciones más cortas –hasta ahora trataban de alargar los convenios a varios años– para poder revisarlos con la progresiva implementación de la Ley.

6. Los gobiernos y los agentes sociales

La decisión de introducir la privatización de la asistencia sanitaria corresponde, en última instancia, a los gobiernos autonómicos. Son el último y necesario eslabón de una decisión que es el resultado de un conjunto de influencias, tales como las políticas internacionales y locales, las ideológicas, las oportunidades financieras, etc.

La responsabilidad es de cada gobierno autonómico, como consecuencia de la descentralización sanitaria, culminada en Enero del 2002, con la creación de 17 distintos sistemas sanitarios. Como se indicaba anteriormente, en el Estado Español se están configurando dos mapas sanitarios, en función del color político autonómico. Pero, no olvidemos que el neoliberalismo, ideología dominante, no nutre exclusivamente a los partidos que conforman la nueva-derecha. La mayoría, si no la totalidad, de los partidos socialdemócratas, han adoptado políticas neoliberales en la economía, reestructuración de la producción y la esfera laboral, con políticas que, en ocasiones, han sido mucho más radicales de lo que cabría esperar incluso de los partidos conservadores. Tampoco se puede obviar que los servicios sanitarios públicos están acosados

por problemas estructurales e inercias inaceptables que, como ya se ha señalado, no permiten, por más tiempo, una gestión pasiva que acumula problemas y deslegitima los valores del sector público.

En todo caso, el comportamiento, y las consecuencias para la Sanidad Pública de los gobiernos autonómicos es sustancialmente diferente. El actual gobierno de la Comunidad de Galicia es, al menos en algunos aspectos, el mejor ejemplo de políticas de defensa del sector. La clausura y devolución al sector público de las Fundaciones y de Medtec, así lo atestiguan. Se trata de la mejor prueba de que las políticas sanitarias públicas son posibles, incluso en el contexto actual. En el otro extremo se sitúa la Comunidad de Madrid, cuya voracidad –y velocidad– privatizadora no tienen parangón en el Estado Español, permitiendo que, en pocos años (en 2002 el 100% de la asistencia sanitaria de los madrileños era pública), más del 25% de los madrileños sean atendidos en hospitales privados o mixtos.

Con respecto a la ciudadanía y los agentes sociales, cabe decir que las consecuencias de los procesos privatizadores todavía no han tenido efectos considerables, quizás con la excepción de Madrid, sobre la atención sanitaria a la población. Fundamentalmente porque se mantiene, hasta el momento, la gratuidad en la utilización de los recursos sanitarios. De cualquier forma, existe, pese al apoyo que expresan las encuestas a la sanidad pública, poca conciencia ciudadana sobre la trascendencia de las privatizaciones sanitarias.

Cierto es que se han producido múltiples movilizaciones ciudadanas y profesionales en defensa de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid. Pero el esfuerzo de la Asociación para la Defensa de Sanidad Pública de Madrid, la lucha de los trabajadores del Severo Ochoa y otros colectivos, constituidos en puntas de lanza de la defensa de la Sanidad Pública madrileña, no tiene suficiente correspondencia social. Tenemos que depositar nuestra confianza – esperanza - en que las direcciones sindicales y de los partidos de izquierda, asuman, como tarea prioritaria,

en un marco unitario que active todas las sinergias, la necesidad de preservar el carácter público de los servicios sanitarios.

7. A modo de conclusión

El neoliberalismo, en defensa de su proyecto de la salud, ha ignorado las nociones más elementales de justicia social y de libertad. En las últimas décadas vivimos la paradoja de que la ciencia y la tecnología prometen la curación, el alivio del sufrimiento y la salud, mientras que los intereses de la globalización consideran “las necesidades humanas como barreras al comercio”. Abrir estas “barreras”, privatizar la sanidad pública, es una gran pérdida para los ciudadanos porque la atención sanitaria empeorará ostensiblemente. Los modelos privatizados tienen costes muy superiores porque a los costes del cuidado de la salud, ya elevados de por sí, hay que añadir los beneficios que justifican el ánimo de lucro. Si no se remedia, los ciudadanos se verán obligados a pagar para ser atendidos, y los más pobres y enfermos se verán excluidos de los sistemas sanitarios, no por capricho del destino, sino porque la estrategia neoliberal niega la salud como un derecho de todos los ciudadanos, recogido en los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, para su reconversión en un negocio rentable. El resto, a la beneficencia. Retrocedemos hacia la barbarie.

Ante un cambio de escenario, que enfrenta a los países más desarrollados a un periodo de recesión prolongada, hay nuevos motivos de alarma. Tradicionalmente, las crisis se han aprovechado para remodelar los conflictos y contradicciones en el interior del sistema capitalista, pero cabe concluir que la profundidad de la crisis actual es de tal calado que la hegemonía del neoliberalismo es un modelo agotado. Se abre un periodo complejo, sin alternativas definidas para la izquierda social pero con expectativas favorables al menos en el terreno ideológico. La primera prioridad es la denuncia del disparatado sistema capitalista y de las concepciones neoliberales capaces de arrastrar a la sociedad al

desastre, comprometiendo los niveles más elementales de bienestar. La reclamación de la intervención del Estado para socializar las pérdidas, no puede admitirse sin contrapartidas sociales. Hace falta pedir cuentas, oponerse al tratado de Lisboa, rechazar los recortes sociales, impedir la degradación del sector público, etc. Son tiempos de crisis, pero los perjudicados no pueden ser, otra vez, quienes ocupan las capas sociales más débiles.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín económico del Banco de España: “La composición del gasto público en Europa y el crecimiento a largo plazo”. Marzo 2008.
- Stiglitz J. La economía del sector público. Antoni Bosch editor, 2003
- Stiglitz J. “La crisis de Wall Street es para el mercado lo que la caída del muro de Berlín fue para el comunismo”. El País 21/09/2008.
- Samuelson PA. The New York Times September 9, 2004- Otro Sistema de Salud es Posible.
- Anderson P. Las antinomias de Antonio Gramsci. Barcelona: Fontamara; 1981.
- Walden Bello. 2008. Todo lo que usted quiere saber sobre el origen de esta crisis pero teme no entenderlo. Sin Permiso. Octubre, 2008
- Ramonet I. La crisis del siglo. 2008. Le Monde diplomatique (en español) nº 156.
- FADSP. Manifiesto en Defensa de la Sanidad Pública. 13 Enero, 2006
- Seminario “Salud y Neoliberalismo”, 7 de Noviembre 2002. Florencia
- El seguro privado en España. “El Seguro de Salud Privado en España”
- El País, 22/05/2008: “El hospital privado ya es un producto de masas”.
- Propuestas para avanzar (Manifiesto CCOO, UGT, FADSP, FRAVM). Junio, 2008
- Repullo JR, Oteo LA. 2005. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento, en Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: p.61-99.

- Freire JM. 2007 Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España.56. En “Oportunidades de actualización e integración normativa del SNS en el Siglo XXI”.
- Webs Adeslas, Asisa, DKV, Sanitas
- Informe Áliad. 2008. La sanidad privada en España.
- Banco Mundial. Informe el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, 1993
- Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata al Año 2000. Ginebra; OMS, 1991.

CAPÍTULO 11

CONSECUENCIAS DE LA GLOBALIZACIÓN PARA SALUD EN EUROPA

Manuel Martín García
Secretario FADSP

La globalización es esencialmente el resultado de la convergencia de dos fenómenos:

- El desarrollo y expansión de las tecnologías de la información y la comunicación, que ha permitido la libre circulación de capitales, mercancías y personas.
- El triunfo del capitalismo (disfrazado de economía de mercado) tras la desaparición de la Unión Soviética y del grupo de países que pretendían desarrollar el socialismo en Europa y en otras zonas del mundo.

El que la ideología y las relaciones capitalistas hayan perdido su adversario ha abierto las puertas de par en par a la mundialización de la economía en la que el mercado ha pasado a hegemonizar las relaciones sociales. Todo puede ser transformado en mercancía de compra-venta y se pretende que el Estado deje de garantizar y prestar servicios públicos para facilitar a las multinacionales de los servicios una expansión sin obstáculos. La globalización, hasta antes de la nueva crisis, se ha basado en la libre circulación, sin apenas controles, de mercancías, finanzas y capitales sin apenas controles, lo que ha transformado el mundo en un mercado planetario sin obstáculos para su expansión.

La globalización es un fenómeno íntimamente relacionado con la desaparición de los países socialistas convertidos a la economía de mercado

sin apenas transición. Esta situación ha tenido importantes consecuencias para Europa:

- Los países occidentales desarrollados están desmontado y privatizando la mayor parte de los servicios públicos del llamado Estado del Bienestar, que amortiguaban las desigualdades propias del sistema capitalista.

- En los antiguos países socialistas el derrumbe del modelo hizo desaparecer las estructuras y servicios públicos que, con problemas y deficiencias, garantizaban derechos esenciales como la asistencia social, la sanidad, la educación o la vivienda. Esto ha dejado sin protección a importantes sectores sociales y haciendo crecer hasta niveles inaceptables la desigualdad, la marginalidad, la inseguridad, la enfermedad, la corrupción y la violencia.

La reducción del papel social del Estado se ha asociado a otros fenómenos no menos trascendentes para los ciudadanos europeos

- La eliminación de las fronteras ha favorecido la circulación de capitales, mercancías, personas y profesionales.

- La pérdida de autonomía de las naciones para legislar y regular la actividad social, las relaciones laborales, el comercio, el tránsito de personas o la protección del medio ambiente.

- La desaparición del bloque militar del Pacto de Varsovia ha permitido las intervenciones militares de la OTAN en defensa de los intereses económicos y comerciales occidentales (a lo que se han incorporado algunos de miembros del Pacto de Varsovia, convertidos al liberalismo, como Polonia, República Checa, Ucrania o Rumania). Estas intervenciones han supuesto la reaparición de guerras en Europa, como ha sucedido en la antigua Yugoslavia o en países de la CEI, bajo la forma de intervenciones humanitarias para acabar con conflictos étnicos y separatistas, que han servido para ocultar los intereses geopolíticos que realmente las han provocado.

La globalización supone la conquista del poder de decisión a nivel mundial por las compañías multinacionales que controlan los gobiernos y los organismos que regulan las relaciones comerciales internacionales de los países, e incluso a otros organismos como la ONU y la Organización Mundial de la Salud. Me refiero a entidades como el Banco Mundial (BM)¹, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Las empresas multinacionales imponen a gobiernos y organismos como la Comisión Europea o la Organización Mundial del Comercio, medidas a favor de sus intereses. Entre éstas, cabría destacar la supresión de cualquier limitación al comercio de bienes y capitales, la mercantilización absoluta de las relaciones sociales, la supresión de tarifas aduaneras, la desregulación de las normas administrativas, fiscales o sociales, la desaparición de los servicios públicos como la educación o la sanidad o las empresas nacionales, etc.

Líneas estratégicas de la globalización en la salud europea

- El **Banco Mundial** (BM) estableció en 1987 un Plan de Reformas de los Servicios Sanitarios, basado en trasladar a los usuarios los gastos por utilizar los servicios sanitarios, ofrecer aseguramiento privado para los principales riesgos, potenciar la utilización de los servicios privados y descentralizar y fragmentar los servicios sanitarios públicos. Posteriormente, en su Informe sobre el Desarrollo en el Mundo de 1993 propuso, como estrategias para reducir la carga de la enfermedad en Europa y en el mundo, la introducción del mercado en el ámbito sanitario y la mejora de la eficiencia en la asignación de recursos públicos con intervenciones de alta efectividad y bajo coste, es decir, reducir gasto. Mientras los países occidentales llevan años aplicando de manera progresiva estas estrategias privatizadoras para las reformas de sus servicios de salud,

¹. La OMC, el BM y el FMI son instituciones basadas en un tipo de autoridad oscura y totalitaria. Las decisiones de la OMC se toman mediante un proceso en círculos concéntricos que comienzan en USA y el núcleo duro de la UE, para extenderse al cuarteto que incluye a Canadá y Japón y posteriormente al G7. Sus decisiones se presentan como hechos consumados al resto de países.

los antiguos países socialistas, que han abrazado el capitalismo, las han aplicado de manera brutal cambiando sus antiguos servicios de salud pública, para lo que han trasladado a empresas aseguradoras la responsabilidad de la asistencia y privatizado la Atención Primaria. Desgraciadamente, estos países no estaban preparados ni técnica ni culturalmente para gestionar un sistema basado en los seguros sanitarios por lo que el cambio ha generado el caos asistencial, ha favorecido la corrupción y ha dejado sin asistencia a una parte impotente de población no vinculada al trabajo asalariado.

- La **Organización Mundial del Comercio**² (OMC) ha negociado con la Unión Europea el desmantelamiento y privatización de los servicios públicos³ con objeto de permitir la implantación de las compañías de seguros sanitarios. El **Acuerdo General sobre Comercio y Servicios** (AGCS) pretende obligar a los gobiernos a reducir todas las regulaciones internas que impidan el comercio a nivel internacional, y a derogar todos los procedimientos o normas técnicas que impidan o limiten la implantación de hospitales y servicios sanitarios privados. En caso de acuerdo 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 medidas dirigidas a eliminar las trabas legales nacionales a la implantación de empresas sanitarias, a abrir los sistemas sanitarios

². La OMC esta integrada por más de 145 miembros, se ocupa de toda actividad susceptible de ser comercializada o transformada en mercancía, tiene autoridad para resolver conflictos entre naciones y sus decisiones son de obligado cumplimiento y tienen preeminencia sobre los derechos nacionales. Todos sus miembros deben adecuar sus marcos jurídicos a las reglas que dicta y estas reglas abarcan más de lo puramente comercial (por ejemplo, recomendó reducir las regulaciones de seguridad en el tráfico de petróleo antes del Prestige. Evita adoptar decisiones mediante votaciones, con lo que el poder de decisión se concentra en pocos países: USA, UE, Canadá y Japón y está dominada por los lobbies de las multinacionales: TABD (Transatlantic Business Dialogue y el ESF (European Services Forum) y la Coalición Estadounidense de Servicios Industriales.

³. La negociación del Acuerdo para la Liberalización del Comercio (AGACS) implica que los países miembros deben privatizar progresivamente 160 subsectores y servicios públicos, incluida la sanidad, que hasta ahora han sido prestados por el sector gubernamental, financiados con los impuestos de los ciudadanos. La sanidad, gracias a este acuerdo, ha pasado a tener la consideración de mercancía.

a la libre competencia y a promover la libre circulación de capitales y empresas entre los países de la Unión. Se pretende eliminar los sistemas sanitarios públicos, retirar las subvenciones a los mismos, reducir el gasto sanitario público y restringir la capacidad reguladora de gobiernos en sanidad y asistencia social. Otra medida con repercusiones par la salud es la liberalización del comercio del tabaco y la supresión de los monomios estatales en esta materia para favorecer la penetración de los mercados mundiales por las compañías tabaqueras multinacionales.

- La propia **Organización Mundial de la Salud (OMS)** está promocionando la desregulación y privatización de los sistema sanitarios⁴. La **Oficina Regional Europea de la OMS**, ha revisado y dado por acabada la Estrategia Salud Para Todos en la zona, sin haber desarrollado una parte esencial de la misma (acabar con las desigualdades, reorientar los sistemas sanitarios a la promoción de salud y poner la atención primaria en el eje de los mismos). Estos objetivos de salud han pasado a un segundo plano y han sido reemplazados por otros de naturaleza económica y de mejora de la eficiencia. Las principales medidas están destinadas a reducir gasto público e introducir cambios en la financiación, la organización y la prestación de servicios. Así, en la *Conferencia sobre Reformas Sanitarias en Europa de Ljubiana en 1995 de la OMS*, se fijaron 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.

- La **Comisión Europea**, está controlada por **lobbies** de presión de las multinacionales que imponen sus intereses como la Transatlantic Business Dialogue, el European Services Forum o la Coalición Estadounidense de Servicios Industriales. Pascal Lamy comisario responsable de Comercio de la Comisión Europea, perteneció a la Rand Corporation. La Comisión ha dictado dos importantes leyes destinadas a la privatización sanitaria:

⁴. Documento OMS: "Sistemas de Salud: Mejorando su Funcionamiento"

- El *Tratado de Maastricht*, que limitó la capacidad de endeudamiento público de los gobiernos europeos con el argumento de la convergencia para la moneda única. Este acuerdo estableció que déficit público de cada país no debería superar el 3% ni su endeudamiento el 60% del PIB, limitación que se acompañó con la trampa contable de que el sistema de contabilidad de la UE no consideraría como endeudamiento público el contraído por empresas públicas acogidas a gestión privada o por servicios contratados con *empresas privadas*. *Esta medida pretende, en lo que concierne a la sanidad, recortar el gasto sanitario público y que la financiación de las nuevas infraestructuras públicas*, incluyendo las sanitarias, como hospitales o centros de salud, se realice recurriendo a la financiación privada, a la que se cede la gestión y explotación de hospitales y centros de salud. Gracias a esto, las multinacionales del sector de servicios sanitarios, los grupos financieros o las grandes constructoras se apoderan una parte sustancial de los fondos públicos destinados a salud.

- La *Directiva Bolkestein* pretende que las empresas de los países de la UE (incluidas las sanitarias) puedan instalarse en cualquier país de dicha Unión. Ningún país podrá oponerse a esto y además deberá financiarlas con dinero público y las empresas no estarán obligadas a acatar el sistema de la seguridad social ni el sistema sanitario del país. El objetivo de esta directiva es eliminar las restricciones y leyes nacionales que limitan la implantación de empresas sanitarias privadas, recurriendo al principio de "*país de origen*". Las empresas de servicios en la UE tendrán que obedecer solamente a los requisitos de su país de origen, en el que radique su sede social, mientras que a los estados donde se instalen o suministren servicios, no se les permitirá imponer restricciones o controles de ningún tipo.

Estas medidas se han aplicado con el apoyo de omnipotentes grupos de presión integrados por las aseguradoras y multinacionales sanitarias, con la colaboración de políticos de casi todos los partidos, de profesores

universitarios, de economistas, de gestores, de sociedades profesionales, de empresarios o de periodistas, en muchos casos, a sueldo de las mismas.

1. Repercusión de la globalización sobre los servicios públicos

- **Países capitalistas de la Unión Europea (UE-15)** (Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Austria, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Portugal, España, Reino Unido, Dinamarca y Suecia):

El neoliberalismo ha impregnado la política económica y social de estos países, lo que está suponiendo la destrucción de los fundamentos del Estado del Bienestar. Tanto los gobiernos conservadores como los socialdemócratas han concentrado sus esfuerzos en privatizar el sector público, incluyendo los servicios básicos como la sanidad.

- **Antiguos Países Socialistas de Europa Central y los Balcanes**

En ellos, tras la caída del Muro de Berlín, se implantó el sistema capitalista, en su forma más liberal, con lo que se ha acabado con el papel del estado como garante de derechos y servicios públicos. El esclerotizado modelo socialista, basado en la economía planificada, garantizaba, pese a su debilidad e ineficiencia, unas mínimas condiciones materiales y sociales a todos los ciudadanos, que se han derrumbado con la llegada del mercado y la competencia sin reglas ni limitaciones. La supresión de los servicios públicos tuvo como consecuencia el incremento del desempleo, la inseguridad y la pobreza para la mayoría de la población, que dejó de tener acceso a los servicios sanitarios, a la cobertura por desempleo/enfermedad y a las pensiones. Paralelamente, se ha producido el enriquecimiento de una minoría, en su mayor parte miembros de la antigua casta dirigente, que se apoderaron de los recursos privatizados y de los restos del aparato del estado.

En los países socialistas cabría contemplar tres tipos de situaciones:

Países de la Europa Central (*Polonia, Hungría, República Checa, Eslovaquia y Eslovenia*): La implantación del capitalismo y de la economía de mercado generó, en un primer momento, una difícil situación sanitaria y social para la mayoría de la población, aunque en gran parte de estos países se mantuvieron algunos recursos y servicios sociales. Su posterior integración en la Unión Europea les ha permitido acceder a fondos destinados a modernizar sus infraestructuras productivas, administrativas y sociales. La deslocalización de importantes empresas, que buscan en estos países una mano de obra cualificada con bajos salarios, ha contribuido también a mejorar la situación. La globalización arrasó las débiles infraestructuras productivas y de servicios de estos países y favoreció la corrupción en sus administraciones. Como consecuencia, una parte de la población, especialmente de los sectores más jóvenes, dinámicos y cualificados emigraron a los países desarrollados. El derrumbe del Estado ha permitido la creación y proliferación de redes de narcotráfico y prostitución y que las multinacionales del tabaco legal e ilegal hayan tenido un elevado desarrollo. La entrada en la UE puede favorecer, a largo plazo, la mejora en algunas de sus infraestructuras.

- **Países Balcánicos** (*Serbia, Croacia, Bosnia, República Moldava, Montenegro, Macedonia, Kosovo y Albania*): La transición supuso, además, la guerra, como consecuencia de la intervención de países con intereses geoestratégicos en la zona como Alemania o Estados Unidos. Los conflictos bélicos destruyeron sus infraestructuras económicas agrícolas, industriales, de comunicaciones y de servicios, como la sanidad o la educación, que aún no se han recuperado. La guerra generó también un importante deterioro medioambiental por el empleo, por parte de los países de la OTAN, de material de guerra, medios químicos y munición de uranio. La destrucción del aparato del estado y de la sociedad civil, unidas a las migraciones obligadas por la guerra, han

favorecido el crimen organizado y el tráfico de armas, drogas y personas (mujeres o niños para la prostitución o el tráfico de órganos). Las multinacionales tabaqueras han encontrado aliados en las redes de contrabando y en la actitud permisiva de las autoridades políticas.

- **Rusia y Confederación de Estados Independientes (CEI)** (Federación Rusa, Kazakistan, Kyrgyszstan, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Georgia)

El nivel de deterioro de las infraestructuras públicas, incluidas las sanitarias, era muy importante en Rusia y sus aliados más cercanos. El derrumbe del modelo socialista fue la consecuencia del deterioro de unas estructuras políticas y sociales burocratizadas y esclerosadas y de los ingentes recursos económicos destinados a la industria armamentista para hacer frente a la guerra fría. A la crisis de fondos habría que asociar el aislamiento de los científicos soviéticos por las restricciones al intercambio de personal y de material científico y la prohibición del comercio de computadoras por su potencial uso militar.

2. Consecuencias de globalización sobre los servicios sanitarios

2.1. Países desarrollados (UE-15 y otros como Noruega, Suiza o Islandia)

Las reformas se han centrado en el desarrollo de dos grandes estrategias: Introducir los mecanismos del mercado en los sistemas sanitarios y buscar colaboración privada en la financiación de las nuevas infraestructuras.

Privatizaciones más o menos solapadas: Aseguramiento en Holanda, financiación en Alemania, gestión, financiación e infraestructuras en el Reino Unido y España, la provisión servicios por sector privado en casi todos los países.

Principales medidas adoptadas para conseguir estos objetivos:

- *Introducción y potenciación del mercado y la competencia en los sistemas sanitarios*, lo que implica: Separación la financiación de la provisión como paso obligado para que la salud pueda ser objeto de compra y venta.

Fraccionamiento del sistema público en múltiples entes con autonomía presupuestaria y capacidad de decisión para que compitan entre sí por captar clientes y fondos. Introducción de la gestión privada en los centros sanitarios públicos de acuerdo con el modelo empresarial privado. Externalización de servicios, subcontratándolos con el sector privado. Potenciación de la presencia del sector privado en la provisión de servicios sanitarios, en igualdad de condiciones que los públicos. Eliminación del monopolio público del sistema sanitario en el aseguramiento, la provisión y la gestión de los servicios de salud.

- *Financiación*: Se facilita la colaboración del sector privado en la construcción y gestión de las nuevas infraestructuras sanitarias (Iniciativas de Financiación Privada – PFI - o Concesiones de Obra Pública). Con el pretexto de la limitación en el endeudamiento público (no más del 3% del PIB), se privatizan los nuevos edificios de los centros sanitarios y la gestión de los mismos durante largos períodos de tiempo. Se potencia el pago directo y el *copago* por la atención de salud, con la finalidad de modular la demanda y reducir la financiación con impuestos directos, lo que implica que se elimina el papel redistributivo del sistema sanitario. Se raciona la oferta de servicios, diferenciando la oferta básica común a todos los usuarios (provisión pública o privada) y la complementaria que se ha de sufragar con carácter individual (provisión mayoritariamente privada). Con este objeto, se diferencian las pólizas de cobertura de riesgos sanitarios diferenciadas (básica universal) y las complementarias suscritas con carácter individual o de empresa con desgravaciones fiscales. Las redes de atención sociosanitaria se separan de la asistencia sanitaria y se privatizan, recurriendo al

modelo de las iniciativas de financiación privada (PFI). Se reducen los recursos asistenciales públicos: presupuestos, centros, camas, médicos, enfermeras, etc.

- *Aseguramiento*: Se promueve la competencia entre entidades aseguradoras y se da entrada al sector privado en la cobertura de riesgos sanitarios, que se financia con fondos públicos y particulares, mediante el aseguramiento complementario, que se incentiva fiscalmente.

- *Salud Pública*: Se suprimen las estructuras diferenciadas de Salud Pública dentro de los sistemas sanitarios, dado el escaso interés que las mismas tienen para el mercado, pues los servicios de salud pública son difícilmente transformables de mercancías. Se fraccionan y sus competencias se reparten entre diferentes organismos públicos y privados (medio ambiente, alimentación, aguas, etc.).

Consecuencias

Todo lo anterior tiene las siguientes consecuencias:

- Descapitalización de los servicios sanitarios públicos.
- Pérdida de la integralidad asistencial y de la coordinación entre servicios y niveles asistenciales, imposibles en un marco de mercado y competencia; privatización de las estructuras asistenciales más rentables.
- Incremento del gasto sanitario e incremento del nivel real de endeudamiento.
- Pérdida del carácter universal de las prestaciones que se reducen a paquetes básicos.
- Deterioro de la equidad, ya que estas medidas benefician a los grupos con mayor nivel socioeconómico y a las áreas más desarrolladas.
- Incremento de las barreras de acceso a los servicios para la población con menor nivel económico y capacidad de compra y marginación de los

grupos más necesitados (enfermos crónicos, marginales o discapacitados).

- Abandono de la planificación con la consiguiente importante pérdida de racionalidad y equidad.

- Abandono de la participación social.

- Incremento de los costes administrativos y burocráticos.

- Deterioro de la información; etc.

Aplicación de esta estrategia a nivel hospitalario

- *Potenciación del papel de los hospitales privados como proveedores de servicios para el sistema público:* Con esta finalidad, en muchos países, las multinacionales sanitarias (norteamericanas como la USB o europeas como la DKV) están realizando fusiones y adquiriendo centros hospitalarios para contratar sus servicios con las administraciones públicas. El Reino Unido, que está a la cabeza del proceso de privatización, el número de camas privadas pasó de 6.700 en 1979 a 11.200 en 1996. Se favoreció la concertación de servicios privados con el sistema público, mientras que el propio NHS creó unidades dedicadas a la atención privada. La construcción de nuevos hospitales por el modelo de la Incentiva de Financiación Privada (PFI) está dejando en manos de empresas multinacionales tanto financieras, como de la construcción y de los seguros sanitarios la gestión de los mismos, con unos costes seis a siete veces superiores a los de los centros de gestión tradicional. Algunos de estos consorcios están vendiendo sus concesiones a empresas de capital/riesgo internacionales. 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 se traten en dichos

centros). En España, algunas experiencias de gestión privada como las Fundaciones Sanitarias han demostrado ser más costosas, a pesar de que tienen menos recursos y realizan menos actividad asistencial, que los hospitales públicos. Por este motivo, algunos gobiernos autonómicos, como el progresista de Galicia, las están reintegrando a la gestión pública. En algunas comunidades autónomas, como Madrid o Valencia, la construcción y gestión de los nuevos hospitales se lleva a cabo recurriendo a la colaboración con empresas multinacionales de capital riesgo, que multiplican por seis el coste de los centros, hipotecan al sistema por un mínimo de treinta años, reducen el número de camas y el personal y privatizan los servicios centrales.

- *Privatización de determinados servicios hospitalarios*: Limpieza, cocina, lavandería, seguridad, informática, administración, ambulancias, pruebas de anatomía patológica. etc., están siendo cedidos a empresas privadas en el Reino Unido, España, Francia y Alemania. Esta medida, además de deteriorar la calidad global de los hospitales, favorece la corrupción en el uso de los fondos públicos y en la contratación del personal y dificulta el necesario trabajo en equipo.

La privatización de la sanidad supone que los criterios económicos se impongan a los asistenciales en la atención de los enfermos, discrimina a los grupos más vulnerables y con más necesidad de atención (enfermos crónicos, ancianos, discapacitados, etc.), supone el abandono del carácter social y redistributivo de los servicios de salud y conlleva un incremento de los costes administrativos necesarios para negociar, facturar y cobrar, los servicios prestados. Lleva implícito el deterioro de las condiciones laborales de los profesionales y demás trabajadores, lo que genera frustración profesional y, en consecuencia, reduce la calidad asistencial.

Con algunas excepciones, entre las que cabría destacar el Reino Unido y España, en los países europeos desarrollados el gasto sanitario se ha incrementado tanto en porcentaje del PIB como en gasto por persona, expresado en dólares ajustados por poder paritario de compra (ppc),

mientras que ha descendido el porcentaje del gasto privado sobre el gasto sanitario total (es el único grupo de países europeos donde esto ha pasado). Los médicos por habitante se han incrementado discretamente (en un 11%) en los últimos 12 años, mientras que han disminuido las enfermeras (40%), lo que explica las políticas de captar enfermeras puestas en marcha por algunos de estos países.

b.- La privatización de la Atención Primaria (AP)

Las políticas neoliberales han paralizado la reforma promovida por la OMS en “Salud para Todos”, en la que la AP, para poder coordinar todo

el sistema sanitario, debería pasar a ser el centro del mismo y garantizar la atención integral y la promoción de la salud. La introducción del mercado en los servicios sanitarios ha supuesto que casi todos los países hayan aplicado medidas para reorientar los servicios de AP hacia la competencia y el mercado, así como para proporcionarles capacidad para comprar servicios a los hospitales e introducir la gestión empresarial de los centros. Estas reformas ponen la competencia por encima de la cooperación, fragmentan el sistema en múltiples entidades empresariales, lo que implica un detrimento de la atención integral e integrada, limitan la capacidad para planificar los recursos en función de necesidades y son incompatibles con la participación ciudadana en la sanidad.

Resultados

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 a menor escala, en algunos gobiernos regionales en Suecia, en algunos municipios de Finlandia y en algunos centros o áreas sanitarias en Cataluña (España) y en Berlín (Alemania). Los análisis de los resultados de las mismas muestran que, aunque la competencia mejora el precio de algunos servicios hospitalarios y los tiempos de espera en especializada, su impacto

es muy negativo para la equidad y la calidad de la asistencia de las áreas que atienden a colectivos con menor nivel económico y social. Los malos resultados cosechados por estas experiencias han conducido a que se haya dado marcha atrás y se esté reintroduciendo la integración vertical entre proveedores para aumentar la coordinación. Incluso en países con modelos sanitarios 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. Los malos resultados cosechados por la concertación con el sector privado, que ha incrementado las desigualdades, han generado problemas en los países que más han avanzado en esta estrategia, como es el caso de Noruega, Finlandia, y 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. A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de estos cambios, apenas existe investigación sobre su impacto sobre la prestación de servicios. Las pocas evaluaciones realizadas no muestran que mejoren la eficiencia, aunque sí que parece que han tenido un efecto negativo sobre la accesibilidad a los recursos y la equidad.

2.- Unión Soviética y antiguos países socialistas

El impacto de la transición al capitalismo ha sido brutal en estos países, dado atraso y el escaso desarrollo de sus infraestructuras económicas y sociales, incluidas las sanitarias y de salud pública. La mortalidad se incrementó de manera espectacular especialmente en niños y varones de edad media. Entre los factores responsables de esta situación estarían el empeoramiento de las condiciones de vida por el derrumbe de la

economía, la caída en la marginalidad y la pobreza de gran parte de la población, las guerras y la violencia, el hacinamiento en las cárceles, el incremento de la drogadicción, el deterioro de los servicios sanitarios públicos, la generalización del pago directo para acceder a la asistencia sanitaria, las malas condiciones laborales y el incremento del paro.

El alcoholismo, las drogas, el SIDA/VIH y otras enfermedades de transmisión sexual o el tabaquismo han adquirido el rango de epidemias y, en algunas, zonas se puede hablar de hecatombe demográfica, social y sanitaria al haber descendido, por primera vez en muchos años, la esperanza de vida al nacer en los países de la Federación Rusa y la CEI. Han reaparecido enfermedades que se consideraban extinguidas como la difteria o la malaria, también han crecido de manera espectacular las muertes por violencia, homicidios y las guerras, del mismo modo que los suicidios por desesperación o falta de perspectivas de futuro. En esta situación ha influido de manera importante la desaparición del Estado que, en muchas situaciones ha sido sustituido por mafias organizadas, así como la proximidad a países productores de drogas y el deterioro de las condiciones de vida, que ha obligado a muchas mujeres a recurrir a la prostitución como medio de supervivencia. Los conflictos separatistas, alentados en muchos casos desde potencias occidentales con intereses geoestratégicos en la región, han desembocado en guerras abiertas en algunos países (Tajikistan, Chechenia, Georgia, Armenia, Azerbaiyán y República Moldava). Estas guerras explican el imponente incremento de las muertes por violencia en los mencionados países. Las reformas políticas y económicas han deteriorado la calidad de vida y la salud de la población, pues que solamente una minoría se ha beneficiado del cambio (20% de la población ha mejorado su nivel de vida con el cambio, mientras que el 80% restante tiene un nivel de vida que sólo garantiza la supervivencia). Aunque la comercialización de los recursos energéticos de Rusia ha mejorado parcialmente la situación, ésta se ha deteriorado en la mayoría de los países en los últimos años, pues, además, en los mismos se han recrudecido los conflictos armados. Los grupos sociales

más débiles y vulnerables, como ancianos, mujeres y niños, han sido los más afectados.

Principales cambios en el sistema sanitario:

- Creación de un modelo basado en los seguros con empresas aseguradoras privadas, financiadas con las cotizaciones de los asalariados.
- Reducción de recursos sanitarios.
- Privatización de la Atención Primaria y pago directo por la asistencia.
- Eliminación de los Servicios de Salud pública tales como la promoción de la salud, la prevención enfermedades transmisibles y la lucha contra el tabaco y el alcohol
- *Privatización del sistema de salud:*

Se reemplazó el anterior sistema centralizado e integrado (Semashko) por otro sistema basado en los seguros sociales, en el que las empresas aseguradoras y los proveedores de asistencia son privados. Aunque el argumento esgrimido para ello sea la necesidad de estimular la responsabilidad de los individuos con la financiación de su salud y con el uso racional de los recursos, la finalidad última de esta decisión fue dar participación al sector privado en la provisión y en el aseguramiento. El modelo basado en el Sistema Nacional de Salud, financiado con impuestos, de carácter universal y de provisión esencialmente pública, más de acorde con la realidad social y la tradición de estos países se descartó porque impedía del desarrollo del sector privado. El modelo de seguros sanitarios ha generado importantes problemas, dado que la pobreza generalizada, el alto nivel de desempleo y la hegemonía de la economía sumergida, limitan de manera importante su financiación por cotizaciones.

Las empresas aseguradoras buscan beneficios rápidos, lo que ha provocado la generalización de la selección adversa de clientes y pacientes, concentrando el esfuerzo en mantener la cobertura a los grupos sociales sanos de buen nivel económico y rechazar a los pobres

y enfermos (crónicos, ancianos o discapacitados), que constituyen un imponente contingente social en estos países. Los gestores carecían de experiencia y capacidad para gestionar empresas (estaban formados en la antigua burocracia socialista), mientras que los profesionales sanitarios, mal pagados o con contratos precarios, cayeron en su mayor parte en la corrupción exigiendo el pago directo en mano a los pacientes para atenderlos. Por otra parte, estos países carecían de un sistema de información fiable que permitiera gestionar los servicios. Este conjunto de hechos ha generado importantes problemas en el acceso, equidad y eficacia de la asistencia sanitaria. Este modelo neoliberal ha dejado sin cobertura a los sectores más débiles y necesitados de asistencia, como ancianos, enfermos crónicos, discapacitados, niños y mujeres con pocos recursos. Los seguros cubren las necesidades asistenciales de los trabajadores y empresarios (que los financian con sus cotizaciones) y dejan al resto de la sociedad en manos de los servicios de beneficencia, en condiciones muy precarias.

- *Deterioro hospitalario*

- Se han cerrado camas con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y reducir gastos (tabla 4). Aunque su proporción era muy alta, el cierre de las mismas ha generado un grave problema, dado que las cumplían una función sanitaria y sociosanitaria para la que no existe por ahora ninguna alternativa. Los hospitales de estos países son los proveedores principales de cuidados sanitarios y sociales, por lo que su cierre, sin desarrollar los servicios de atención primaria y las redes de atención social, ha dejado sin atención sanitaria a esta parte importante de la población que constituyen los enfermos crónicos, los discapacitados y las personas pobres.

- Con la apertura del comercio, muchos países con equipamiento sanitario obsoleto, como consecuencia del embargo de la guerra fría, han adquirido recursos de tecnología avanzada. La presión de las empresas multinacionales, la abolición de la planificación sanitaria y la ausencia

de recursos para la evolución tecnológica, hizo que, en muchos casos, las compras fueran inapropiadas e innecesarias para las verdaderas necesidades. Estos países, con algunas excepciones, no han conseguido desarrollar la medicina con base científica (“Evidence based Medicine”, en Inglés).

- Los laboratorios farmacéuticos se han aprovechado de la ausencia de mecanismos de control, de la escasa formación de los profesionales, de los bajos sueldos y del déficit de formación continuada para promocionar sus productos influyendo en la prescripción, al margen de su racionalidad o eficiencia, con lo que se ha incrementado el gasto farmacéutico, en detrimento del gasto sanitario total.

- *Deterioro de la Atención Primaria:*

- Hasta el cambio prestaban la AP policlínicas, con mayoría de médicos especialistas y estaba fragmentada en centros asistenciales, de salud escolar y de empresas. La reforma ha reducido el número de médicos y enfermeras de la AP y ha privatizado la provisión, ignorando la estrategia de atención integral, la promoción de salud y la participación promovida por la OMS en Alma-Ata. Las policlínicas, aunque proporcionaban una atención de baja calidad, garantizaban el acceso a toda la población. Su desaparición deja sin alternativa a la mayoría de los ciudadanos de estos países. A nivel teórico se habla de dar más poder y capacidad al nivel primario, que sería la puerta de entrada y eje del sistema, pero la falta de recursos hace que muchos países aplacen estos cambios durante una generación.

- El deterioro o incluso la ausencia de sociedad civil o de cultura de consumidores hace imposible la participación comunitaria o el control del sistema por parte de los ciudadanos.

Actualmente la situación de la AP es la de ser prestada por unos profesionales pobremente pagados, con una deficiente formación teórica, con pocas habilidades clínicas, carentes de una orientación comunitaria

y que trabajan en centros mal equipados y sin acceso a recursos tecnológicos. En muchos países la inversión en atención primaria ha disminuido drásticamente.

- *Abandono de la Salud Pública*

- En el modelo anterior estaba muy centralizada y tenía como prioridad las vacunaciones y las campañas de detección masiva de enfermedades. Este modelo se ha abandonado sin poner en marcha políticas alternativas. La descentralización ha fragmentado y diluido la responsabilidad del desarrollo de las actividades de salud pública, sin que se hayan sustituido por una salud pública moderna, dirigida a la promoción de salud y a la prevención de las principales enfermedades crónicas o a mejorar el medio ambiente.

- El deterioro económico, la pobreza de gran parte de la población, el abandono de lo público y una mala descentralización de la sanidad, que ha transferido responsabilidades sin recursos, ha tenido graves consecuencias sanitarias para la población, de las que sería un ejemplo la ruptura de las cadenas del frío para la conservación de medicamentos y vacunas que hizo que, en su mayoría, quedaran inactivados.

Efectos contradictorios de la globalización

- La apertura de fronteras y la comercialización de hortalizas, frutas y verduras provenientes de otros países con mejor clima ha mejorado la nutrición de algunos grupos sociales. Sin embargo, el crecimiento de la pobreza y la marginación de grandes grupos sociales, junto con la penetración de las multinacionales de la comida rápida y la ausencia de una política de promoción de salud, han favorecido el consumo masivo de grasas y comidas basura, con graves consecuencias para la salud, tales como el aumento de casos de diabetes y de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

- La apertura al exterior ha facilitado la entrada de empresas y nuevas tecnologías, pero, a su vez, ha facilitado el tráfico de drogas, especialmente la heroína por vía intravenosa, cuyo consumo ha experimentado un gran crecimiento, que algunos expertos catalogan de insoluble. Una parte importante del aumento de casos de SIDA/VIH está asociado a esta situación.

- Las multinacionales tabaqueras han encontrado, en la ausencia de legislación estatal, la fórmula para compensar las limitaciones en el consumo introducidas en los países desarrollados. Como consecuencia, el consumo de tabaco ha crecido de manera importante, asociado al incremento de la oferta, a las campañas de publicidad y a la reducción de las antiguas limitaciones estatales. En la mayoría de estos países han proliferado agresivas campañas publicitarias, mientras que algunas multinacionales se han hecho con antiguos monopolios estatales de producción de tabaco. Algo similar ha ocurrido con el de alcohol cuyas tasa de consumo se han disparado.

- La libertad de tránsito de personas, capitales y empresas entre países ha favorecido las emigraciones en busca de oportunidades económicas, pero también ha acabado con empresas autóctonas, ha favorecido la fuga de capitales, que ha generalizado la pobreza y ha favorecido que muchas mujeres hayan caído en las redes de la prostitución. Muchas de estas mujeres han sido trasladadas por las mafias a países extranjeros, como España. La reducción de recursos, el deterioro del sistema y la actitud de muchos médicos con bajos sueldos, malas condiciones laborales y la posibilidad de enriquecimiento personal, consecutiva a la desaparición de los instrumentos de control y regulación, han propiciado y generalizado los pagos informales (pago directo por atención recibida) al margen del sistema sanitario. Esta situación ha favorecido la corrupción y el incremento del gasto directo, dificultado el acceso a la asistencia de los sectores con poca capacidad económica, lo que ha incrementado las desigualdades en salud. La fuga de médicos y enfermeras a los países

desarrollados está produciendo una merma importante de efectivos en estos sistemas.

La repercusión del proceso de cambio al modelo capitalista y a la globalización de estos países no ha sido homogénea, por lo que vale la pena analizar esta repercusión en tres grupos de países.

- **Confederación de Estados Independientes [CEI]** (*Federación Rusa, Armenia, Azerbaijón, Bielorrusia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Moldavia, Tajikistán, Ucrania y Uzbekistán*), junto con las repúblicas bálticas, hoy miembros de la Unión Europea, Estonia, Letonia y Lituania:

El derrumbe del sistema sanitario, la crisis económica y la epidemia de malnutrición, alcoholismo, junto con el incremento del consumo de tabaco y drogas y de violencia, que se desató tras el derrumbe del régimen soviético, contribuyó a empeorar esta situación a lo largo de la década de los noventa del pasado siglo, como lo expresa la caída de la esperanza de vida. El porcentaje de PIB destinado a sanidad se ha incrementado en los últimos cuatro años, tras haber bajado de manera importante, y también ha descendido la cifra de médicos y, sobre todo, la de enfermeras. En estos países la privatización y el pago directo se ha incrementado de forma espectacular, como lo muestra el hecho de que el porcentaje del gasto sanitario privado se haya elevado por encima del 40%. La mortalidad por violencia es la más alta de Europa, tres veces superior a la media de los países de la UE desarrollados. El consumo de tabaco es alto y se ha incrementado un 25% en tan solo cuatro años. A la pobreza se añade la privatización sanitaria, que limita el acceso a los recursos sanitarios a gran parte de la población y explica el incremento de la mortalidad evitable como la perinatal, la cardiovascular o por cáncer.

- **Europa Central:** (*Polonia, Hungría, República Checa, Eslovaquia, Bulgaria y Rumania*).

Aunque, en un principio, hubo un deterioro de la situación de salud con un aumento de la mortalidad prematura por violencia, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, tabaco o malnutrición, la esperanza de vida se ha recuperado, aunque en estos países mantienen diferencias entre sí y respecto a los desarrollados de la Unión Europea (UE-15). Otro elemento a tener en cuenta es que las condiciones económicas y sanitarias de estos países al inicio del cambio eran mejores a las de la Federación Rusa y los otros países de la CEI. El porcentaje de PIB destinado a sanidad ha aumentado un 14% en los últimos cuatro años, pero ha sido en gran parte a expensas del gasto privado, que ha crecido un 15%. El número de médicos y de enfermeras se ha recuperado también durante los últimos cuatro años. Sin embargo, la población fumadora ha aumentado y el consumo de alcohol se ha disparado un 64%. La cifra de suicidios es muy alta, ocupando el primer puesto europeo y lo mismo ocurre con las muertes por violencia, que son tres veces superiores a las de la UE-15.

- **Países Balcánicos:** *Eslovenia, Serbia, Croacia, Bosnia-Herzegovina, Macedonia, Montenegro, Albania, Kosovo.*

En estos países la transición ha sido especialmente negativa para la salud y los servicios sanitarios. A los efectos del cambio al capitalismo y del derrumbe del sistema sanitario, que era bueno en la antigua Yugoslavia, con un sistema de Atención Primaria y de Salud pública equiparable al de la Europa desarrollada, hay que añadir el daño ocasionado por la guerra impuesta por la OTAN, con bombardeos sobre la población civil y empleo de armas químicas y munición de uranio, que han contaminado de manera muy importante el medio ambiente. El deterioro de la sociedad civil ha favorecido el crimen organizado, con los consiguientes traficos de armas y drogas, el contrabando de tabaco y el tráfico de mujeres para las redes de prostitución e incluso de niños para donación de órganos. En Albania, aunque no sufrió la guerra, el deterioro de la salud ha sido también importante, como consecuencia del cambio de hábitos

de consumo y de las conductas de riesgo, asociados al final de su situación de aislamiento.

El gasto sanitario total se ha recuperado ligeramente, mientras que el privado se ha disparado en un 28% en los últimos cuatro años. El número de médicos ha descendido, al igual que el de enfermeras, probablemente por la emigración a otros países. La población fumadora ha crecido de manera importante y alcanza las cifras más altas de Europa (45%), que casi duplican las de los países europeos de la UE-15. El consumo de alcohol se ha incrementado en un 65%, mientras que la mortalidad por suicidio y violencia sigue avanzando.

2. Globalización, cambio climático y salud en Europa

La globalización se ha asociado a un gran desarrollo industrial, a un incremento en la fabricación y venta de automóviles, a un aumento de viajes en avión, a un mayor consumo y al aumento de la producción de desechos y residuos industriales y urbanos en toda la región europea. La globalización neoliberal ha impuesto unas formas económicas que tienen como objetivo fundamental maximizar los beneficios y reducir los costes, lo que obliga a los países a mejorar su capacidad competitiva en un mercado global, reduciendo los costes de producción y el gasto social. La suavización de las legislaciones medioambientales y de las regulaciones de las actividades productivas y comerciales han favorecido:

- La emisión de millones de toneladas de CO₂ y otros gases a la atmósfera, causando el efecto invernadero, el calentamiento global del medio y la desaparición de parte de la capa de ozono, fenómenos que se asocian a un incremento del cáncer y de las enfermedades respiratorias. La contaminación del agua de los ríos y mares por los desechos industriales y urbanos (como ejemplo baste citar la catástrofe del Prestige en la que tuvo mucho que ver una legislación muy permisiva con el transporte de crudo).

Esta situación afecta de manera importante a Europa y, de manera especial, a los países del antiguo bloque socialista, con legislaciones de protección mediambiental y sistemas de protección social muy débiles o inexistentes, motivo por el que se desplazan a los mismos muchas empresas de los países europeos occidentales .

Europa se calienta más rápido que el resto del mundo: El informe “Impactos del cambio climático de Europa”, publicado por la Agencia de Medio Ambiente de Europa, por la Organización Mundial de la Salud y por la Comisión Europea, advierte de los riesgos del cambio climático para la región. La temperatura media de Europa ha aumentado más que la mundial, lo que ha provocado que la zona del Mediterráneo sea más seca y el norte más húmedo. Mientras que la media global ha aumentado al menos 0,8 grados centígrados, la temperatura media en Europa se ha visto incrementada en 1,0 grado centígrado. Una de las consecuencias de este fenómeno es un mayor desequilibrio en el régimen de lluvias que han aumentado en la Europa central y del norte entre un 10-40% desde 1900 a 2000, mientras que han disminuido un 20% en el sur y sureste. Esta situación ha provocado un incremento en la frecuencia e intensidad de inundaciones catastróficas, ya que entre 1975 y 2001 se contabilizaron 238 inundaciones y su número se ha ido incrementando anualmente.

Consecuencias del cambio climático para la salud

- Incremento de catástrofes:

-En Europa, el 64% de los sucesos catastróficos se pueden atribuir a fenómenos meteorológicos como inundaciones, sequías, olas de calor y tormentas.

-El 79% de las pérdidas económicas están causadas por sucesos catastróficos relacionados con el cambio del clima.

-La media anual de desastres susceptibles de relacionarse con el cambio climático se ha duplicado en Europa entre la década de los años ochenta y la de los noventa del pasado siglo.

-Las lluvias torrenciales e inundaciones han provocado la muerte de más de mil personas en Europa entre los años 1995 y 2004 y han afectado a 2,5 millones de personas.

- *Olas de calor:*

- Existe una relación estrecha entre las muertes y el incremento de las temperaturas. En el año 2003 se contabilizaron unas 35.000 muertes por la ola de calor.

- La concentración de gases en la atmosfera fue la responsable de 800 muertes por calor en Gran Bretaña entre 1976 y 1996 y se prevé que, en el 2050, suban a 3.400, en el caso de Portugal pasarían de las 600 entre 1980 y 1998 a 1.500 en 2020.

- *Aumento de enfermedades infecciosas:*

- La Oficina Regional en Europa de la OMS advierte de que existe cada vez más evidencia de que el cambio climático está afectando ya a la salud de las personas en esta región. El cambio meteorológico está incrementado la incidencia de algunas enfermedades como la salmonelosis, de la que el número de casos aumenta un 5%-10% por cada grado centígrado de aumento semanal de la temperatura. La *borreliosis* o la *encefalitis centroeuropea*, causadas por picaduras de garrapatas y piojos, se han extendido hasta latitudes más septentrionales (Suecia, Austria, Suiza y la República Checa), en donde antes no estaban presentes. Anualmente, en el hemisferio norte se registran unos 85.000 casos de estas enfermedades. La *borreliosis* puede generar problemas en el sistema nervioso, el corazón o las articulaciones, mientras que la *encefalitis centroeuropea* puede dañar al sistema nervioso central

- Algunos estudios apuntan que el cambio climático está incrementando la incidencia de *leishmaniasis* en las zonas del norte europeo, afección habitualmente localizada a unos 45 grados de latitud norte y a menos de 800 metros de altura sobre el nivel del mar. Recientes investigaciones la han detectado en Alemania, a 49 grados de latitud. Su incidencia se ha incrementado en Francia e Italia y han aparecido casos en Croacia, Italia, Alemania o Suiza.

- El cambio climático asociado a la globalización es el responsable de que muchos vectores que transmiten enfermedades, como mosquitos, garrapatas, pulgas, moscas, roedores, etc. sean cada vez más frecuentes en la región. Algunos microorganismos y parásitos aumentan su metabolismo y se reproducen a mayor velocidad al aumentar la temperatura. Las diarreas se incrementan un 8% con cada grado de temperatura, lo cual hace previsible una mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales relacionadas también con la higiene y manipulación de los alimentos y del agua. Un análisis efectuado en 10 países ha demostrado que el incremento de un grado en la temperatura media durante una semana provoca un aumento de los casos de salmonelosis de entre un 5% y un 10%.

Impactos estimados del cambio climático en el año 2000, por regiones		
	AVDA totales (miles)	AVDA/millón de habitantes
Región de Africa	1.894	3.071.5
Región Mediterráneo Oriental	768	1.586,20
Región América Latina y Caribe	92	186.5
Región de Asia Sudoriental	2.572	1.703.5
Región del Pacífico Occidental*	169	111.4
Países desarrollados**		

OMS organización Mundial de la Salud 2003

* Sin los países desarrollados. ** con Cuba

-Incremento de las alergias:

- La expansión de las alergias debidas al polen se asocia al efecto invernadero, como lo muestra el hecho de que, en los últimos 30 años, la época de polinización se haya alargado entre 10 y 11 días de media en Europa.

- El aumento de las temperaturas ha disparado las cantidades de polen que emiten los vegetales y su capacidad de acusar alergias y ha cambiado su distribución geográfica, llegando a personas que nunca se habían visto afectadas.

-Enfermedades reemergentes: Son aquellas que representaron problemas de salud pública en el pasado y que han crecido o reaparecido en los últimos años, como consecuencia de los cambios climáticos y medioambientales. Entre ellas se encuentran la malaria y el cólera en los países menos desarrollados, las pandemias de gripe, la difteria, fundamente en Europa Central y en la antigua Unión Soviética.

Otras enfermedades reemergentes que afectan a Europa como resultado de la globalización son la *fascitis necrotizante*, en Europa, y la *meningitis C* en el Reino Unido, Chequia y España, así como la *difteria*, que ha afectado especialmente a Rusia. Todas ellas asociadas el incremento de la pobreza, la marginación y el hacinamiento.

A esto habría que añadir la aparición de cepas de *estafilococo*, *neumococo*, *gonococo*, *enterococo*, y otros microorganismos resistentes a los antibióticos y de muy difícil tratamiento:

- El SIDA es otra enfermedad de gran mortalidad, favorecida por la globalización que facilita su crecimiento y difusión a nivel mundial por ser de transmisión preferentemente sexual. Este problema afecta especialmente a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y está asociado al consumo de drogas que se ha incrementado espectacularmente en los antiguos países socialistas, especialmente en Rusia y Ucrania.

- La *tuberculosis* debe su incremento a la epidemia de SIDA y al crecimiento de nuevas bolsas de pobreza en los países desarrollados. Es previsible su aumento en la actual crisis asociada al paro y la marginalidad de numerosos colectivos con pocas oportunidades para competir en un mercado globalizado y que reduce los recursos sociales de los países. También influye en esta situación la ausencia de tratamientos con fármacos tradicionales por parte de unos servicios de salud cada vez más concentrados en competir en lugar de mejorar la calidad de la atención. Más de un tercio de los pacientes que se diagnostican de tuberculosis presentan coinfección por el VIH, y un 10% de las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* son resistentes a uno o más fármacos.

La tuberculosis se ha convertido en una grave epidemia en Europa, donde enferman unas 450.000 personas y mueren cerca de 70.000. Naciones Unidas ha pedido a la Unión Europea que ponga los recursos necesarios para detener una epidemia cada vez más intratable, como es la *tuberculosis polifarmacorrestistente*, provocada por cepas del bacilo de la tuberculosis que son inmunes, por los menos a los fármacos de primera línea, como consecuencia de las deficiencias en las prácticas de control y al abandono de los tratamientos. El deterioro de los sistemas sanitarios en gran parte de los países europeos puede tener que ver con esta situación, como lo sugiere el que la prevalencia de esta variante de tuberculosis sea especialmente preocupante en los países bálticos y Europa central y oriental. De los 20 países del mundo con las tasas más altas, 13 se encuentran en Europa

Otras enfermedades relacionadas con la globalización

La nueva variante de la enfermedad de *Creutzfeldt-Jakob* o “*Enfermedad de las Vacas Locas*” es una enfermedad derivada del afán de lucro, la eliminación de las barreras comerciales y el comercio de productos de bajo precio, propios de la globalización neoliberal. La alimentación de ganado vacuno con piensos resultantes de la trituración de ovejas infectadas en el Reino Unido, se extendió a gran parte de Europa como

consecuencia de las exportaciones masivas de carne y piensos al resto de Europa sin los necesarios controles sanitarios, abolidos en la práctica por la globalización. Esta enfermedad ha causado un no desdeñable número de muertes evitables y grandes pérdidas en el sector ganadero.

3. Problemas para la salud asociados al incremento de los viajes y las migraciones

El incremento de las migraciones, el comercio y los viajes internacionales genera miles de contactos potencialmente infecciosos. Entre las últimas epidemias globales estaría el síndrome respiratorio agudo severo. Gracias a los viajes, el agente infeccioso se introduce en una nueva población o en diferente espacio geográfico que cuenta, por tanto, con pocas resistencias. Este proceso se está acelerando en las dos últimas décadas por los intercambios humanos, industriales y medioambientales, entre los que podríamos destacar:

- Cambios ecológicos que favorecen la transmisión humana.
- Las migraciones que favorecen la diseminación de las infecciones.
- El rápido crecimiento de las ciudades que hacen que las infraestructuras de saneamiento y los servicios de salud pública resulten insuficientes, favoreciendo la diseminación de la nueva infección.
- El incremento de los viajes y el comercio internacional, los movimientos internacionales de bienes y personas facilitan procesos morbosos como la “Malaria de los aeropuertos” por la diseminación de los vectores trasmisores de enfermedades.
- La globalización alimentaria trasmite enfermedades a largas distancias por productos contaminados o generalización de malos hábitos importados de otras zonas o culturas, como es el caso de la llamada “comida basura”.

- Los cambios demográficos y del comportamiento, tales como el crecimiento de población y las migraciones a las ciudades, generan, en general, pobreza, hacinamiento, drogadicción, etc. que favorecen la diseminación del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Repercusión de los cambios culturales de la globalización sobre la salud

- Cambios en la alimentación:

- La dieta mediterránea propia de los países del sur europeo mantenía a raya la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Con la liberalización del comercio agrícola y la expansión de las multinacionales de productos y de las cadenas de alimentación, la dieta se ha modificado a favor de una *dieta anglosajona*, rica en grasas saturadas y azúcares, y de la denominada *comida basura*. Otros cambios en los estilos de vida y en el medio ambiente como el sedentarismo, los constantes desplazamientos en automóvil, el crecimiento de las ciudades, la desaparición de espacios para hacer ejercicio y la desaparición de la agricultura, favorecen la obesidad.

- El tabaquismo es otro ejemplo de los riesgos ligados a la globalización. Su consumo está aumentando de manera significativa en los antiguos países socialistas, favorecido por el contrabando, la publicidad de las industrias multinacionales del tabaco o el cultivo del mismo, como medio de obtener ingresos.

- El comercio de servicios y medicamentos a través de la Internet, por ejemplo, tiene enormes implicaciones, como el uso irracional de medicamentos potencialmente peligrosos o el abuso de antibióticos con el aumento de resistencias microbianas. Los esfuerzos recientes de la OMS por controlarlo demuestran que no se trata ya de un fenómeno marginal queda demostrado.

4. La globalización en Europa y las migraciones de profesionales sanitarios

En el Espacio Económico Europeo, la libre circulación es un derecho fundamental que permite a los ciudadanos de cualquier país miembro trabajar en otro país de dicho espacio con las mismas condiciones que los ciudadanos del mismo.

En el ámbito de las profesiones sanitarias, a pesar de que el número de personas que trabajan en las mismas ha experimentado estos últimos años un crecimiento constante (de 13 millones de personas en 1995 a 15 millones en 2000), existen importantes desigualdades entre los distintos países.

Repercusión de globalización sobre el mercado laboral sanitario

Los déficit de profesionales sanitarios y la creación de un mercado laboral internacional están creando problemas a los países europeos menos desarrollados, que pierden profesionales sanitarios, que buscan mejorar su situación laboral, a favor de los países más desarrollados. Los países europeos más desarrollados están impulsando políticas de contratación de médicos extranjeros para paliar sus déficits y ahorrarse, de paso, los costes de la formación de los mismos.

Estas migraciones pueden originar situaciones indeseables, tanto para los profesionales que experimentarán un incremento de la precariedad laboral y una reducción de salarios, como para los ciudadanos de los países receptores, que corren el riesgo de ser atendidos por profesionales sin la formación necesaria.

Aunque, hasta ahora, la movilidad ha sido relativamente baja, ésta se está incrementando de manera importante como consecuencia del déficit de personal médico y sanitario de algunos países de la Europa desarrollada. También hay una migración desde países extracomunitarios (en su mayoría en vías de desarrollo) hacia los países ricos de la UE-15. Esto no

es aceptable porque supone privar a países pobres de unos recursos muy escasos y necesarios y que les ha costado un gran esfuerzo formar.

- *Países importadores de profesionales:* Alemania, Francia y el Reino Unido son los países que más trabajadores europeos contratan. El Reino Unido lleva años desarrollando políticas de contratación de profesionales en el extranjero, especialmente en sus antiguas colonias. Noruega regula la emigración mediante convenios con otros países a través de un organismo gubernamental único que se ocupa de la contratación y que permite controlar los flujos migratorios. Irlanda, país de emigrantes, es ahora un empleador activo de médicos y enfermeros debido a su importante crecimiento económico. Alemania, Austria, Francia, Países Bajos y Suiza tienen en torno a un 20% de médicos extranjeros. En Austria, Noruega, Portugal y Alemania la mayoría de los profesionales proceden de países europeos, mientras que en Francia e Italia la mayoría de los profesionales extranjeros (por encima del 50%) provienen de fuera de Europa.

- Países exportadores de profesionales:

Malta, Islandia, Suiza, Grecia y Rumania tienen más del 10% de sus profesionales en el extranjero. Polonia, Estonia y Lituania exportan también profesionales hacia Europa Occidental, aunque se desconoce su volumen. Esta situación repercute en sus sistemas sanitarios ya que el número de profesionales en ciertas especialidades es escaso.

Los elementos que más inciden en la migración son:

- La proximidad geográfica, el idioma y la presencia en el país de destino de médicos del país de origen. Así son frecuentes los intercambios entre Alemania y Austria, Bélgica y Francia, Reino Unido e Irlanda y entre los países nórdicos).

- La sobreproducción de médicos, como es el caso en España, Grecia, Bélgica, Italia y Alemania.

- La búsqueda de especialización por problemas para obtenerla en sus países de origen.

-Lograr una mejor y más flexible situación profesional (España, Bélgica, Alemania, Italia).

Es previsible que en los próximos años se incremente la migración provocada por la crisis económica que afectará con mayor intensidad a los países menos desarrollados, por la integración de nuevos países en la UE y por los déficit de profesionales en los países más desarrollados. También son previsible problemas de calidad asistencial que exigirán mejorar los instrumentos de convalidación y acreditación de especialidades en lo que concierne a la duración y nivel de la formación.

Varios estudios han cuantificado las posibles migraciones procedentes de los países de Europa central y del este. Algunos estiman que las migraciones este a oeste serán entre medio millón y tres millones de personas en diez años, otros indican que esta cifra podría ser de once millones de emigrantes.

La migración de profesionales en Europa es un fenómeno a tener en cuenta a la hora de planificar los servicios sanitarios y la formación de profesionales. Los desplazamientos de ciudadanos en el Espacio Económico europeo son el resultado del proceso de globalización que facilita la libre circulación, de los déficits de profesionales y de las diferencias de status de los mismos entre países, que son muy importantes incluso entre los países europeos desarrollados.

- Las diferencias en la formación de pre- y postgrado plantea la necesidad de homologar la formación de especialistas, de regular la acreditación de titulaciones y de establecer un sistema de información sobre profesionales que contemple esta situación, de cara a planificar las necesidades de formación de nuevos profesionales en todos los países europeos, especialmente en los de la Unión.

El proceso de Bolonia es una iniciativa que surge para armonizar la enseñanza superior en Europa con un marco común que se basaría en tres ciclos: licenciatura, máster y doctorado. Esta iniciativa tiene un inaceptable sesgo a favor del mercado y busca satisfacer los intereses de la empresa privada, en lugar de las necesidades de salud de los sistemas públicos. La creación de master de posgrado supone privatizar parte de la enseñanza, hasta ahora en manos del sistema público.

5. La globalización y la libre circulación de pacientes entre los países europeos

La Unión Europea ha establecido el derecho a la libre circulación de bienes, servicios y personas. La movilidad por los sistemas nacionales de atención sanitaria implica a cuatrocientos concuenta millones de ciudadanos comunitarios, que tienen derecho a la libre circulación y al acceso a los servicios de asistencia sanitaria durante su estancia temporal en cualquier país comunitario. Dos reglamentos comunitarios garantizan el derecho a la asistencia sanitaria (CE nº 1408/71 y CE nº 574/72), al establecer que los ciudadanos de la Unión tienen derecho a acceder, fácilmente y sin desigualdades, a centros de atención sanitaria de alto nivel. Esta normativa se extiende también a productos y servicios sanitarios. Sin embargo, existen dudas sobre su aplicación y las consecuencias que tendrá para los ciudadanos, para los enfermos y para los sistemas sanitarios, dado que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ha interpretado la normativa comunitaria de modo distinto a como lo han hecho los Gobiernos nacionales y no existe consenso entre los gobiernos sobre su aplicación.

Las razones para buscar asistencia sanitaria en el extranjero se pueden resumir en:

- Recibir una atención de mayor calidad que la que le ofrece su país, tratarse enfermedades raras y o buscar nuevos tratamientos.

- Evitar las listas de espera.
- Evitar el copago.
- Viajes profesionales o turísticos.
- Intención de los jubilados, fundamentalmente de los países nórdicos, de sentar su residencia en países comunitarios del Sur como España, Grecia o Italia.

Aunque los pacientes prefieren disponer de asistencia sanitaria lo más cerca posible de su lugar de residencia y de trabajo, la libertad de movimientos y las diferentes ofertas y posibilidades de acceso a los servicios sanitarios, plantean la posibilidad de que los pacientes recurran a la asistencia en países distintos al suyo. Por el momento, el número de pacientes que la demandan es aún limitado, aunque está creciendo y presumiblemente siga en aumento, sobre todo por la incorporación la Unión de nuevos países con sistema sanitarios muy deteriorados o con ofertas de servicios restringidas. Esta demanda de asistencia puede tener un importante impacto para el conjunto de los sistemas sanitarios y especialmente para aquellos con mayor oferta de servicios y sin barreras económicas o de otro tipo que limiten el acceso a los mismos.

Entre los principales problemas que plantean estos desplazamientos está el cobro de la asistencia prestada, ya que no está claro el modo y la forma de garantizarla, de una forma que no afecte a la financiación y planificación de los países. Hasta ahora, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, la Comunidad Europea sólo debe intervenir en este ámbito si los objetivos de la medida propuesta no pueden ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros y, por consiguiente, pueden lograrse mejor a nivel de otros países de la Unión.

Estos movimientos pueden tener importantes repercusiones económicas y asistenciales sobre los sistemas sanitarios. El nivel de impacto se ha evaluado de acuerdo con cinco hipótesis, que van desde no hacer nada a escala comunitaria, permitir a los pacientes recibir de asistencia

sanitaria en otro país con un reembolso equivalente al que hubieran tenido si se hubieran tratado en su país, bien sea con o sin autorización previa, o establecer una normativa legal detallada que regularía el tránsito de pacientes armonizando las normativas, los procedimientos de autorización, los estándares de calidad y seguridad, los derechos de los pacientes y la compensación por daños. Esta opción podría ser difícil de justificar, habida cuenta del principio de subsidiariedad. Como se pueden ver en la tabla las diferencias en costes y flujos de pacientes son enormes.

	Opción 1	Opción 2	Alternativa 3A	Alternativa 3B	Opción 4
Costes de tratamiento	1,6 millones de euros	2,2 millones de euros	30,4 millones de euros	3,1 millones de euros	30,4 millones de euros
Prestaciones de tratamiento	98 millones de euros	135 millones de euros	585 millones de euros	195 millones de euros	585 millones de euros
Costes de cumplimiento	500 millones de euros	400 millones de euros	315 millones de euros	300 millones de euros	20 000 millones de euros
Costes administrativos	100 millones de euros	80 millones de euros	60 millones de euros	60 millones de euros	60 millones de euros
Prestaciones sociales	195 000 pacientes más reciben tratamiento	270 000 pacientes más reciben tratamiento	780 000 pacientes más reciben tratamiento	390 000 pacientes más reciben tratamiento	780 000 pacientes más reciben tratamiento

Recientemente, la Comisión Europea ha establecido una normativa sobre circulación de pacientes que entrará en vigor cuando obtenga el visto bueno del Consejo y el Parlamento Europeos. Esta normativa pone como requisito para facilitar una prestación sanitaria determinada que el ciudadano en tránsito demande que la misma esté contemplada en la sanidad pública de su país, lo que afecta especialmente a las personas que se encuentran en regiones fronterizas, a los ciudadanos que están en otros países por motivos de turismo o de trabajo, o que buscan un servicio sanitario en otro país porque en el suyo hay una larga lista de espera o no existe el grado de especialización deseada.

Esta normativa tiene importantes deficiencias:

- No aborda el establecimiento de pautas mínimas comunes para que todos los profesionales sanitarios de la Unión Europea actúen igual frente a un mismo proceso patológico.
- No establece una cartera de servicios sanitarios comunes.
- No incluye la prestación farmacéutica.
- No contempla la creación de un fondo europeo de compensación que asegure la financiación .
- No busca la armonización de los sistemas sanitarios europeos.
- Los pacientes podrán solicitar un determinado servicio sanitario por propia iniciativa, sin el filtro de ningún profesional del sistema sanitario de su país lo que favorecerá y estimulará el “turismo sanitario”.
- No contempla el desarrollo de servicios de referencia.
- No refleja las posibilidades de movilidad de los profesionales europeos dentro del espacio común.

Esta medida puede estimular a los ciudadanos de países ricos (con sistemas sanitarios con servicios limitados o con copagos costosos) y a los de países pobres (con sistemas públicos limitados), a buscar asistencia gratuita en países con sistemas con una oferta sanitaria pública completa y gratuita, lo que podría saturar las listas de espera, mermar la calidad o incrementar los costes sanitarios de estos países.

Aunque la movilidad de pacientes en Europa es por ahora limitada (representa en torno al uno por ciento del gasto sanitario total), la nueva directiva puede incrementar esta cifra y puede afectar a países que con oferta universal de servicios sanitarios (como es el caso de España), ya que las demoras en las listas de espera quirúrgica de otros países (Reino Unido) son peores que las del sistema español. Un problema añadido para España es que el Sistema Nacional de Salud es muy garantista y

cubre una amplia gama de servicios sanitarios, lo que puede actuar como un imán que ya muchos turistas y agencias de viaje han explotado.

No existe ningún fondo europeo de compensación para cubrir los gastos de los pacientes comunitarios y no hay una oferta de servicios básicos comunes a todos los Estados miembros. En teoría existen el derecho de reembolso por la asistencia sanitaria transfronteriza, mediante la aplicación directa de los principios de libre circulación, sin embargo la ausencia de regulación sobre los requisitos mínimos para la asistencia sanitaria transfronteriza hará imposible garantizar este teórico derecho.

En caso de mantener la situación actual, a los costes de gestión habría que añadir la inseguridad jurídica y la necesidad de adelantar el coste de la asistencia sanitaria sin garantías de que el mismo vaya a ser reembolsado. Esto afectará sobre todo a los sectores económicamente más débiles e incrementará las desigualdades en salud. Mientras se mantengan las diferencias de modelos, formas de financiación, oferta de servicios y acceso a los mismos, la libre circulación de pacientes será imposible y puede resultar irrealizable e ineficaz en varios casos.

Conclusiones

1.- La globalización está teniendo una importante repercusión sobre la salud en Europa:

- La orientación capitalista y neoliberal de la globalización está favoreciendo la privatización de los sistemas sanitarios públicos, tanto a los ricos como a los pobres (ya están privatizados en un 38% en los países balcánicos, en un 30% en los antiguos países socialistas centroeuropeos, en un 24% en la UE-15 y en un 55% en Rusia y CEI). Este proceso, alentado por las empresas multinacionales y avalado por el Banco Mundial, la OMC y La Comisión Europea, tiene (con algunas excepciones entre las que cabe destacar España y el Reino Unido), una menor intensidad en los países ricos. Los países con mayor nivel de privatización presentan peores indicadores sanitarios.

- La desaparición de los sistemas socialistas supuso una hecatombe sanitaria para muchos países (en algunos como Rusia la esperanza de vida ha retrocedido), como consecuencia de la privatización de sus sistemas sanitarios públicos, de la que por ahora no se han recuperado en su mayor parte.

- Esta situación repercute en la racionalidad, en la calidad de la asistencia y en el acceso a los servicios y contribuye de manera importante al incremento de las desigualdades entre países y grupos sociales.

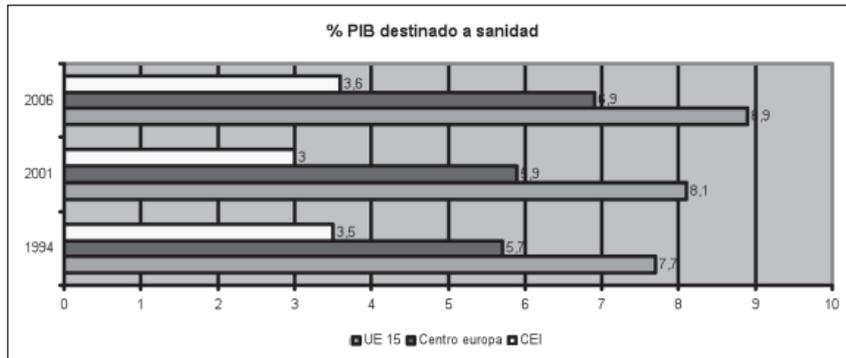
- La desregulación de la legislación medioambiental está favoreciendo el deterioro del medio ambiente y la reaparición e incremento de la incidencia de nuevas y viejas enfermedades, algunas de ellas con carácter grave. Esta situación afecta especialmente a los países menos desarrollados.

- La libre circulación de personas, capitales y servicios, las diferencias de recursos y la ausencia de normativa sanitaria y educativa común, pueden estar favoreciendo las migraciones de personal sanitario y de pacientes y pueden tener importantes consecuencias para los profesionales sanitarios, para la sostenibilidad económica y para la calidad de la asistencia a los pacientes. Esta situación puede ser especialmente grave para países que, como España, garantizan una asistencia universal y gratuita en el momento del uso.

2.- Parece necesario articular alianzas entre profesionales, ciudadanos y agentes sociales (sindicatos, grupos profesionales, etc.) a nivel europeo para presionar a los países e instituciones europeas en defensa de los sistemas públicos y de unas políticas de salud comunes, basadas en la calidad, la racionalidad y la equidad.

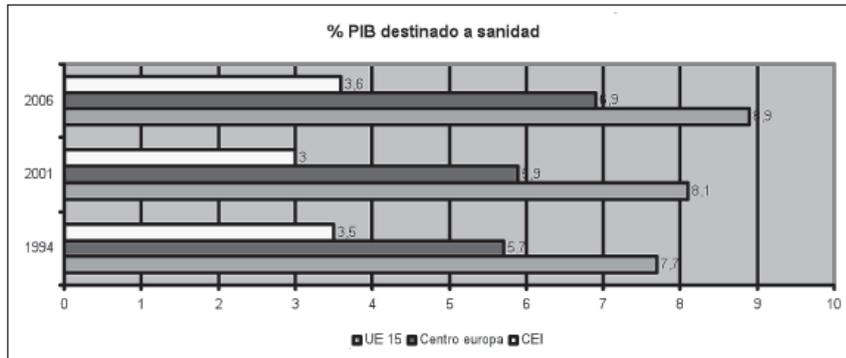
TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1



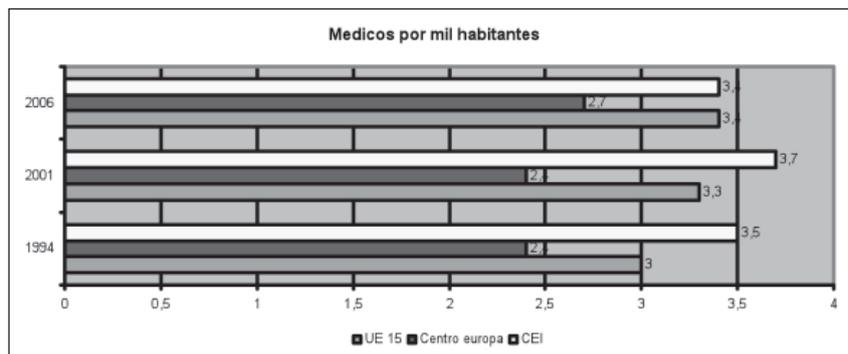
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 2



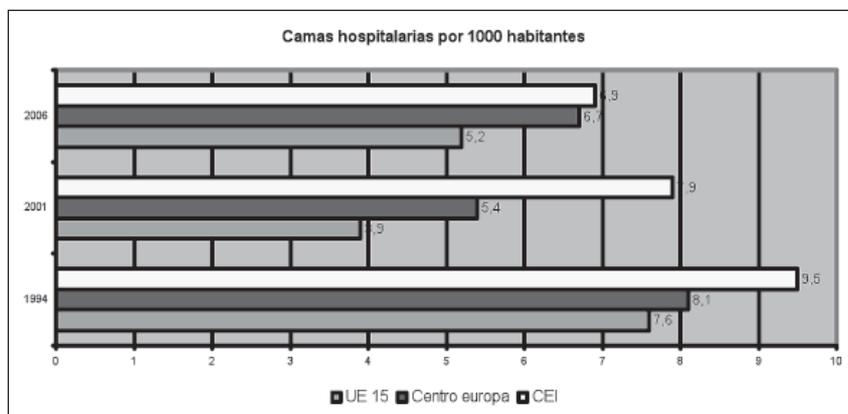
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 3



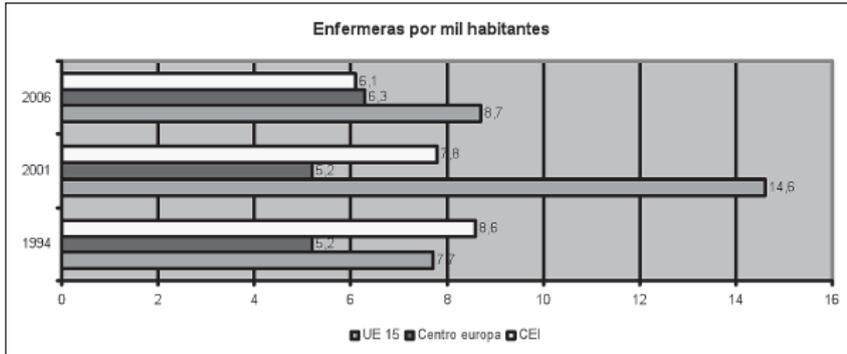
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 4



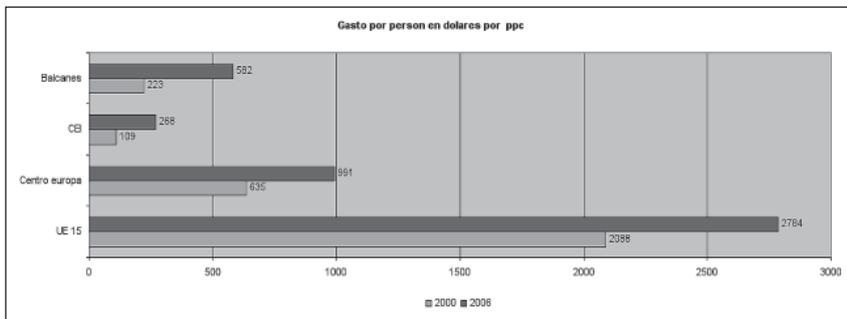
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 5



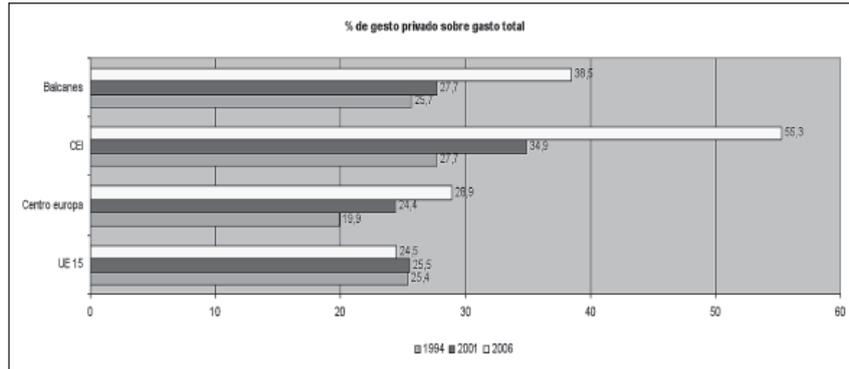
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 6



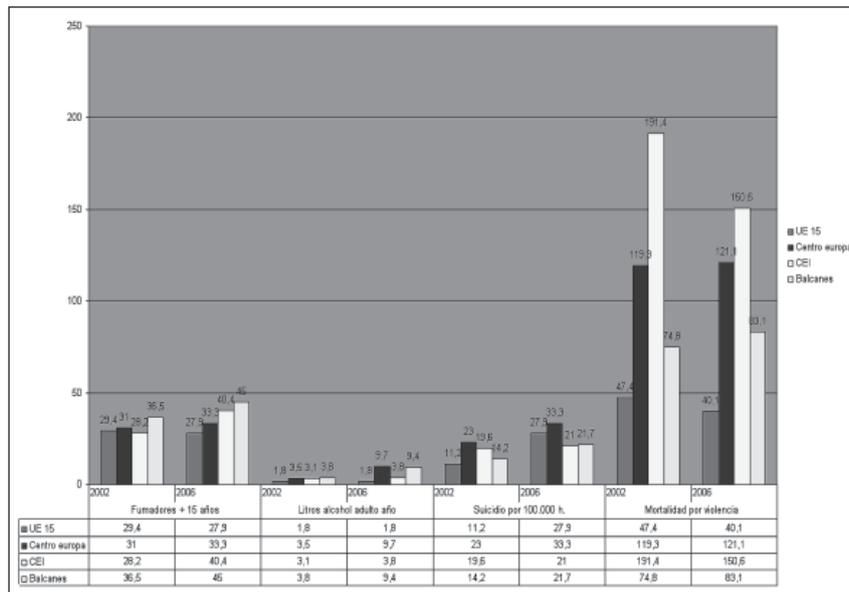
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 7



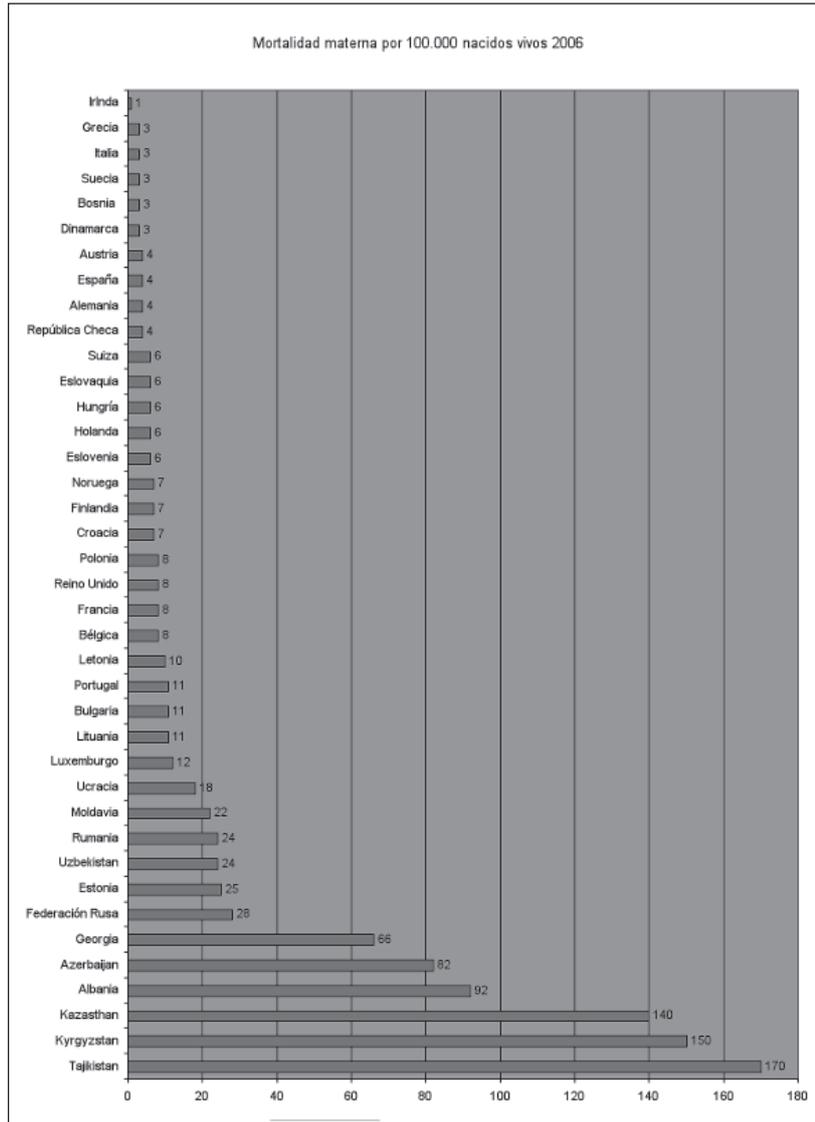
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 8



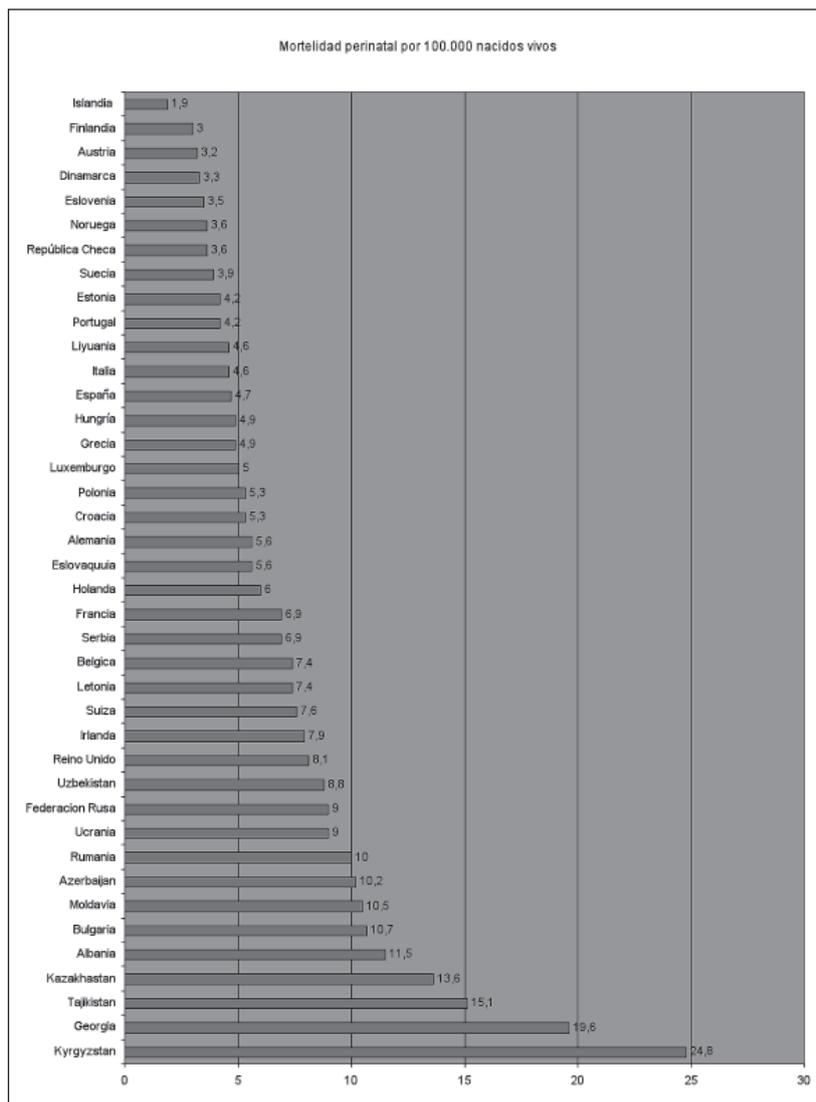
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 9



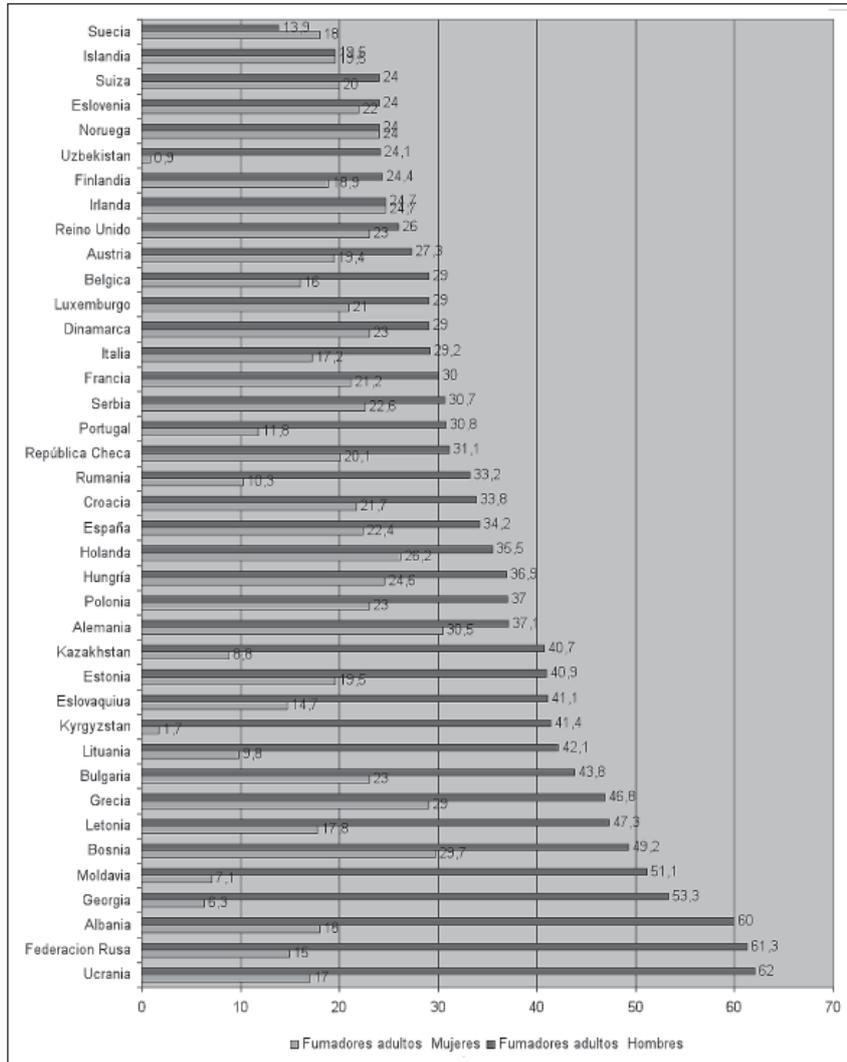
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 10



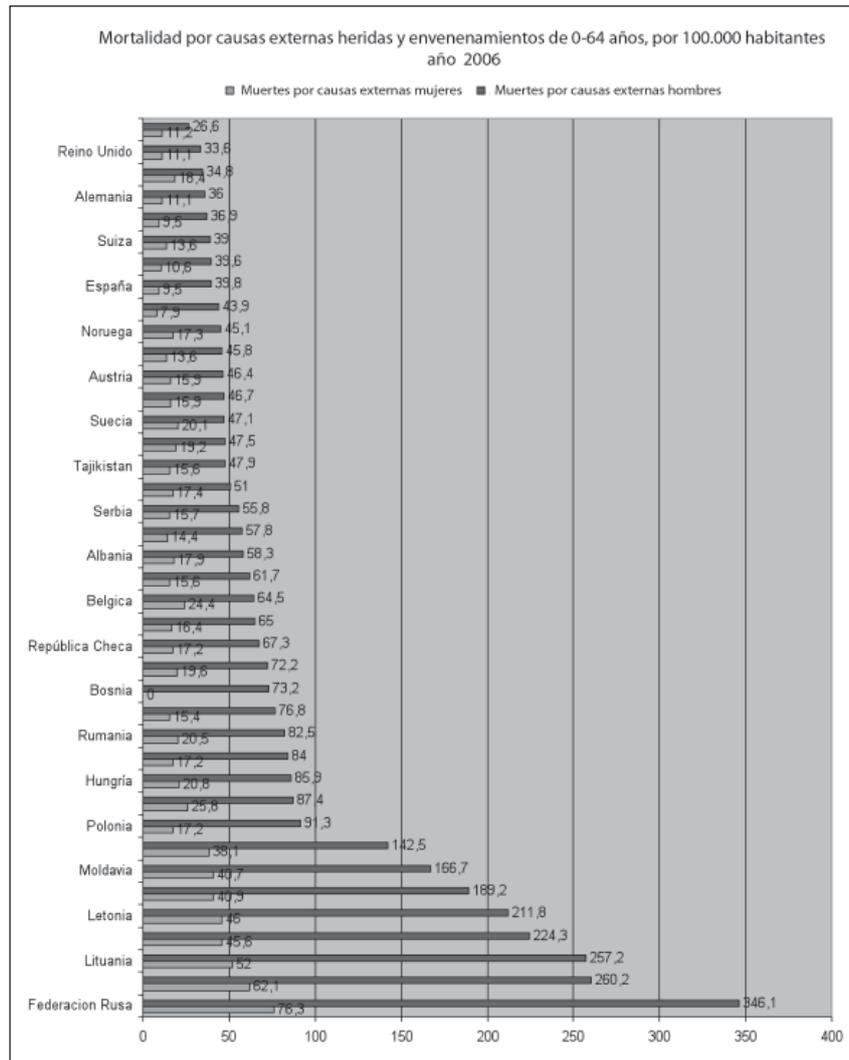
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 11



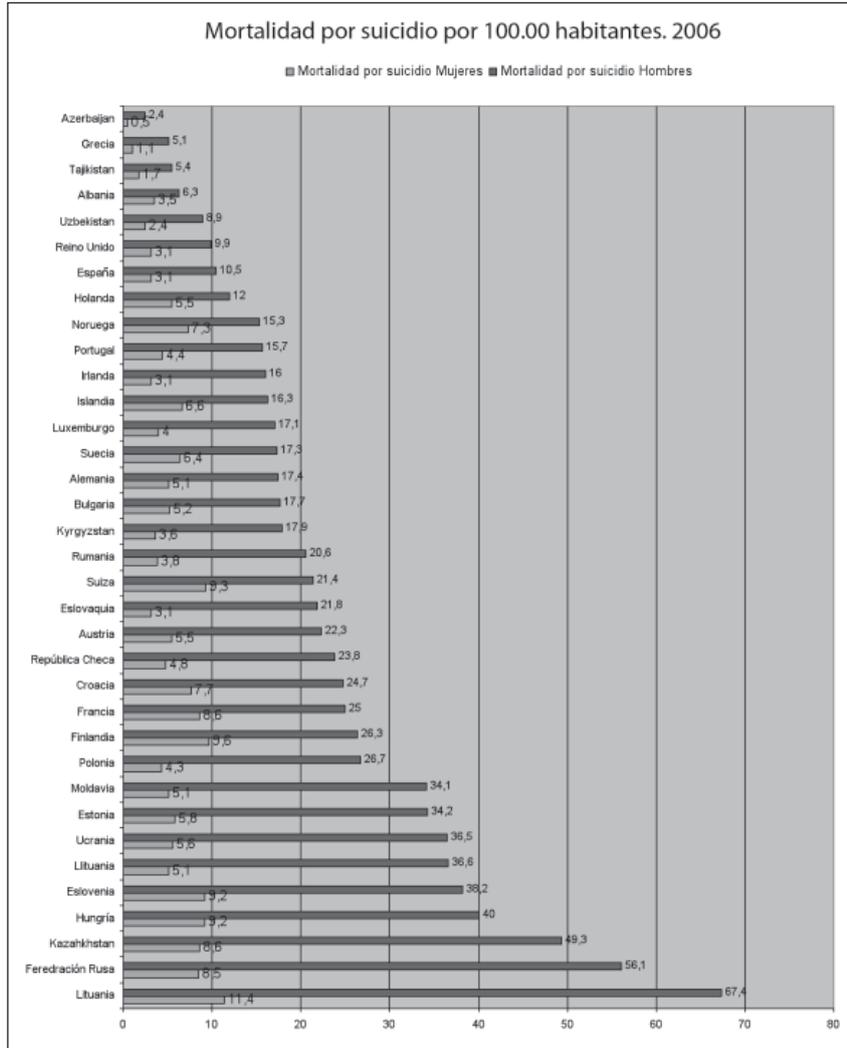
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 12



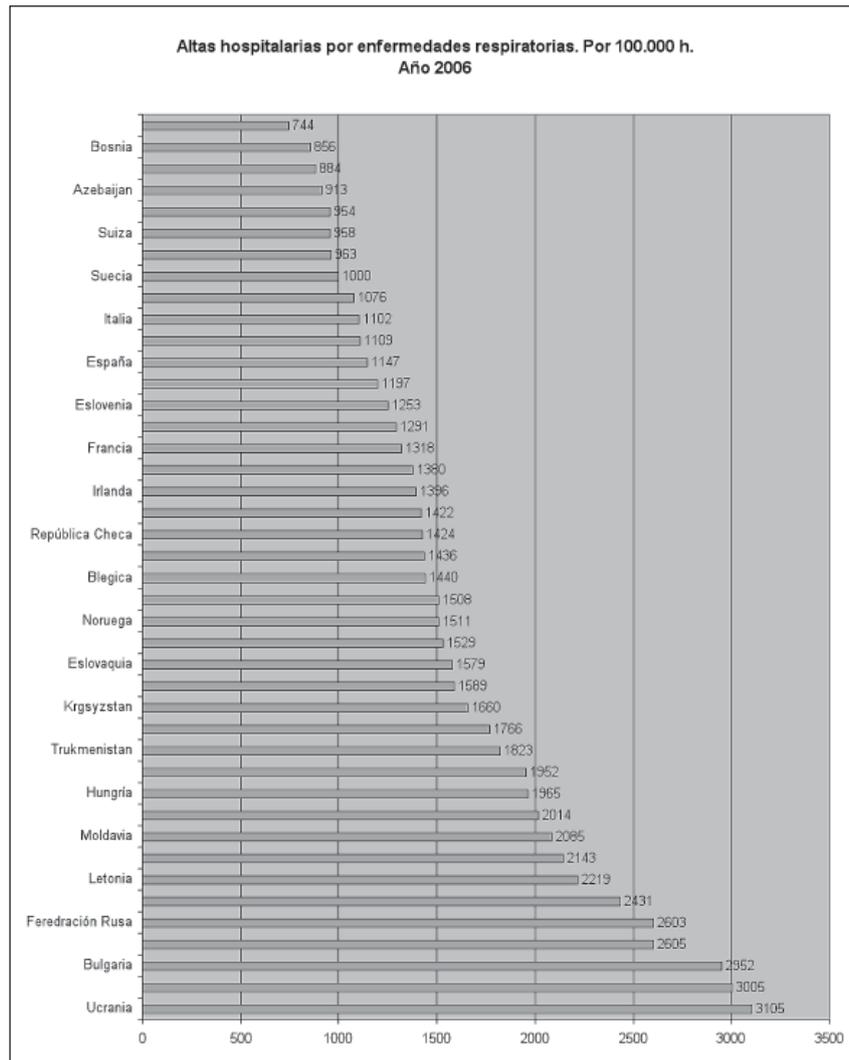
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 13



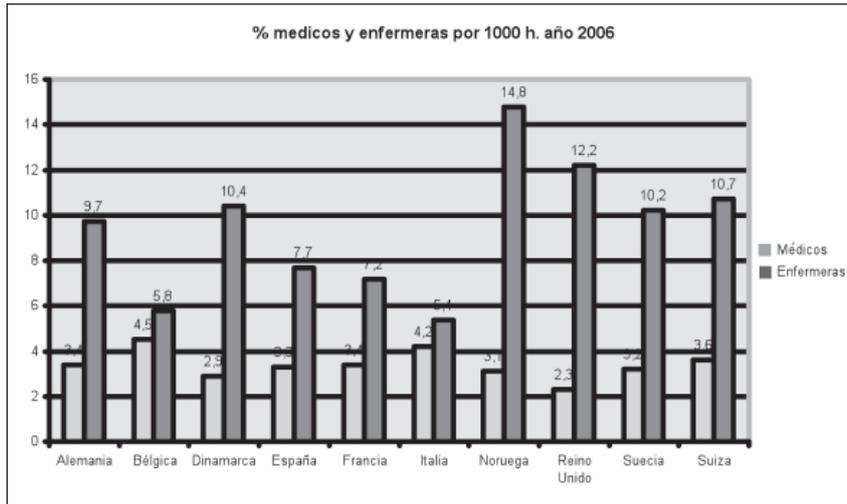
Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 14



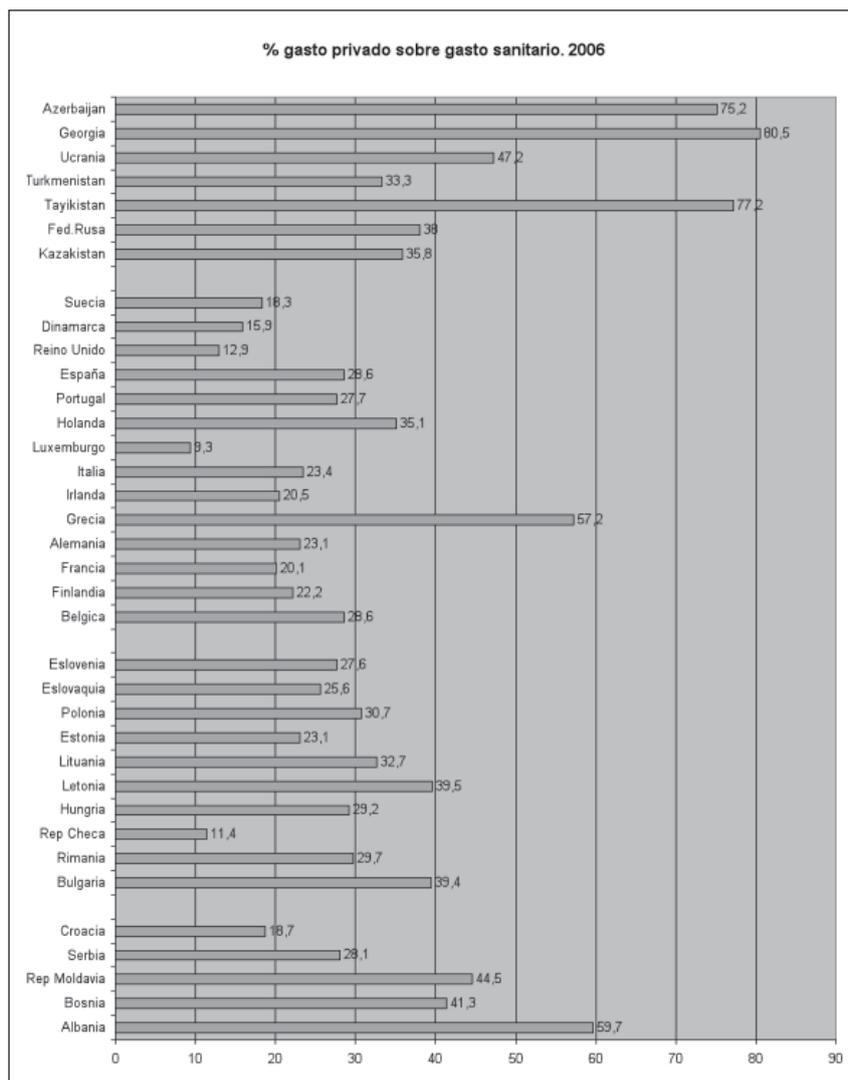
Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 15



Fuente: Atlas of Ealth in Europe. OMS 2006 y 2008

Gráfico 16



Fuente: Atlas of Earth in Europe. OMS 2006 y 2008

CAPÍTULO 12

INICIATIVAS FRENTE AL LIBERALISMO GLOBALIZADOR

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz FADSP

Introducción

Las repercusiones de la globalización sobre los sistemas sanitarios son la consecuencia de una estrategia general que se podría 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). Esta estrategia se aplica de maneras muy diferentes en cada contexto concreto, pudiendo decirse que, en este aspecto, como en muchos otros, combina objetivos y tácticas generales con una aplicación flexible de los mismos en cada contexto concreto, 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 dos tipos de acciones frente a 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 caso y que además sirvan, tanto para hacer desenmascarar la estrategia general de los impulsores de la globalización neoliberal, como para permitir pequeñas victorias de las fuerzas opuestas, lo que

tendrá también una doble consecuencia: retrasar o impedir la aplicación de medidas concretas, 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 hay que olvidar que una de las grandes bazas de la estrategia globalizadora es precisamente la inmensidad y la globalidad de sus planteamientos y de las fuerzas implicadas, lo que favorece el desanimo, la apatía y, en suma, la desmovilización de las fuerzas oponentes, a los que se intenta “autoconvencer” de que es prácticamente imposible hacer frente con alguna probabilidad de éxito contra las estrategias que se están poniendo en marcha.

Por otro lado, hay que considerar la situación especial que se deriva de la crisis económica mundial que, en lo que respecta a la sanidad, presenta dos facetas fundamentales. Una de esas facetas es la restricción del gasto público y un recorte aun más sustancial de las políticas del estado del bienestar debido a los problemas de sostenibilidad que produce la propia crisis, que presionan hacia el establecimiento de recortes de prestaciones, de copagos, etc. La otra faceta es el crecimiento de los grupos de población castigados por la crisis (desempleados, pobres, con disminución de recursos, etc.) que precisan más de la atención por unos sistemas de sanitarios públicos porque, precisamente por su precaria situación económica, carecen de alternativa

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 lema 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 discurren 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.

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 grado de 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 ejecución práctica. Es de temer que las perspectivas de la nueva estrategia de los “21 Objetivos de Salud para el 21”, o de otras iniciativas igualmente bienintencionadas como los Objetivos del Milenio sean similares y parece muy probable se habrán incumplido en el 2014, año que se señaló como meta.

Los grados de cumplimiento 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 de dólares que supondría el 0,7%, mientras que su gasto militar se ha incrementado en 150.000 millones de dólares anuales.

Ha sido precisamente todos estos fracasos en las intervenciones de los organismos de coordinación internacional y sus planes de mejora, los que se han venido utilizando para pretender 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, es decir, en lograr 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.

Aunque se trate de una nueva versión de la vieja polémica entre pragmáticos y maximalistas, con todas las connotaciones y peligros que ella tiene, para los primeros de convertirse en meros maquilladores y, a la postre, garantes de una situación social y de un modelo económico injusto y, para los segundos, de que se marquen objetivos inabordables por su amplitud, es decir, el cambio global del modelo económico y social, que hagan prácticamente imposible su consecución a medio plazo y generen un gran efecto desmovilizador. Tampoco conviene olvidar que, en este momento, no está clara la presencia de una alternativa global a los problemas, ni que el movimiento antiglobalizador 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, hay dos cuestiones obvias que plantearse. La primera es que, tanto a nivel teórico, como práctico, existen numerosas alternativas concretas al desarrollo de la globalización orientadas a limitar sus aspectos más negativos y a aprovechar los aspectos de índole positiva que la misma puede acarrear, como, por ejemplo, una mejora sustancial de las comunicaciones y una conciencia más planetaria de los problemas. La segunda es comprobar que es posible conseguir cambios sobre la estrategia general en lugares y en cuestiones concretas y que esos cambios 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 aglutinar sectores sociales alrededor de estos objetivos inmediatos y hacer evidente la posibilidad de cambiar el rumbo aparentemente ineluctable de la globalización neoliberal.

No debería olvidarse que la propia existencia de la crisis económica generalizada evidencia las limitaciones de la globalización neoliberal y su incapacidad para generar el crecimiento ilimitado que le suponían sus propagandistas y que, precisamente, la desregulación y falta de control

sobre el mercado ha sido la causa de la actual crisis financiera en EEUU que ha sido la desencadenante de esa crisis económica generalizada .

¿Existen sectores interesados en hacer factible otra globalización?

Obviamente sí existen y son muy amplios. De una manera genérica, podría decirse que la globalización abarca a la inmensa mayoría de la Humanidad. Se trata de los representados por las organizaciones sindicales y por los grupos progresistas, tanto políticos como de la sociedad civil. En lo referente a la Sanidad abarca a grupos con intereses estrictamente profesionales, a los usuarios de los sistemas sanitarios, a las organizaciones de pensionistas, a las entidades vecinales y de consumidores, a los grupos sociales vinculados con las ONGs, y, naturalmente, a todas las entidades sindicales, sociales y políticas progresistas.

El principal problema surge a la hora de conseguir que esta conjunción teórica de intereses se convierta en una alianza estratégica. En Europa y otros países desarrollados estos intereses se sitúan 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, como la campaña “Keep our NHS public” (“Mantengamos nuestro Servicio Nacional de Salud Público”), en Noruega contra la introducción de la gestión privada en los centros sanitarios públicos o, incluso en EEUU, la iniciativa por un Seguro Nacional de Salud. En todos los casos, y adaptándose a la problemática local o de cada país, se ha tenido capacidad no sólo para organizar a un conjunto de sectores sociales muy amplios y realizar importantes movilizaciones, sino además para generar propuestas alternativas de gran calado a la situación existente, como ha sido el caso en EEUU.

Lo que, hasta ahora, no se ha logrado es conseguir una alternativa de trabajo que trascienda al ámbito de cada país concreto, aunque existen numerosas iniciativas que pueden llegar a ser un germen de este tipo de

trabajo a nivel global. En cualquier caso, se trata, más aún si cabe, de iniciativas muy limitadas con escasa capacidad organizativa y operativa, cuya actividad se mantiene mayoritariamente en el ámbito meramente declarativo y que presentan grandes dificultades para generar agendas de trabajo comunes que se desarrollen en los diferentes países, de manera coordinada y más aún para propiciar movilizaciones comunes.

¿Cuáles deben ser sus principios generales?

Frente a los principios generales de la globalización neoliberal: libre comercio, mercantilización de los bienes y servicios y derecho a la propiedad intelectual por encima de los derechos sociales, una estrategia por otra globalización debe asentarse en principios generales que puedan servir de aglutinante a un movimiento muy amplio, con una gran diversidad de posiciones incluso ideológicas, y que se mueva 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, lo 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 misma, tienen sus actuaciones. Hay ejemplos muy claros de esta potencial responsabilidad social, como son el control de la promoción del tabaquismo o la fijación de los precios de los medicamentos que facilite su acceso en los países en desarrollo

-Aceptar el principio ético de que la salud es parte de la ciudadanía global, trabajando para la incorporación de este principio 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, y así mismo 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, conforme con el nivel de los conocimientos científicos existentes. La salud no puede ser una mercancía cuyo acceso esté limitado por la situación económica de los países y las personas. La salud debería 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 situarse en la agenda de la política nacional e internacional. No puede seguir manteniéndose en un puesto secundario que sólo favorece su invisibilidad como problema fundamental a escala mundial.

-Son imprescindibles políticas públicas de salud en el doble contexto, en de cada país y a escala internacional. La consecución del derecho a la salud sólo puede asegurarse mediante unas enérgicas políticas públicas de salud que permitan una planificación y coordinación de los recursos existentes y marquen las prioridades que se han de 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.

-Es preciso 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 de los profesionales que la hacen operativa. Por eso, un objetivo estratégico debe ser asegurar la existencia de amplios canales de participación y control por parte de la población y de los profesionales sobre los sistemas de salud.

El componente científico - ideológico

Una política 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 mismo, disponen de una gran capacidad de difusión de sus ideas y, 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, también por eso, es necesario propiciar organismos y entidades que puedan hacer a las mismas 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.

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 el establecimiento

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).

-Establecer una coordinación entre las distintas organizaciones realmente existentes, que permitiera marcar unas estrategias de trabajo generales y unos 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 funcionar políticas globales en algunos temas clave, tales como farmacia y tecnología, cobertura sanitaria mínima, planificación en recursos de salud, etc.

Es obvio que existen serias dificultades para conseguir todo esto, pero existen también muchos aspectos que favorecen su desarrollo. De una manera genérica, cabría pensar que, en algún caso, pudiera favorecerse este vía de trabajo, mediante el desarrollo de estrategias de ámbito regional (por ejemplo, la Declaración de Toledo, en la Unión Europea, o un documento similar en el Mercosur, etc.). Esto 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 ser la base de esta estrategia.

Una primera fase de colaboración en cuestiones concretas permitiría que se desarrollasen posteriormente lazos más consistentes y se fuese creando un entramado de relaciones y unas bases de criterios ideológicos y científicos comunes, pero teniendo en cuenta que, en todo caso, seguirán coexistiendo muchos puntos de vista, posiciones y matices diferentes, que se deben canalizar para que enriquezcan el debate y permitan unas visiones más amplias y la integración de iniciativas que, aunque se muevan en ámbitos distintos, avanzan todas con 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, y 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 evidencia de los problemas globales y con los derivados de la simple posibilidad de ser capaces de generar una alternativa que, a nivel local, es decir, en cada país, región, comarca o ciudad, tenga alguna probabilidad razonable de conseguir cambios sustantivos en el proceso de globalización neoliberal, los problemas, las alternativas y las probabilidades de éxito se harán visibles con más claridad, y también va a resultar más fácil el establecer alianzas con otros sectores sociales, sindicales, políticos y profesionales en torno a asuntos concretos. Precisamente por este motivo las experiencias prácticas que se han desarrollado lo han hecho en este terreno.

No obstante, hay tres dificultades que deben considerarse, a saber: cómo se va a engarzar la problemática concreta en el marco general, es decir, cómo conseguir crear la conciencia de que los problemas concretos que nos atañen a cada uno de nosotros no son sino la expresión de políticas globales, cómo hacer esto sin fomentar la desmoralización, y cómo mantener la tensión a lo largo del tiempo, dado que la característica

de los movimientos locales es que los mismos se nucleen en torno a problemas muy concretos que, una vez resueltos o pasados, suelen seguirse de la desaparición de las alianzas coyunturales.

Al igual que 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 pregoneros de la globalización. En este sentido, debería intentarse la formación de grupos de trabajo permanentes, que analicen los puntos clave y que consigan también difundir en cada país los debates y los avances que están teniendo lugar a nivel internacional. Para ello, es importante favorecer la colaboración entre las organizaciones sociales y el ámbito de los investigadores, de manera que aquéllas puedan participar activamente en el establecimiento de prioridades y en 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 lo relativo a los objetivos de salud y a las fórmulas operativas de intervención.

- Hay que fomentar organismos de coordinación, tales como las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública experimentadas con cierto éxito en España, u otros similares, ante problemáticas concretas.

No obstante, debe tenerse en cuenta que es fundamental generar organizaciones socio-profesionales que permitan dar continuidad a estas estrategias pues, de no ser así, es muy fácil que se pierda la especificidad sanitaria de estos movimientos dentro de marcos de intereses muy amplios, como son los políticos o los sindicales.

Se trata de líneas muy generales de trabajo que deben 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 ineluctablemente escrito en las estrellas sino que lo construimos, día a día, todas las personas. En suma, otra globalización no sólo es posible,

sino que depende de cada uno de nosotros y de nuestras capacidades para articular actuaciones colectivas e individuales que permitan avances en una línea más justa, más solidaria y más equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

Barnard K (ed): The future of health - Health of the future. World Health Organization Regional Office for Europe and The Nuffield Trust. 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 America 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 DJ, Killoran A : Tackling health inequalities: turning policy into practice?. NHS Health Development Agency. London 2004

Wait S: Benchmarking. A policy analisis. The Nuffield Trust. London 2004.

Bloom DBR: 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 Trust. London 2004.

Choi BCK, McQueen DV, Rotman I: Bridging the gap between scientist and decision makers. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 918.

Woolhandler S, Himmelstein DU: The high cost of for-profit care. *CAMJ* 2004; 170:1814-1815

Devereaux PJ 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 AM, Pereira Gray D: Questioning the claims from Kaiser. *Br J General Practice* 2004; 54:415-421.

Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA: Physician-citizens-public roles and professional obligations. *JAMA* 2004; 291: 94-98.

Stiglitz JE : 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 JD: 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: Wiquity, Capabilities and health. *Social Science & Medicine* 2005;60: 219-222.

Declaración de Toledo. El derecho a la salud para todos en la Unión Europea. En: *Globalización y salud*. Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C (editores). Sanidad Pública. Madrid 2005.

Keep our NHS public. www.keepournhspublic.com

2008 State of the Future. www.millennium-project.org

