

JZ 13/8

A52

**LA GLOBALIZACIÓN Y SUS IMPLICACIONES PARA EL
PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL SIGLO XXI.**

Gustavo Enrique Alcántara Moreno

Tutor: Eliexer Urdaneta Carruyo

Universidad de los Andes
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Maestría en Ciencias Políticas
Centro de Estudios Políticos y Sociales de América Latina

Tesis Para Optar al Título de *Magíster en Ciencias Políticas*

DONACION

Mérida-Venezuela

2005

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

DEDICATORIA

A mis padres,
Mireya y Edgar Enrique

AGRADECIMIENTOS

Debo dar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron con la realización del proyecto de investigación y la presente tesis de Maestría, particularmente al Profesor Eliéxer Urdaneta-Carruyo, quien fungió como tutor de la misma. También extendiendo mi gratitud, por la lectura y sugerencias que del borrador y del manuscrito final gentilmente elaboraron, a los profesores Robert Kirby, Rubén Castellano, Rogelio Añez y Calixto Moncada, a la politólogo Claret Garrido de Colasante y en especial a mi colega Francisco García Samaniego.

Del mismo modo hago un reconocimiento a la Universidad de los Andes, en especial al Departamento de Ciencias de la Conducta de la Facultad de Medicina en el cual me desempeñé como docente e investigador, por darme la oportunidad y el apoyo para la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN.

En la presente investigación se establecen las implicaciones que la globalización, vista desde las dimensiones económica, política, cultural y de las tecnologías de la sociedad de la información, tiene con respecto al proceso al proceso salud-enfermedad. Esta relación se vincula con las repercusiones para la salud humana en tanto hecho social, así como también en la organización y estructura sociales. El período de estudio abordado va desde 1990 hasta principios del presente siglo, por considerarla como la etapa de aceleración y profundización de la globalización.

A través de un enfoque multidisciplinario entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, se aborda el proceso de globalización vista desde dos perspectivas: “desde arriba” y “desde abajo”. Se da cuenta de los aspectos optimistas y pesimistas que la globalización trae consigo para la humanidad, especialmente con respecto al proceso salud-enfermedad.

Se llega a la conclusión de que existen una serie de peligros y amenazas globales para la salud en el mundo globalizado, lo que da cuenta de que la actual es una sociedad del riesgo en la que nadie está libre de padecer consecuencias adversas.

Se propone como necesaria la intervención del Estado en el área de la salud a través de un renovado modelo de Estado de Bienestar que promueva la participación de la comunidad, al tiempo que aliente las capacidades de innovación y adaptabilidad de la economía de mercado. Este prototipo estatal enmarcado en la sociedad del riesgo debe asumir con renovado vigor el papel de defensa de los ciudadanos ante un proceso creciente de individualización.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. EL CONCEPTO DE SALUD Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	
1.1. Evaluación crítica de la definición de salud.	9
1.2. El binomio salud y enfermedad como proceso	16
CAPÍTULO 2. GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	
2.1. El predominio de los estudios sobre globalización económica y su relación con el proceso salud-enfermedad.	21
2.2. Globalización económica: el bosquejo de un panorama sombrío para la salud	25
2.3. La ideología neoliberal, el globalismo y la respuesta anti-globalización.	31
CAPÍTULO 3. GLOBALIZACIÓN POLÍTICA Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	
3.1. Cambios en las políticas sanitarias a nivel global.	40
3.2. Neoliberalismo versus Estado de Bienestar	45
3.3. Integración, cooperación internacional y proceso salud-enfermedad.	52
CAPÍTULO 4. GLOBALIZACIÓN CULTURAL Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	
4.1. Perspectiva sociológica de la globalización: el estudio de la cultura	68
4.2. La globalización de la cultura norteamericana y el consumismo sanitario en las sociedades en vías de desarrollo.	71

4.2. La medicalización de la sociedad	77
CAPÍTULO 5. LAS TECNOLOGÍAS DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN (TSI) Y EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	
5.1. La nueva economía en la era de las TSI.	84
5.2. Las TSI: pesimismo versus oportunidades de progreso.	85
5.3. Repercusiones de las TSI para la salud humana y el medio ambiente.	94
5.4. Influencia de las TSI en el área médica.	99
CONCLUSIONES.	107
SUGERENCIAS	112
BIBLIOGRAFÍA	114

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Evolución de la tasa de mortalidad infantil a escala mundial y continental.	28
2. Compañías farmacéuticas en ventas a nivel mundial, año 2000	30
3. Socialdemocracia y Neoliberalismo	47
4. Tecnologías de la información y las comunicaciones: grupos de países según el grado de desarrollo humano (IDH).	88
5. Tecnologías de la información y las comunicaciones en el mundo	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

	Pág
1. Asistencia del Banco Mundial a la salud en América Latina y el Caribe	63
2. Consumo de medicamentos por regiones (2000)	72
3. Gasto en Salud per capita y mortalidad infantil en menores de 1 año en países de la OCDE	73
4. Tasa de mortalidad infantil - 5 años (X 1.000 nacidos vivos) y gasto total en salud como % del PIB en algunos países de la OCDE	75

INTRODUCCIÓN.

Por medio del presente estudio se intenta establecer las implicaciones que la globalización tiene con respecto al proceso al proceso salud-enfermedad, vinculando esta relación con las repercusiones para la salud humana en tanto hecho social, así como también en la organización y estructura sociales.

Todo fenómeno de cambio social genera conflictos, pero a la vez viene a representar la satisfacción de determinados intereses para diversos grupos sociales, así como el planteamiento de nuevas expectativas y demandas.

La globalización es un fenómeno inmerso en un cambio social profundo que se presenta en todos los rincones del mundo. Se trata de un reordenamiento de la vida social, en torno al cual están en juego la asignación y apropiación de una gran cantidad bienes, servicios y valores, viejos y nuevos, que van a ser susceptibles de apropiación y de distribución, en forma equitativa o no. El proceso salud-enfermedad genera una serie de bienes, valores y servicios, muy preciados en cualquier sociedad moderna, siendo considerada la salud como un derecho social fundamental, por lo que su distribución genera conflictos de no ser equitativa.

El proceso de globalización crea ganadores y perdedores si se aprecia desde una óptica que se conoce como globalización desde arriba, que se refiere a “la planificación, control y regulación desde los niveles superiores de la élite industrial, comercial y política del Norte permitiendo cierto grado de aprovechamiento a cuentagotas de los beneficios de la globalización por parte del mundo en desarrollo” (Kirby, 1999, p. 2).

La reacción a la anterior postura, se encuentra enmarcada dentro de la globalización desde abajo, la cual implica “una profundización vertical de las fuerzas sociales democráticas en relación al estado y al mercado y la expansión horizontal de la democracia más allá de las relaciones estado-sociedad por medio de movimientos sociales transnacionales...” (Falk, 1995, p. 86-87, citado en Kirby, 1999, p. 4). Entonces, ahora los ciudadanos pueden organizarse desde abajo para defender sus derechos e

intereses, sin esperar a que sea exclusivamente el gobierno nacional el que tome la iniciativa.

Se trata entonces de dos escenarios o posturas antinómicas y de choque, generadas en torno a la globalización. El presente trabajo se enfoca en esa perspectiva teórica, por considerar que es útil el hecho de que se muestran dos visiones enfrentadas de la realidad, a partir de la cual podría generarse una síntesis explicativa del fenómeno. De lo que se trata es de realizar una evaluación de las dos posiciones enfrentadas para buscar sopesarlas y establecer un análisis que no peque de sesgo ideológico, o caiga en el callejón sin salida que representa el hecho de observar un fenómeno desde una sola óptica. Al estudiar dos partes contrapuestas, si bien no se busca quedar en el justo medio del debate, al menos si se podrían generar inferencias con una mayor utilidad explicativa.

En aras de conseguir una mejor descripción y explicación del fenómeno de la globalización, se parte de la idea de que la globalización es una serie compleja de procesos y no uno solo. De allí que el análisis abarcará varias dimensiones a saber: la económica, la política, la cultural y la de las tecnologías de la información. Estas dimensiones son interdependientes, por lo que es necesario evitar los reduccionismos.

Por lo general, la globalización es asociada con los procesos económicos y el mercado mundial. Esta relación a veces se establece hasta el punto de hacer coincidir el término globalización con el de capitalismo, lo que es a todas luces una exageración determinista promovida por las visiones reduccionistas de los economistas. En tal sentido hay que estar claros en el hecho de que, si bien los mercados se extendieron y enlazaron pueblos, la interdependencia política, económica, cultural y de las comunicaciones, entre otras, también aumentó de manera vertiginosa a partir de los años 1990¹.

¹ En el año 1989 cayó el Muro de Berlín, símbolo del mundo bipolar de la Guerra Fría y de la confrontación este-oeste entre las superpotencias norteamericana y soviética. En 1991 desapareció la Unión Soviética, extendiéndose la democracia y el sistema capitalista a nivel global.

Autores como Beck, han lanzado teorías interesantes, como la que plantea el hecho de que vivimos en lo que se podría denominar como sociedad del riesgo (1997, p. 23), es decir, un tipo de sociedad en la que los peligros y amenazas superan con creces las certezas y seguridades. Con respecto al proceso salud enfermedad, los temores de esta sociedad del riesgo son perfectamente visibles, por ejemplo, desde el plano del proceso salud-enfermedad, nos encontramos con que la globalización significa “el transporte, en largas distancias y por vías atmosféricas u oceánicas, de materiales o sustancias biológicas, tales como patógeno y material genético, que afectan la salud y el bienestar humano. El agotamiento de la capa de ozono en la atmósfera, o la diseminación del virus del SIDA son manifestaciones de esto” (Keohane y Nye Jr., 1999)

Según Beck, las sociedades modernas siguen viviendo bajo los patrones de la sociedad industrial tradicional, la cual estaba construida en base a las reglas y principios de la modernidad tradicional. Se da un proceso de cambio social, de radicalización de la modernidad industrial que se conoce como modernización reflexiva, esto es, “la posibilidad de una (auto)destrucción creativa de toda una época: la de la sociedad industrial” (Beck, 1997, p. 14). Acompañando a este fenómeno, tenemos que lo político se ha transformado, por lo que asistimos a una época caracterizada por la tendencia a que lo social se convierta en político, ampliando a su vez el espacio político. A la par de esa propagación de actividades políticas, han surgido nuevos actores políticos que se expresan bajo pautas de conducta e instituciones políticas no tradicionales.

No es posible continuar pues, con las mismas instituciones obsoletas, si la política gubernamental tiene que estar disponible para todo, y todos quieren y deben participar en ella. Un panorama como este requiere de la invención de lo político (Cf. Beck, 1999, p. 181), es decir, de la aplicación de una política creativa y autocreativa, que proponga nuevos contenidos, formas y coaliciones. Es así como los Estados nacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las demás organizaciones públicas o privadas vinculadas con el sector salud a nivel mundial, están en la necesidad de adaptar

su estructura y funcionamiento a las exigencias de una sociedad internacional inmersa en el proceso de globalización.

El proceso salud-enfermedad y la concepción que del mismo se tiene en cualquier parte del globo, tanto en el imaginario popular como en la teoría y praxis de las organizaciones e instituciones especializadas en su estudio y en su prestación como servicio, no ha permanecido impasible e inmóvil ante este nuevo fenómeno al que nadie puede escapar, pues la realidad es que el mundo está globalizado, para bien o para mal, en un aspecto u otro.

Se parte entonces de la premisa de que el proceso salud-enfermedad se ha visto afectado a través del influjo causado por las diversas dimensiones de la globalización. Es necesario entonces describir cuáles son los cambios que la globalización ha introducido en el proceso salud-enfermedad a nivel global desde sus diversas dimensiones y escenarios aquí considerados.

En la presente investigación se utilizan básicamente artículos científicos de revistas reconocidas a nivel nacional e internacional así como diversos libros publicados por investigadores y grupos de investigación alrededor del mundo. La metodología es cualitativa, partiendo desde una perspectiva multidisciplinar².

De manera institucional se consultaron diversos datos a partir de los informes de organizaciones e instituciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial. A nivel nacional se revisaron los datos manejados por el

² La perspectiva de la investigación es multidisciplinar en el sentido de que relaciona las ciencias de la salud con las ciencias sociales. Un ejemplo de multidisciplinariedad se presenta en el campo y método de estudio de la sociología médica. En América Latina durante los años 1970 hubo una acogida del estructuralismo histórico, el cual estaba a favor de no establecer distinciones marcadas entre la sociología, la antropología y las ciencias políticas. A partir de dicha corriente se realizaron “avances en la adopción de un enfoque interdisciplinario entre las ciencias sociales y las biomédicas. Esto fue logrado principalmente por científicos biomédicos que poseían una conciencia social y un compromiso político sólidos, y que se aventuraban en los terrenos de las ciencias sociales” (Sawyer, 1999, p. 27).

El hecho de que se diga que la globalización se profundizó a partir de los años 1990, define que la presente se trata de una investigación transversal que privilegia el período de finales del siglo XX y comienzos del XXI.

En el primer capítulo se hace una evaluación crítica de la definición de salud institucional más importante a nivel mundial, que sería la formulada por la OMS en su Constitución (1946). También se da cuenta del hecho de que la salud está indisolublemente ligada a la enfermedad, conformando ambas el denominado proceso salud enfermedad. La formulación de una definición científica con respecto a la salud excede el propósito y objetivos de este estudio.

El segundo capítulo hace referencia a la dimensión económica de la globalización y sus repercusiones en el proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta que esta vertiente de la globalización es la más difundida en los círculos académicos, el mundo de los negocios y en la vida cotidiana en general. Se hace una revisión de los aspectos que dan pie para hablar de un panorama sombrío para la salud humana a partir de la globalización económica. Luego se comenta la influencia de la ideología neoliberal con respecto a la globalización, situación que deviene en el denominado globalismo que a su vez crea una respuesta anti-globalización.

La manera en que el proceso salud-enfermedad se ve influenciado por la globalización vista desde su dimensión política es la temática abordada en el tercer capítulo. Se hace una revisión de la contraposición entre el modelo del Estado neoliberal y el Estado de bienestar, consideradas como las dos alternativas posibles en un mundo globalizado en el cual ha desaparecido el socialismo. También se abordan la integración política y la cooperación internacional, vistas como dos manifestaciones de la globalización política con respecto a diversas situaciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad.

La globalización cultural es el tema analizado en el capítulo cuatro. Se hace particular énfasis en la transculturación del consumismo sanitario desde la sociedad

norteamericana hacia las sociedades en vías de desarrollo, dando cuenta de cómo esta situación repercute en el proceso salud-enfermedad. También se estudia una de las principales características de las sociedades influenciadas por el sistema de salud norteamericano, tal y como lo es la medicalización de las sociedades.

En el quinto y último capítulo se diserta sobre las tecnologías de la sociedad de la información (TSI) y cómo las mismas representan cambios estructurales en las sociedades actuales. Se hace referencia a los aspectos que permiten hablar de las TSI como fuentes generadoras de progreso, en tanto que se esbozan los factores que las conciben como fuente de desigualdad y exclusión social. También se discuten las repercusiones para la salud humana y el medio ambiente. Finalmente se analizan los cambios que en el campo estrictamente médico introducen las TSI.

CAPÍTULO 1

EL CONCEPTO DE SALUD Y EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.

“Al igual que lo hicieron los antiguos y, al igual que John Lock, pensamos en la salud como una condición física y mental: *mens sana in corpore sano*, continúa siendo nuestro lema. Pero podemos considerar también la salud del individuo en un sentido social. Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente y que se haya bien ajustado en su entorno físico y social, controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a sus cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad, según su capacidad...”

Henry Sigerist, 1941

1.1. Evaluación crítica de la definición de salud.

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (2000, p. 15).

Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que “la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social” (Agenda 21, 1992). Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado por medio de un enfoque integral y sistémico.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim, un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo (ver Ritzer, 2002, p. 207).

Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda con respecto a que la salud es una cosa. Es evidente que múltiples fenómenos relacionados con la salud son mensurables o susceptibles de observación empírica. Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida, la incidencia del paludismo o el dengue y la proporción de médicos por habitantes, entre otros indicadores de salud. Sin embargo, en el presente trabajo se considera la noción de salud no simplemente como un hecho social material, es decir, como entidades reales y materiales; sino como un hecho social

inmaterial, tal y como Durkheim lo define, esto es, como normas y valores culturales que no necesariamente se exteriorizan y materializan (Cf. Ritzer, 2002, p. 208).

Por ejemplo, la percepción del estatus y el prestigio de los médicos en las sociedades occidentales en pleno siglo XX, considerada como hecho social inmaterial, difería mucho de los profesionales de la medicina que daban los primeros pasos hacia la consolidación de la disciplina como ciencia en la Europa de los siglos XVII y XVIII. Cuando en el viejo continente estaban en pleno desarrollo los avances y descubrimientos del método científico, la condición de estar sano o enfermo era predominantemente atribuible a los designios divinos de corte netamente mágico-religioso. La salud y la enfermedad no se consideraban en el mayor de los casos relacionadas con algún organismo microbiológico o con factores hereditarios, psicológicos o sociales. En esos tipos de sociedades, los charlatanes, magos y brujos eran quienes socialmente tenían la función de prescribir remedios para los malestares y proporcionar la cura a los enfermos. El profesional de bata blanca, que actualmente está en los consultorios y hospitales modernos, estaba lejos de entrar en escena y ser socialmente legitimado para desempeñar el oficio de la medicina, cumpliendo con la función social de determinar quién se encuentra sano o enfermo.

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmada en el preámbulo de su Constitución (1948) y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental a nivel mundial en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia. En tal sentido, la OMS viene a ser un ente internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nación de occidente se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De hay la necesidad de un Estado Social que

regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo.

Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su concepto de salud para crear una definición homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos. Esta homogeneización también se aplica con respeto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) por parte de la OMS, la cual es revisada y actualizada periódicamente (ver CIE-10, 1993).

En Venezuela, el proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional el 14 de diciembre de 2004, desarrolla de manera más extensa lo expresado por la OMS con respecto a la salud, acotando en su artículo 3 que la misma se manifiesta como “la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida”.

La definición de salud de la OMS tiene tanto sus ventajas prácticas como sus respectivas críticas. Entre sus críticas, Navarro (1998, p. 49) acota que la definición tiene un problema epistemológico importante, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud, bienestar y población, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar, salud y población, dejando a un lado la controversia política que dichas definiciones acarrearán, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un

concepto científico “que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual” (Navarro, 1998, p. 49).

Esta claro que la perspectiva teórico-metodológica a través de la cual Navarro hace sus apreciaciones es la marxista³, pues de manera evidente privilegia a las clases sociales como categoría de análisis sociológico e histórico. Pero, llama la atención el comentario con respecto a la supuesta científicidad de la definición de salud de la OMS, pues como es bien sabido, la ciencia siempre ha pretendido tener una legitimidad basada en una suerte de objetividad a la hora de aproximarse al estudio de la realidad y crear el conocimiento.

Esta posición es la practicada por los positivistas, quienes están convencidos de que encontrarán las leyes invariables de la sociedad. Pero lo cierto es que el concepto de salud está impregnado de un fuerte componente cultural, que en las épocas de globalidad es multicultural, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinados. Por lo tanto, es obvio que en este caso la definición de salud puede, por lo amplio de su extensión, ser utilizada de manera subjetiva para legitimar los intereses de cualquier grupo de presión, partido político, clase dirigente, movimiento social, régimen político, actor económico y las ONG como Médicos sin Fronteras.

Según San Martín y Pastor (1989), hablar de completo bienestar es subjetivo y funcional, dificultándose “su medición y la producción de indicadores económico-sociales adecuados para su representación” (p. 42).

Adicionalmente, la idea de “completo bienestar” introduce la noción de normalidad en la salud (ver Briceño-León, 2000. p. 16). En medicina se suele utilizar el

³*Marx y Engels* estuvieron preocupados por los daños que la explotación capitalista ocasionaba a la salud de la clase trabajadora en la Inglaterra del siglo XIX. Al plantear el materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad, se pudieron socializar las causas de la enfermedad y se señaló la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así la concepción de la salud rebasó lo biológico, lo personal, lo mecanicista y aislado, vinculándose a lo económico y político.

adjetivo normal como sinónimo de salud. Lo normal es lo que acostumbra suceder en forma común y corriente. De manera tal que lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada. Entonces se tiene una definición estadística de salud que “no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el hombre y su ambiente están sometidos constantemente a la ‘variación’ que no admite modelos fijos” (San Martín y Pastor, 1989, p. 41). Esta definición estadística de normalidad plantea un gran inconveniente en los casos en que las personas promedio se comporten de manera reprochable, tal y como ocurrió en la Alemania nazi⁴ durante la Segunda Guerra Mundial o en la guerra de Bosnia-Herzegovina (1992), donde las prácticas inhumanas y genocidas fueron consideradas como normales.

Entre los seres humanos a los que se les califica como normales se presentan variaciones biológicas y sociales que generan situaciones diversas, en forma tal que lo que es considerado normal en un lugar puede ser anormal en otro. Como argumenta Wolf, “el concepto de normalidad es relativo. Es diferente según las distintas civilizaciones y sociedades, la situación y la edad, distinto también en cada sexo y en varios estados mentales, tales como la vigilia y el sueño, la calma y la excitación. Al parecer la normalidad es simplemente un artificio” (1976, p. 10) Por lo tanto, la salud también es un concepto relativo, tanto en la dimensión espacial como temporal.

La idea de normalidad en salud es controversial, pues existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y sin embargo ser portadora del virus del VIH-SIDA, del VPH (virus del papiloma humano), de la hepatitis “B”, padecer hipertensión arterial, tener diabetes, presentar cáncer en estado inicial o sufrir

⁴ Durante el régimen nazi, “bárbaros con disfraz de científicos inventaron la teoría de las razas con la cual fundamentaban la supremacía de la raza aria. Esta teoría justificaba el exterminio de razas inferiores como la judía y la esclava. Los nazis exigieron el aniquilamiento físico de pueblos enteros y educaron a la juventud alemana en el espíritu del asesinato en masa. En nombre de la ciencia, millones de seres humanos indefensos fueron violados, enceguecidos, congelados y torturados hasta la muerte. En Polonia, en los campos de concentración tristemente célebres como los de Chelmo, Belzec, Treblinka y Auschwitz, se observaba a diario la humillación aberrante de la dignidad humana por parte de los crueles nazis” (Urdaneta-Carruyo, 2005, p. 81).

osteoporosis, lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona.

También se presenta el hecho de que existen condiciones que en la actualidad podrían muy bien no ser consideradas como enfermedad o como un problema relacionado con la misma, puesto que tanto el conocimiento científico como las mismas fuerzas sociales y políticas de una época son las que van a determinar si una condición es o no una enfermedad.

Un caso ilustrador de lo anterior es el de la homosexualidad, la cual en un primer momento era considerada como un pecado por ciertas religiones e incluso en algunas legislaciones fue tipificado como un delito, tal y como sucedió en la Alemania nazi⁵. Más tarde la psicología concluyó que los homosexuales eran unos desviados en su conducta, por lo que la homosexualidad entró en la clasificación internacional de las enfermedades. Sin embargo, el criterio no se mantuvo estático y ni siquiera fue refutado con mayor vigor mediante pruebas científicas, sino que los movimientos sociales de los homosexuales, conjuntamente con los movimientos feministas, reivindicaron desde el punto de vista político a la homosexualidad simplemente como una situación de libre elección, como un derecho de cada persona consagrado y protegido por la ley.

Aquí fue decisiva la democracia como régimen político y la entrada en el escenario global de los valores democráticos, comenzando un movimiento global que desmitifica ciertas concepciones mítico-religiosas, entre las que se encuentran las conductas homosexuales. También es destacable la Declaración Universal de los

⁵ Durante el Nazismo, al ser la homosexualidad considerada una inferioridad y un defecto genético, se puso en efecto un artículo de una ley del código penal alemán originado en 1871. Este era el párrafo 175 que decía "Un acto sexual antinatural cometido entre personas de sexo masculino o de humanos con animales es castigable con prisión, la pérdida de sus derechos civiles también puede imponérseles". "Durante la República de Weimer -entre el final de la primera guerra mundial y el ascenso de Hitler- esta ley raramente fue puesta en práctica por lo que el Berlín de la década del 1920 era considerado un lugar de gran vida homosexual. Con la llegada del nazismo los alemanes considerados homosexuales fueron apresados o internados en campos de concentración, siendo muchos asesinados" (Wikipedia, 2005). En España, la homosexualidad fue ilegal durante el régimen de Francisco Franco (1936-1975), y se legalizó con la democracia. El 17 de mayo de 1990 la OMS excluyó la homosexualidad del Código Internacional de Enfermedades.

Derechos Humanos, considerada como documento político expresivo para que los homosexuales se manifiesten en las sociedades actuales, teniendo iguales derechos y deberes independientemente de sus conductas sexuales.

Si bien existen patrones socialmente aceptados o deseables, contruidos a partir de la interacción e interdependencia compleja de múltiples fuerzas y hechos sociales, referidos a lo que es o no es normalidad, “no es posible construir a partir de allí una idea de normalidad que se imponga, excluyendo o considerando enfermos a quienes se salgan del patrón o modelo” (Briceño –León, 2000, p. 16). El peligro político y social de lo anterior es la discriminación de aquellos a quienes no se consideren como normales, fomentando así el germen de la segregación y el rechazo social de determinados grupos o personas en base a criterios establecidos por grupos de poder antidemocráticos e intolerantes.

En relación con la identificación de la salud con el bienestar, Guerra de Macedo señala que esta situación plantea dificultades operacionales para delimitar las responsabilidades del sector salud pero, al mismo tiempo, “establece la responsabilidad de los otros sectores relacionados a la salud y la necesidad de la acción intersectorial para ello” (2002, p. 6). Con esto queda claro que la salud es un fenómeno que trasciende el campo exclusivamente médico, por lo que requiere de la intervención de otras disciplinas, como las ciencias sociales, para establecer análisis, síntesis y diagnósticos más acertados y con mayor utilidad explicativa. Esto permite la creación de sistemas institucionales para dar asistencia, recursos y capacitación humana en pro de mejorar las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos.

En lo referente a las ventajas de la definición de salud de la OMS, se tiene que la misma superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión. De esta forma se expresa “la preocupación general de considerar a la salud como mucho más que una simple colección de negaciones, el

estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta” (Evans y Stoddart, 1996, p. 29).

Por su parte, se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. Esto representa una importante superación del paradigma biologicista, que a partir de la revolución de la microbiología, consideraba a la salud como exclusivamente individual, reforzando en forma acentuada el paradigma curativista de la medicina. Se recalca entonces, la necesidad de hacer un mayor énfasis en que “las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.” (Navarro, 1998, p. 49). En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo.

Si bien hay que tener claro que la OMS da una definición amplia de salud, la misma “es una meta que hay que tratar de alcanzar, más que un estado que se pueda alcanzar; sin embargo, es útil porque proporciona un marco para establecer objetivos de salud” (Rodríguez y Goldman, 1996, p. 12). Se trata entonces de una definición normativa y deontológica, que permite establecer lineamientos específicos de acción en el marco de las políticas sociales de salud.

1.2. El binomio salud y enfermedad como proceso.

Hay que dejar claro y hacer énfasis que es inconveniente hablar de salud a secas sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Se trata entonces de un proceso, el proceso salud-enfermedad. En éste orden de ideas, se dice que cada quien tiene salud en algún grado, bien sea excelente condición, medianamente bien, con algún

malestar, o definitivamente mal. De aquí que la salud pueda ser ubicada en una escala gradual, al igual que la enfermedad y la invalidez. Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. “Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001, p. 2).

No existe un límite preciso entre salud y enfermedad, pues ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia más o menos prolongados, mientras los cuales el ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad. El hecho de que determinadas personas sean calificadas como sanas mientras que otras son etiquetadas como enfermos obedece a criterios meramente prácticos, como por ejemplo para calcular las tasas de morbilidad o determinar cuándo un trabajador necesita reposo médico y puede ausentarse de sus labores.

Entonces, la salud y la enfermedad conforman un binomio; representan la unión de dos términos apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo.

También se suele hablar de situación de salud de una población, a la cual se define como “el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998. p. 81). A partir de esta definición se tiene establecido cuál es el objeto de estudio y acción de toda política de salud, que no va a ser otro que determinada población.

Esta definición permite también establecer estudios comparativos entre diversas poblaciones en lo que respecta a sus problemas de salud. Para ello se puede abordar la realidad a partir de tres dimensiones: *el estilo de vida*, que corresponde al nivel

individual, a las decisiones que cada quién toma como persona y sobre las cuales tiene una responsabilidad y conciencia directa, interviniendo en las mismas aspectos biológicos propios de cada individuo, además de hábitos o costumbres aprendidas mediante el proceso de socialización; *las condiciones de vida*, en la cual se insertan los estilos de vida, hace referencia a las prácticas de los diversos grupos sociales, bien sea amigos, compañeros de trabajo, colegas, vecinos, entre otros; y el *modo de vida*, que abarca al conjunto de la sociedad, que resulta de la confluencia del medio natural o las condiciones ecológicas, el sistema económico, el régimen político, la cultura y la historia (adaptado de Castellanos, 1998, p. 84).

La disciplina que tiene como objeto de estudio de la salud en las poblaciones es la denominada salud pública. Dicha disciplina se encarga de intervenir con mayor énfasis en las condiciones y el modo de vida de las sociedades, aun cuando esto no implica que deje de actuar en los estilos de vida. En el concepto original de *salud pública*, su autor, el sanitarista norteamericano *Winslow*, la define como:

“el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (Rojas, 1993, p. 19).

Con respecto a la salud considerada en un enfoque del individuo, que estaría relacionado entonces con su estilo de vida, Bonilla-Castro sugiere que para abordar de manera óptima el estudio sobre el estado de salud de una persona es necesario hacer un “diagnóstico físico del individuo, un reconocimiento de los factores del medio ambiente

geográfico que puedan causar las alteraciones en la salud y considerar asimismo la salud teniendo en cuenta su dimensión social” (1999, p. 37).

Dejando claro qué se entiende por proceso salud-enfermedad y su vinculación con la definición multidimensional y multidisciplinaria que sobre la salud formuló la OMS, al tiempo que se tienen presentes las tres dimensiones contenidas en la noción de situación de salud (esto es, estilos, condiciones y modos de vida), se posee un marco conceptual útil para analizar la vinculación y relación entre el proceso salud-enfermedad y el fenómeno de la globalización.

La globalización se aborda desde cuatro dimensiones en este trabajo: económica, política, cultural y tecnologías de la sociedad de la información. A partir de estas cuatro perspectivas se analizan las repercusiones de la globalización en el proceso salud-enfermedad. A continuación se hace la revisión de la globalización desde su perspectiva quizá más estudiada, la económica.

CAPÍTULO 2

GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA Y PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.

“Mientras la globalización aumenta el riesgo de que las enfermedades infecciosas viajen desde el Sur hacia el Norte, ésta también ha incrementado el peligro de que factores de riesgo mayores para enfermedades no transmisibles se desplacen del Norte hacia el Sur”

Eeva Ollila, 2005

2.1. El predominio de los estudios sobre globalización económica y su relación con el proceso salud-enfermedad.

Cuando se hace referencia al término globalización, lo primero que se debe tener en cuenta es que se trata de un proceso multi-causal. La globalización es un fenómeno complejo en el cual intervienen múltiples factores y se presenta en diversas dimensiones tales como la económica, la cultural, la política y la de las tecnologías de la sociedad de la información.

La tendencia entre la mayoría de los autores y de todo aquel que emite opiniones al respecto, bien sea un político de oficio, un ejecutivo de negocios o un activista vinculado a alguna ONG, es la de hablar de la globalización orientándose hacia su faceta económica (ver Kirby, 1999, p. 10), haciendo referencia a la expansión global del mercado, el capital y las finanzas.

Teniendo en cuenta la acotación anterior, Comia entiende la globalización como “el proceso por el cual los dirigentes nacionales e internacionales promueven la desregulación nacional y la liberalización exterior” (2002, p.23). Este proceso arrancó en los años 80 del siglo XX para intensificarse una década más tarde. Una de las manifestaciones más conspicuas de la globalización, que Comia denomina como nuevo paradigma económico y normativo, tiene que ver con las privatizaciones que a nivel mundial realizaron las empresas multinacionales, expandiéndose a través de las fronteras.

El paradigma económico de la globalización puede presentar dos facetas con respecto a la salud, uno positivo y otro negativo. Las fuerzas del mercado global actuarían de manera eficiente cuando existen “mercados nacionales competitivos y no excluyentes e instituciones de reglamentación consolidadas, la concentración de activos es moderada, el acceso a los servicios de salud pública está generalizado, existen mecanismos de control social y las normas de acceso a los mercados globales no son discriminatorias” (Comia, 2002, p. 23). Se mencionan pues unas precondiciones para

que la globalización tenga éxito en los países, por lo que su ausencia significaría una globalización prematura, indiscriminada y deficientemente programada, que impediría el crecimiento económico. De manera que, para Cornia, el aspecto fundamental de la globalización es el hecho de que produce crecimiento económico y el mismo se traduciría en mejoras para la salud.

La globalización en su dimensión económica y sus repercusiones para la salud, también es privilegiada por Dollar, quien la considera como “una integración creciente de economías y sociedades diversas como consecuencia de los mayores flujos de bienes, capitales, personas e ideas” (2002, p. 16). Se trata de una visión optimista de la globalización económica, particularmente de la apertura comercial y su intensificación a través de las fronteras, lo que conlleva crecimiento económico y el aumento de los ingresos de los pobres. Esta mejora de la situación de los pobres, desde el punto de vista de que el crecimiento económico le daría mayores ingresos, guarda una relación con la mejora de las condiciones sanitarias, específicamente en indicadores tales como el estado nutricional y la mortalidad en lactantes. Sin embargo, aunado a estas ventajas, también existen riesgos, como por ejemplo la propagación del SIDA debido al flujo de inmigrantes y el aumento de los viajes.

Otro efecto perjudicial de la globalización sería el incremento del consumo del tabaco gracias al libre comercio (Cf. Dollar, p. 19-20, 2002). Para tener tan solo una idea de los efectos adversos del consumo del tabaco, tenemos que los gastos médicos y las pérdidas de productividad le costaron solamente a Estados Unidos 150.000 millones de dólares, lo que representa casi 1,5 veces los ingresos de las cinco mayores multinacionales tabaqueras ese mismo año (ver Coarasa, 2004) Lo peligroso sería entonces el incremento de la exportación global de ese consumismo tabacalero. Las soluciones a dichas amenazas radican en políticas sanitarias efectivas, más no en políticas de integración económica.

Es evidente que el problema de estudiar la relación existente entre globalización y salud es un asunto complejo, particularmente en el campo académico, pues aun cuando

“la literatura sobre la importancia de la globalización para la salud es cada vez más abundante, no se ha alcanzado un consenso ni sobre las vías y los mecanismos por los que la globalización afecta a la salud de las poblaciones ni sobre las respuestas de política apropiadas” (Woodward et al., 2001, p. 875). Esta es una realidad con repercusiones tanto en el ámbito teórico que atañe principalmente a los académicos, como en el sector práctico, más vinculado a la toma de decisiones en donde están involucrados los políticos, los tecnócratas y los funcionarios públicos. Ante esta dificultad, Woodward et al, proponen la configuración de un marco, explícito de investigación que aclare el disenso conceptual y permita un modelo operacional útil, sobre todo para ser utilizado en la formulación de políticas sanitarias inherentes a la relación entre globalización y salud.

El artículo de Woodward et al. (2001) toma en consideración tres tesis principales (ver p. 875-879). En primer lugar, que la existencia de un marco analítico convenido es esencial para evaluar de manera fiable los efectos de la globalización sobre la salud, elaborar un programa de investigación y adoptar respuestas de política apropiadas.

En segundo término, que los efectos indirectos de la globalización, mediados por la economía nacional y las economías domésticas, son importantes para la salud, al igual que los efectos más evidentes y directos sobre los riesgos sanitarios y los sistemas de salud. En este punto los autores efectúan un fuerte énfasis en la variable económica, pues se hace mención explícita a que el libre comercio mundial, potenciado durante la década de los 90 del XX, es la principal fuente motora de la globalización.

En tercer lugar, se plantea que sólo se podrán optimizar los efectos de la globalización cuando la mejora de la salud y el bienestar se conviertan en objetivos centrales de las políticas económicas nacionales y del diseño y administración del sistema económico internacional. Esta última tesis revela una cierta postura optimista hacia el fenómeno de la globalización económica y sus efectos para la salud. Es de considerar que también se menciona la importancia que tienen las condiciones de cada

país desde el punto de vista político, social e institucional, aun cuando no se ahonda de manera prolija en dichas variables. En cuanto a los aspectos perniciosos de la globalización económica se mencionan la comercialización del tabaco y la transmisión transfronteriza de enfermedades infecciosas, influenciada la primera por el incremento del comercio mundial, mientras la segunda se asocia al aumento de los viajes y el turismo global.

Es interesante tener muy en cuenta lo referente al incremento del turismo a nivel global y su impacto en la salud, pues se vive en una época en la que las comunicaciones han maximizado el riesgo de que “un mosquito pueda subirse a un avión en África Central y pocas horas después pueda salir y transmitir la malaria a un vecino en Londres o París” (Briceño-León, 1999, p. 19). Si hoy en día los gérmenes pueden viajar a la velocidad de un avión, está latente entonces el peligro de que aquellos que están adaptados a las condiciones de vida de una población se puedan extender entre otras poblaciones que no están preparadas para hacerles frente (Cf. Montagnier, 2002, p. 96).

Las diferencias entre el mundo actual, caracterizado por la rapidez del transporte, y el mundo de antaño es evidente. En el siglo XIX la mayoría de las enfermedades y de las infecciones que portaban los viajeros se manifestaban durante los dilatados viajes marítimos, que eran la forma principal de recorrer grandes distancias. Cuando las autoridades en los puertos de arribo registraban algunos síntomas de la presencia de alguna enfermedad contagiosa, podían poner en cuarentena a los individuos contagiados o tomar otras medidas. En la era del avión a reacción, sin embargo, una persona en el proceso de incubación de una enfermedad como el ébola, puede subir a bordo de un avión, viajar 19.000 kilómetros, pasar inadvertida por una alcabala y tomar un vehículo a un lugar remoto dentro del país de destino, sin que los síntomas aparezcan por varios días, y entre tanto contagiar a mucha gente antes de que su condición sea aparente.

Si bien existen argumentos y hechos históricos evidentes que demuestran que la transmisión internacional de enfermedades infecciosas no es un asunto nuevo, lo que según Frenk y Gómez si se puede catalogar como novedoso sería entonces lo que se ha

denominado como tráfico microbiano, es decir, la producción diaria de miles de contactos potencialmente infecciosos, maximizados por el incontrolable flujo de inmigrantes. Un ejemplo de esto fue el “brote de cólera que se produjo en Perú en enero de 1991, que se convirtió en unas cuantas semanas en una epidemia continental. A principios de 1992 ya había alcanzado la frontera de México con Estados Unidos e infectado a cerca de medio millón de latinoamericanos” (Frenk y Gómez, 2004).

Es así como se podría afirmar que, en un mundo interconectado e interdependiente, las bacterias y los virus se desplazan tan rápidamente como los mensajes por el correo electrónico, lo cual significa que ya no existen santuarios ni refugios sanitarios en los que se este exento de riesgos de manera absoluta.

Ese es el miedo y la situación de alerta epidemiológica que generó la posible propagación desde Asia por el resto del mundo del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS). Así pues, el 12 de marzo de 2003 la OMS se vio en la situación de emitir un alerta mundial sobre la aparición de una enfermedad respiratoria grave, de causa desconocida, que se estaba propagando rápidamente entre el personal de hospitales de la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China) y Vietnam. Tan sólo dos días transcurrieron cuando hospitales de Singapur y Toronto (Canadá) notificaron casos de pacientes con signos y síntomas semejantes, haciéndose evidente que la enfermedad se estaba extendiendo a escala internacional por las principales rutas de navegación aérea. El 15 de marzo fueron confirmados de manera clara las terribles posibilidades de que los vuelos internacionales siguieran esparciéndola (ver Informe sobre la Salud del Mundo 2003, p. 79).

2.2. Globalización económica: el bosquejo de un panorama sombrío para la salud.

En tomo al debate académico también encontramos posturas un tanto pesimistas con respecto a los efectos de la globalización económica sobre la vida en general y particularmente en lo que respecta al impacto en la salud. Así pues, en opinión de Pazos, las principales estrategias de la globalización, tales como privatización indiscriminada,

agricultura exportable, rápido crecimiento económico, desregulación (tanto del intercambio comercial como del trabajo) y la gradual disminución de la vigencia de los Estados en los asuntos económicos de las naciones, han incidido negativamente en todos los factores determinantes en las condiciones de salud: presupuestos, programas de desarrollo, nutrición, y situación sanitaria, entre otros. Esta cruda realidad se evidencia en los indicadores de salud más importantes, además de la angustiosa situación de pobreza en las que aquellas están enmarcadas (Adaptado de Pozos, 2002, p. 33).

Es una tendencia el hecho de que estemos avanzando hacia un mundo con más pobreza y una profundización de las inequidades. Esto se presenta coincidentalmente a partir de los años 90 del siglo XX, época en la que se acelera y consolida el proceso de globalización. Esta aseveración es corroborada por las observaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) las cuales establecen que:

“Para muchos países, los 90 fueron una década de desesperación. Alrededor de 54 países son ahora más pobres que en 1990. En 21 países se ha incrementado en general el porcentaje de personas que pasan hambre. En otros 14, mueren más niños menores de 5 años. En 12, las matriculaciones en la escuela primaria están descendiendo. En otros 34, la esperanza de vida también ha disminuido. Pocas veces se habían producido semejantes retrocesos en las tasas de supervivencia”. (Informe Sobre Desarrollo Humano 2003, p. 2).

Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), otro grave problema que también se ha agudizado durante los años 90 es la pobreza infantil, la cual aumentó en 17 de los 24 países ricos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (ver Diario Frontera, 2-03-2005, p. 1B). Esto quiere decir que en dichos países se registran entre 40 y 50 millones de niños que viven en la miseria. Según la UNICEF, un niño se considera pobre si vive en una familia cuyos ingresos son inferiores al 50 % de la renta media nacional, por lo que no es igual entonces ser un niño pobre en México que en Canadá. Los niños son uno de los grupos humanos más expuestos a riesgos, pues los peligros de enfermar son más latentes

que en cualquier otro grupo, siendo los cinco primeros años de vida cruciales para la conformación física, psicológica y social de los futuros ciudadanos de un país.

Los estudios de UNICEF demuestran que si un niño tiene deficiencias nutricionales, ocasionadas sobre todo por la pobreza, en los primeros años de vida sufre daños irreversibles en sus capacidades neuronales, que dificultarán su vida para siempre. Es tan relevante la condición en la que vive la infancia que, incluso, uno de los indicadores fundamentales para medir el Índice de Desarrollo Humano⁶ es el indicador de salud conocido como mortalidad infantil.

Hay que destacar que este grave deterioro de la calidad de vida de la población infantil, a la que se hizo referencia, se presenta en los países ricos que son quienes conforman la OCDE, por lo que cabe imaginarse el drama que afrontan los países que viven en condiciones paupérrimas. Entonces las desigualdades ya no se registran solamente entre las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, sino que al interior de cada país desarrollado se está generando un cinturón de miseria cada vez mayor, aumentando a los que podría denominarse como los excluidos y perdedores de la globalización. Estos grupos de gente pobre pasan entonces a engrosar el número de integrantes de lo que se ha denominado cuarto mundo.

En la tabla 1 se pueden observar las disparidades que existen en cuanto a la evolución de la tasa mortalidad infantil a escala mundial y continental para tener una idea de las posibilidades de sobrevivir que tiene un niño dependiendo del lugar en el que nazca, bien sea en el Norte desarrollado o en el Sur en vías de desarrollo:

⁶ El Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, los conocimientos y un nivel decente de vida. Por cuanto se trata de un índice compuesto, el IDH contiene tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional (alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinada) y el PIB real per cápita (PPA en dólares). El ingreso se considera en el IDH en representación de un nivel decente de vida y en reemplazo de todas las opciones humanas que no se reflejan en las otras dos dimensiones (ver PNUD Venezuela, 2005).

Tabla 1
Evolución de la tasa de mortalidad infantil a escala mundial y continental.
 (por 1.000 nacidos vivos)

Región geográfica	1990	2003	Evolución 1990-2003
Mundo	68,1	56,5	-17,0
África	144,6	93,6	-35,3
Asia	69,2	53,1	-23,3
Europa	14,0	9,2	-34,3
América Latina/El Caribe	42,9	25,6	-40,3
América del Norte	8,2	6,8	-17,1
Oceanía	33,5	28,4	-17,0

Fuente: ONU, World Population Prospects. The 2004 Revision Database

África es el peor continente en cuanto a mortalidad infantil con una elevadísima tasa de 93,6 x 1.000 nacidos vivos para el año 2003, en comparación con los mejores resultados que se observan en Europa con 9,2 x 1.000 nacidos vivos y América del Norte con 6,8 x 1.000 nacidos vivos durante el mismo período. América Latina y el Caribe aparecen en un rango que se puede denominar medio, con una mortalidad infantil de 25,6 x 1.000 nacidos vivos. Si comparamos los resultados obtenidos en 1990 con los de 2003, tanto a nivel mundial como en cada continente hubo mejoras significativas en la reducción de las tasas de mortalidad infantil, lo que jugaría de parte de la globalización en cuanto a su valoración, por presentarse durante su período de mayor profundización y consolidación.

Pero las desigualdades a nivel mundial también persisten en otros grupos expuestos a mayores riesgos, como lo son las inequidades de género que afrontan las mujeres. Con respecto a la salud, a pesar de los avances que en tecnología y procedimientos médicos se han registrado en las últimas décadas, las tasas de mortalidad materna en el mundo en desarrollo, son muy altas como consecuencia de la falta de

sistemas de protección adecuados. Según las cifras de la ONU 500.000 madres mueren anualmente al dar a luz, más del 98% en los países en desarrollo (ver Kliksberg, 2002).

En una corriente de ideas sombrías, similar a la anterior, Rojas expresa que la causa de la pobreza a nivel mundial es la globalización neoliberal, la cual es una creación de las empresas capitalistas multinacionales. Esta impone la flexibilidad laboral, da mayor poder a los empresarios; desestabiliza los sindicatos, utiliza frecuentemente la corrupción y desmonta el estado de bienestar. Además, “limita la soberanía de las naciones, fomenta el pensamiento único que imponen desde los medios de comunicación masivos, y aspira a la homogeneidad cultural, todo en un escenario de dirección unipolar, con un gran caudillo, los Estados Unidos” (Rojas, 2003, p. 253).

En cuanto a las empresas multinacionales, las mismas concentran cada vez más un poderío económico mucho mayor. El capitalismo en la era de la globalización económica parece haber pasado a una etapa de reforzamiento incontenible de los monopolios, afectando duramente la competencia y por tanto perjudicando a los consumidores. Prueba de ello lo son las multinacionales farmacéuticas. Si bien “existen alrededor de 3.000 fabricantes de productos farmacéuticos en el mundo, los 10 primeros suponían en el año 2000 un 48 por ciento del mercado (los 15 primeros son un 58 por ciento)” (Pharmaceutical Executive, 2001, p. 29) tal y como se aprecia en la tabla 2. En los últimos años se ha producido un importante fenómeno de monopolización en el área farmacéutica debido a una avalancha de fusiones y adquisiciones en la industria. La cuota de mercado de las 10 primeras empresas en 1990 era tan solo de un 28 por ciento.

Se pasa ahora a analizar de qué manera la globalización económica ha propiciado una nueva división internacional del trabajo. Los países industrializados de ingresos elevados contratan cada vez más la fabricación de productos de bajo valor añadido (como calzado, la ropa y los juguetes) y la introducción de procesos de escaso valor añadido (como el montaje electrónico) con los países más pobres, donde la mano de obra es barata y las condiciones de trabajo están escasamente reglamentadas. Los países menos desarrollados, con unos mercados nacionales reducidos, intentan generar riqueza

exportando productos de la industria ligera al mundo desarrollado, donde el bajo precio de esos productos ayuda a mantener baja la inflación (adaptado de McMichael, 2001, p. 58).

Tabla 2
Compañías farmacéutica en ventas a nivel mundial, año 2000
 (millones de \$ EE.UU.)

Empresa multinacional	Ventas
1. Glaxo Smith Klime	23.450
2. Pfizer	22.570
3. Merck	20.200
4. Astra Zeneca	15.700
5. Aventis	15.050
6. Bristol Myers Scuibb	14.400
7. Johnson & Jonson	11.950
8. Pharmacia	10.800
9. Novartis	10.700
10. Eli Lilly	10.180
11. American Home Products	10.000
12. Roche	8.410
13. Schering Plough	8.300
14. Takeda	7.730
15. Bayer	5.510

Fuente: Pharmaceutical Executive. abril de 2001

Estas prácticas, según McMichael (2001, p. 58-59), tienen dos consecuencias fundamentales para las sociedades en vías de desarrollo. En primer lugar, las fuerzas económicas supranacionales amplían la estratificación social y la brecha entre los que más tienen y los más desposeídos. La población que trabaja en sectores más incipientes, como por ejemplo el turismo, tiene la posibilidad de prosperar, en tanto que quienes lo hacen en las manufacturas destinadas a la exportación perciben salarios de subsistencia, y los que permanecen en sectores que no se han incorporado a la economía global (por ejemplo, muchos trabajadores rurales) experimentan dificultades. Así, muchas

comunidades rurales resultan marginadas, tanto a escala mundial como nacional, y ello desencadena inevitablemente una espiral de degradación ambiental, aumento de la pobreza, inseguridad alimentaria, retraso del crecimiento de los niños y mayores riesgos para la salud derivados de las enfermedades infecciosas.

En segundo lugar, el descenso de los precios de los productos básicos y los bajos precios pagados por los productos manufacturados con bajo valor añadido en un mercado mundial competitivo, donde ya no cuentan las lealtades comerciales, pueden reducir a los países exportadores a una situación de pauperización permanente. Esta es una situación dramática teniendo en cuenta que la pobreza es en la actualidad la gran asesina de la humanidad. La aparición de suburbios, cinturones de miseria y barrios de chabolas en las ciudades del mundo en desarrollo y en sus proximidades, refleja la persistente y creciente desigualdad económica existente en el mundo.

2.3. La ideología neoliberal, el globalismo y la respuesta anti-globalización.

Si bien es innegable que la globalización posee una vertiente económica, esta no es la única y, en ocasiones, ni siquiera la determinante. El énfasis desmesurado en lo económico para explicar el mundo que nos rodea, tiene su base en la fuerza más ideológica que científica del pensamiento neoliberal, que propugna la reducción del Estado a su mínima expresión y el predominio del libre mercado como modelo económico. Esta corriente ideológica, que cuenta entre sus más célebres representantes a Friedrich Von Hayek, Ludwig Von Mises y el premio Nóbel de economía Milton Friedman, plantea que “las libertades políticas, morales y económicas, los tres núcleos del liberalismo, están inextricable y orgánicamente unidos; que estas libertades son interdependientes” (Macridis y Hulliung, 1998, p. 86). Entre estas tres libertades la principal sería la económica, puesto que a través de la intervención del Estado en la planificación y control de la economía, se estarían sentando las bases para alcanzar un control político que disminuiría los derechos individuales y morales de las personas.

El neoliberalismo tuvo gran influencia durante los años 70 y 80 del siglo XX, sobre todo a partir de la crisis del Estado de Bienestar en el año 1973, con la crisis fiscal que fue impulsada en gran parte por la problemática de los energéticos. Pero el aspecto que lo consolidó como una ideología fuerte, fue su antítesis socialista de la ya fenecida Unión Soviética, que profesaba y practicaba el credo de la planificación y control de la economía por parte del Estado.

Caído el Muro de Berlín y desmembrado el poder soviético en los años 1990, la doctrina comunista se esfumó, efervesciendo el neoliberalismo como el gran triunfador. De manera tal que, no podía menos que cobrar una gran potencia el argumento relacionado con la eficiencia de una economía de libre mercado, con la supremacía de la libre empresa y la competencia, donde las decisiones económicas se toman en el lugar donde concurren compradores y vendedores en igualdad de condiciones.

La globalización neoliberal puede entenderse como una nueva etapa en la historia de la dominación humana, correspondiente a un nuevo proceso de colonización a través del cual una nueva clase dominante -cuya característica es ser transnacional- controla a la clase trabajadora de todas las naciones. Los instrumentos de dominación son las compañías transnacionales y las organizaciones internacionales, en particular, el Fondo Monetario Internacional (FMI), El Banco Mundial (BM), y más recientemente la Organización Mundial del Comercio (OMC) (ver Ugalde y Homedes, 2002).

La clase dominante transnacional sería aquel conjunto de personas que reside tanto en países ricos como en países pobres que ocupan las posiciones de poder más altas en las compañías transnacionales o que controlan un cierto porcentaje de las acciones de dichas compañías, los grandes terratenientes, y aquellas personas que son dueños de grandes empresas nacionales. “Aunque pertenezcan a culturas muy diferentes, los miembros de esta clase dominante se sienten culturalmente afines, tienen los mismos valores, y se comunican más fácilmente entre ellos que con los trabajadores y los pobres de sus propios países” (Ugalde y Homedes, 2002). Entonces, los valores de la nueva

sociedad global serían un vínculo de cohesión social que supera las diferencias culturales que separa a dichas clases a nivel internacional.

La políticas de corte neoliberal impulsadas por el proceso de globalización económica, tienen como referente programático las llamadas tres “D”, esto es, disminución del déficit público, o sea, los gastos sociales que eran el núcleo del Estado de Bienestar; la desregulación laboral, que implica la flexibilización de contratos y salarios desprotegiendo a los trabajadores; y la deslocalización de capitales, que emigran hacia las zonas en las que existen mejores condiciones tales como desregulación en la protección ambiental y una menor carga fiscal. Se trata de los llamados capitales golondrinas, dando paso a crisis fiscales que repercuten en las economías y trae como consecuencia crisis sociales de envergadura, viéndose afectado por ello el sector salud debido al aumento de las divisas para adquirir el equipo y material médico necesario para la funcionalidad eficaz del sistema sanitario de un país.

Según Barona, las consecuencias de esta ideología neoliberal en los servicios públicos y particularmente en la sanidad, ha sido devastadora, presentándose “recortes en el gasto, eliminación de programas estructurales y su sustitución por otros focalizados hacia grupos concretos o tan sólo en períodos de tiempo determinados, limitación del acceso a las prestaciones y privatización de los servicios” (Barona, 2000, p. 32).

De manera tal que la salud pública como disciplina teórico práctica se enfrenta ante un fenómeno casi universal, que resulta de la aceptación global de un modelo económico basado en el capital, el interés y la renta. Lo alarmante de esta situación sería la pauperización de las poblaciones y conjuntamente con el descenso de clase social de un gran número de personas (ver Rico Velazco, pp. 11-12, 2000).

Estas recetas y principios económicos fueron aplicados con mucho vigor en los gobiernos de Thatcher en el Reino Unido y Reagan en los EEUU. Como medida precisa en cuanto a la aplicación del neoliberalismo, figura el hecho de que durante los años 1980, la política aislacionista de la administración de Reagan “golpeó con ira la agenda

de la OMS y otras agencias de la ONU, y condujo a EEUU a suspender su contribución para la OMS y las naciones Unidas como un todo” (Briggs y Mantini-Briggs, 2004, p. 382).

En la aplicación de esta política internacional norteamericana jugaron un papel fundamental la difusión del pensamiento conservador de organizaciones como la *Heritage Foundation*, cuyas estrategias y líneas de acción estaban claramente enfrentadas al activismo político desplegado a partir de los años 1970 por la OMS, que proponía el lema de “Salud para todos en el año 2000”⁷, como un meta política a alcanzar, denunciando de esta forma los vínculos entre la pobreza y el proceso salud-enfermedad. Ante esta visión social del proceso-salud enfermedad, que denunciaba la existencia de un sistema cada vez más inequitativo e injusto, los neoliberales respondían proclamando la eficacia de la tecnología biomédica para solucionar los problemas de salud, soslayando concientemente los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

A partir de aquí este modelo se convirtió en el credo de las instituciones financieras internacionales como lo son el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). En Venezuela este conjunto de políticas neoliberales comenzó a aplicarse con el “gran viraje” de Carlos Andrés Pérez II (1989-1992), para luego profundizarse con el gobierno de Caldera II (1993-1998) (ver Hidalgo, 2002, pp. 84-102; ver Lander, 2000, pp. 91-118).

Para resolver las severas recesiones económicas que enfrentaban los países de América Latina en los años ochenta, el FMI y el BM exigieron ajustes estructurales que incluían recortes profundos de los servicios sociales públicos. Al mismo tiempo, las

⁷ La Declaración de Alma-Ata (1978) de Salud para todos en el año 2000, proclamó la salud como un derecho humano fundamental, reconoció la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y en vías de desarrollo, apelo al desarrollo económico y social en nuevo orden internacional, estableció la participación comunitaria en los procesos de prestación de servicios de salud como un derecho y un deber de los ciudadanos y las colectividades, al tiempo que definió la estrategia de la atención primaria como el mecanismo para llegar más efectivamente a la gente con servicios de salud.

crisis económicas de la década de 1980 pusieron de manifiesto, tal vez de forma más clara que nunca, que las condiciones de salud en América Latina estaban por debajo de lo que se podría esperar dado el nivel de desarrollo socio-económico de la región y la magnitud del gasto en salud.

Los ajustes estructurales redujeron el gasto en salud lo que llevó a un deterioro aun mayor de los servicios de atención médica, y disminuyó la inversión en salud pública, en prevención, y promoción de la salud. Concomitantemente, se fueron deteriorando la capacidad administrativa y los programas de formación y capacitación del personal. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1994, p. 39) atribuyó el deterioro de los servicios públicos de salud y el empeoramiento de la salud a los recortes presupuestarios exigidos por los ajustes estructurales. Para la CEPAL las políticas neoliberales fueron responsables del colapso del sector sanitario y obligaron a los ciudadanos a acudir al sector privado para recibir servicios de calidad

Esta claro entonces el hecho de que otras dimensiones de la vida humana, fueron subordinadas a los valores economicistas de la eficacia y la eficiencia. Sin embargo, el neoliberalismo también demostró ser una utopía más, al igual que la mano invisible de Adam Smith. Prueba de ello es el alto costo social que el paquete neoliberal significó, sobre todo en las sociedades en vías de desarrollo.

Así pues, la variable económica de la globalización tiene una fuerte carga ideológica, defendida y patrocinada por los grandes grupos económicos y las empresas multinacionales a nivel global.

En opinión de Beck (1998, p. 27), este aspecto economicista de la globalización se denomina globalismo, siendo un aspecto más bien ideológico que proclama al mercado libre y al neoliberalismo como predominantes en el mundo, presagiando su extensión generalizada en todos los rincones del planeta. Esta ideología es profesada generalmente desde el Norte, por parte de los Estados desarrollados a través de las grandes compañías multinacionales y organizaciones económicas y comerciales como la

Organización Mundial del Comercio (OMC) y la OCDE. Esta es una visión privilegiada por los escépticos, quienes consideran a la globalización como una “ideología propagada por los librecambistas que quieren dismantelar los sistemas de bienestar y recortar los gastos estatales” (Giddens, 2000, p. 21).

Al fenómeno anterior, grupos académicos como el Foro Internacional sobre Globalización (FIG) lo han denominado globalización corporativa. Se trata de una reacción de un grupo de intelectuales que defiende un proceso de globalización más justo e inclusivo. Para ello han propuesto varias alternativas, las cuales buscan apoyar las iniciativas de los movimientos sociales antiglobalización corporativa. Incluso, proceden a atacar abiertamente a estos globalistas corporativos al desenmascarar su posición ideológica, acusándolos de que “consideran que el proceso está al alcance por doquier, porque desde su ventajosa posición entienden que el impulso por privatizar bienes públicos y liberar al mercado de las interferencias del Estado extiende la libertad y la prosperidad por todo el mundo, mejorando así la vida de la personas en todas partes y creando la riqueza económica y material necesaria para acabar con la pobreza y proteger el medio ambiente” (FIG, 2003, p. 17).

Los grupos y movimientos sociales antiglobalización corporativa o neoliberal están, paradójicamente, globalizados. De manera tal que:

“todos los "adversarios de la globalización" no sólo comparten con sus "adversarios" los medios globales de comunicación, ampliando de ese modo las posibilidades de aplicar esos medios a los fines de los movimientos transnacionales de protesta y las posibilidades organizativas de tales movimientos. También operan sobre la base de los mercados globales, la división global del trabajo y los derechos globales. Sólo esto hace factible su omnipresencia actual y potencial, que trasciende cualquier frontera. Sin dichos recursos sencillamente el G-8 y los países de la OCDE impondrían sin ningún tipo de obstáculos sus intereses, inclinando a la globalización hacia el lado de la balanza que más les favorece” (Beck, 2002).

Las manifestaciones de los grupos antiglobalización corporativa le achacan al fenómeno los males de la inequidad e injusticia en la repartición de las riquezas a nivel mundial. Prueba de ello son las fuertes protestas que cada enero se presentan durante la realización del Foro Económico Mundial (FEM) celebrado en años sucesivos en Nueva York, Québec y Davos, dónde se dan cita los directores y ejecutivos corporativos más poderosos del mundo, pues existe descontento e incredulidad por el hecho de que se pueda considerar a la globalización como una suerte de panacea o remedio universal para solucionar los males del mundo (ver Neira, Diario Frontera, 25-02-2005, 8A). La respuesta al Foro Económico Mundial ha sido el Foro Social Mundial (FSM), con su sede en la ciudad brasileña de Porto Alegre. Se trata de un evento creado por organizaciones ciudadanas y apoyadas también por diversos Estados, con el objetivo de mostrar que otro mundo es posible (ver Gudynas y Scagliola, 2002, p. 4-10).

Esta confrontación entre el FEM y el FSM es una de las manifestaciones más palpables de los dos escenarios que presenta la globalización: “la globalización desde arriba”, patrocinada por los mencionados globalistas corporativos o neoliberales, y la “globalización desde abajo”, formulada y defendida por “los movimientos sociales transnacionales y asociaciones ciudadanas, facilitando el crecimiento de una sociedad civil global” (Falk, 1995, pp. 86-87, citado en Kirby, 1999, p. 4).

De manera que la globalización engendra su propia oposición, variopinta e increíblemente contradictoria: “anarquistas, sindicalistas, neonacionalistas, ecologistas, parados, incendiarios de centros de refugiados, pequeños empresarios, profesores, sacerdotes, obispos católicos, el Papa, comunistas, fascistas, feministas, ultraortodoxos y fundamentalistas islámicos” (Beck, 2002). En lo que coinciden todos los grupos, algunos bien definidos y otros un tanto difusos, es que actúan según el lema que reza que “a la globalización hay que combatirla con globalización”.

Esta confrontación entre los movimientos globalización y antiglobalización no debe ser interpretada como una lucha entre el bien y el mal, pues esto sería un planteamiento muy limitado. Los grupos antiglobalización no son simplemente los

abanderados de la justicia y la equidad en el mundo, sino que vendrían a ser “adversarios de los defensores de la globalización que pretenden imponer otras normas globales en el espacio de poder global, frente a otros adversarios de los defensores de la globalización” (Beck, 2002).

La globalización presenta dos caras de una misma moneda: globalización desde arriba y globalización desde abajo. Las dos caras representan una forma particular de percibir el fenómeno, acentuándose y definiéndose el modo en el que se aprecia el mismo dependiendo de la óptica del observador, en el caso de los debates académicos, pero también en la forma en la que se vive en la realidad. Así pues, las personas pueden vivir la globalización de manera privilegiada, sacando provecho del crecimiento económico y de los beneficios que éste implica. Pero también está la parte dramática de los perdedores y los excluidos del proceso; quienes ubicados al margen sufren las penurias de ver como su calidad de vida se deteriora, empeorando por lo tanto la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas de acceso a los servicios de salud para tener una vida digna y saludable.

El panorama anterior esboza una situación conflictiva de lucha de intereses que demuestra el carácter político de la globalización, evidenciándose la pertinencia de estudiar el proceso desde la dimensión política, pues la salud es un bien escaso en cualquier sociedad, trayendo como consecuencia problemas que precisan ser resueltos mediante la política.

CAPÍTULO 3

GLOBALIZACIÓN POLÍTICA Y PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.

“... Una situación paradójica, casi grotesca ¿De qué otra manera se puede definir una situación en la cual la misma forma de Estado, y obsérvese que se trata de la forma de Estado que se ha venido aplicando en la mayoría de los países democráticos, es condenada como capitalista por los marxistas viejos y nuevos, y como socialista por lo viejos y nuevos liberales? Los casos son dos: o estas categorías –capitalismo, socialismo, etc.- se han desgastado tanto que no pueden ser usadas sin crear confusión, o bien la doble crítica sólo aparentemente es contradictoria, porque de hecho el Estado benefactor fue (y supongo que será acaso durante mucho tiempo) una solución concertada, que como todas las soluciones acordadas se presta a ser refutada por las partes”

Norberto Bobbio, 1984

“La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala”

Rudolph Virchow, 1849

3.1. Cambios en las políticas sanitarias a nivel global.

Es importante, desde el punto de vista teórico, no caer en simplismos o reduccionismos que hagan creer que el conflicto generado con respecto a la globalización y que forja los dos escenarios de la globalización desde arriba y la globalización desde abajo, se centra esencialmente en una discusión sobre el modelo económico.

Existen percepciones y visiones académicas que ven a la globalización más allá del plano exclusivamente economicista. Esta situación se basa en el hecho de que “las redes económicas causan interdependencias sociales y ecológicas que se traducen en reacciones políticas, lo que a su vez desencadena nuevos procesos sociales y económicos que trascienden fronteras” (Messner, 2001, p. 49).

Castells señala que la globalización es un proceso multidimensional, no solo económico. Sin embargo manifiesta que su expresión más determinante es la interdependencia global de los mercados financieros, permitida por las nuevas tecnologías de información y comunicación y favorecida por la desregulación y liberalización de dichos mercados (ver Castells, 2001).

No es conveniente entonces olvidar la política, puesto que, en tanto la homogeneización es una de las características centrales de la globalización, “la cuestión del poder es una problemática secundaria para el pensamiento dominante. Siendo la globalización un desarrollo del esquema de la competencia pura y perfecta, su límite esencial consiste en su incapacidad para explicar los procesos asociados a la dominación social” (Omelas, 2002, p. 51). Por ello es que en el FSM ha surgido la necesidad de abordar temas tales como la crisis de la política, la situación de los partidos políticos, la democracia representativa y el surgimiento de la ciudadanía global en el marco de una sociedad civil global.

La importancia de la política es trascendental en la conformación de un determinado sistema de salud. Esta es una relación histórica que se puede constatar al

estudiar la configuración de los modernos sistemas sanitarios a nivel mundial. Los grupos de presión, los movimientos sociales y los partidos políticos han tenido una gran influencia sobre la formulación de las políticas de salud por parte del Estado, así como la respectiva configuración y conflicto entre las clases sociales.

De esta manera, la salud pasó de ser un aspecto privado del cual cada quién respondía en la medida de sus posibilidades o en otros casos dependía de la caridad, a ser considerado como un derecho social, entendido éste como el derecho que asegura a la ciudadanía la distribución justa de los recursos y beneficios sociales. Todo este asunto de reconocimiento de los derechos se llevó a cabo a través de procesos de comunicación y conflictos sociales que provocaron un extenso y complejo proceso de discusión sobre normas pretendidamente vinculantes para el Estado que acabaron incorporándose al conjunto de sus leyes fundamentales (CF. Riutort, 2001, p. 69).

En la Europa de los siglos XIX y XX, por ejemplo, “la clase trabajadora y el movimiento obrero influyeron enormemente en la consecución del Estado de Bienestar y en los programas nacionales de salud” (Navarro, 1998, p. 851).

En tal sentido, a finales del siglo XIX en Alemania, Bismarck se vio obligado a implantar el Seguro Obligatorio de Enfermedad y promulgar el primer estatuto del Seguro de Salud en 1888, ante la amenaza que enfrentaron las fuerzas conservadoras y socialcristianas debido al auge de la clase trabajadora, organizada en el partido socialdemócrata y el temor originado por la toma del poder por parte de los trabajadores en la comuna de París en 1871.

Por otra parte, en Gran Bretaña desde 1948, con motivo de la llegada al poder del Partido Laborista, se implantó el Servicio Nacional de Salud, financiado por impuestos generales, de cobertura universal, abarcador de todos los niveles de atención en salud y prácticamente gratuito (ver Campos et al., 1998, p. 826).

Estos hechos históricos dan pie para inferir que los movimientos sociales globales creados como antítesis del globalismo o globalización corporativa, tienen la posibilidad de generar un impacto relevante en los sistemas de salud a nivel global.

Es pertinente entonces analizar cómo la globalización corporativa ha introducido una serie de cambios en las políticas sanitarias a nivel global. Uno de los cambios más trascendentales sería la entrada de nuevos actores en la formulación de las políticas sanitarias a nivel global, aunado a la pérdida de poder de las viejas estructuras de los Estados nacionales, tradicionalmente encargados de formular dichas políticas sanitarias (Cf. Ollila, 2005).

En el escenario global, a partir de la década de 1990, las instituciones de la ONU relacionadas con la prestación de salud, comenzaron a incrementar sus actividades referidas a las políticas sanitarias conjuntamente con diversas empresas privadas, lo que significó un aumento de la influencia del sector privado en dichas actividades y en la propia ONU (ver Buse y Walt, 2000, p. 183). De lo que se trataba era de crear alianzas entre los sectores público y privado para el desarrollo sanitario, entendiendo alianzas en el sector salud como “un medio para reunir a un conjunto de actores en pos de la meta común de mejorar la salud de las poblaciones sobre la base de funciones y principios acordados mutuamente” (OMS, 1999, citado en Buse y Walt, 2000, p. 184).

Este cambio se explica por dos factores principales. En primer lugar tendríamos la disminución del aporte financiero de los países de la OCDE a la ONU, situación que se agudizó a partir de la década de 1990 y, en segundo lugar, el temor de la ONU a ser marginada en el caso de no aumentar su colaboración con los diversos intereses corporativos (Cf. Ollila, 2005).

Por otra parte, los movimientos sociales también han tenido una participación activa en la formación de la política sanitaria a nivel global, tal y como sucedió principalmente con los movimientos feministas, quienes tuvieron una participación

laboriosa en la Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo⁸ celebrada en 1992 en Río de Janeiro y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. Más recientemente, las ONG vinculadas con la salud pública han jugado un papel relevante en materias tales como la regulación de medicamentos y los derechos de los pacientes con VIH-SIDA (Cf. Ollila, 2005).

En lo que al aspecto de los medicamentos se refiere, en el XVI Festival Mundial de la Juventud y los Estudiantes celebrado en agosto de 2005 en Caracas, el representante de Zimbabwe Endon Guci, argumentó que “la mayoría de fármacos se fabrica en India y China, pero se trasladan a Estados Unidos o Europa, desde donde son despachadas a las naciones sudamericanas...es indispensable romper con esa ruta de comercialización para dejar a un lado la dependencia de las industrias farmacéuticas capitalistas” (El Nacional, 14-08-2004, p. B-15). Aunque el mencionado Festival pueda ser calificado como anacrónico como consecuencia de su otrora patrocinio soviético, no cabe duda de que se erigió como una tribuna crítica ante los efectos del modelo capitalista en el área de la salud, llamando la atención sobre la necesidad perentoria de que los países en vías de desarrollo creen estructuras propias para producir medicinas.

Otros nuevos actores en el área de las políticas sanitarias globales, fruto de la alianza de numerosas organizaciones tanto públicas como privadas son: la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI por sus iniciales en inglés)⁹, el Fondo Global de Lucha Contra el VIH-SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM por sus

⁸ De la Conferencia de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, se desarrolló el documento conocido como la Agenda 21, el cual consistía en un plan programático para lograr llevar a cabo el desarrollo sustentable. El capítulo 6 de la Agenda 21 está referido a la protección y fomento de la salud humana y se abordan temas globales tales como la atención primaria en salud, sobre todo en las zonas rurales; la lucha contra las enfermedades transmisibles; la protección de los grupos de riesgo o vulnerables; la solución del problema de la salubridad humana y; la reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales.

⁹ La dirección de GAVI aprueba programas basados en un conjunto de criterios concretos: los países deben tener un producto nacional bruto per cápita inferior a 1000 dólares; una cobertura actual de vacunas contra la difteria, la pertusis (tos ferina) y el tétanos (vacuna triple) superior al 50%; un comité de coordinación interinstitucional en funcionamiento, un plan de inmunización para varios años y un plan de seguridad de las inyecciones.

iniciales en inglés), y la Alianza Global para una Nutrición Mejorada (GAIN por sus siglas en inglés). Además de estas iniciativas, también han aparecido actores netamente privados, con contribuciones importantes en recursos en el área de la salud, tal y como lo es la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF por sus iniciales en inglés) con su respectivo Programa de Salud Global, el cual “es significativo no sólo en su tamaño sino en torno a la política de salud” (Ollila, 2005).

Teniendo en cuenta los cambios en el ajedrez mundial, cabe no sólo preguntarse cuáles son las vicisitudes que se están afrontando en el área del proceso salud-enfermedad. Los problemas están allí sobre el tapete, sólo que no son tan perceptibles, porque sencillamente los Estados nacionales y las demás instituciones políticas y sociales, fueron estructuradas y reproducidas para funcionar bajo una realidad distinta a la actual (ver Alcántara, 2002, p. 11-12).

Ante tales circunstancias, se puede afirmar que estamos afrontando una verdadera crisis, no sólo del Estado-Nación en cuanto su estructura y funciones, sino del orden global y de la vida individual. Y es que el control, la estabilidad y el equilibrio no tienen por qué ser consideradas como las reglas después del fin del sistema bipolar de la Guerra Fría. Muy por el contrario, se trata de una época de redefiniciones y nuevos significados, que implica el resurgimiento de viejos temores o el nacimiento de otros totalmente desconocidos. Las instituciones y los individuos están sometidos y tienen que adaptarse a este escenario de cambio social donde se plantea un nuevo desorden mundial (CF. Bauman, 2003, p. 70).

En base a este compromiso de adaptación, y haciendo referencia específicamente al Estado moderno, se tiene que éste tiene que sufrir una metamorfosis tal y como lo haría una víbora que “abandona la piel de sus tareas clásicas y desarrolla una nueva piel de tareas globales” (Beck, 1999, p. 57).

3.2. Neoliberalismo versus Estado de Bienestar.

Los objetivos de la globalización corporativa, como la búsqueda de eficiencia y el incremento de la producción y la productividad, no se relacionan necesariamente con aspectos tales como el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza, dos cometidos fundamentales de los Estados en la actualidad. Se dice de los Estados en general, bien sea en países desarrollados o en vías de desarrollo, por el hecho de que la pobreza es un problema global que está presente en cualquier país del mundo.

Para corroborar lo anteriormente señalado en relación a la globalización corporativa se tiene que la investigación de nuevos medicamentos, por ejemplo, está más influida por intereses comerciales que por el interés en la salud pública (ver Lobo, 1997, p. 35). Para hacerse una idea de la lógica del negocio de los medicamentos en el capitalismo global, es preciso señalar que los nuevos productos farmacéuticos favorecen mayormente a las clases pudientes y con mayores ingresos de una sociedad determinada. El mercado se ha consolidado como fin y medio, ofreciendo un cuadro de riqueza y poder concentrados, el interés de lucro lo toma inmanejable, atenta contra la ética y los derechos humanos, sin garantizar los servicios sociales y el acceso a nuevas tecnologías a los sectores de la población que no pueden pagar.

De manera tal que el mercado puede ser bueno para lograr eficiencia, pero no para crear equidad. Esa es una de las promesas incumplidas de la utopía del liberalismo económico y del neoliberalismo posterior. Desde una perspectiva crítica formulada por la teoría económica del socialismo se afirma que, “dejado a sus propias dinámicas, el capitalismo es económicamente ineficiente, socialmente divisivo e incapaz de reproducirse a largo plazo” (Giddens, 1999, p. 13-14).

Sin gobiernos soberanos, sin reglas y sin instituciones autónomas, al mercado se le presentan y se le presentarán muchas dificultades para dar a los estratos pobres lo que realmente necesitan. Y aún hay quienes cuestionan las funciones y atribuciones de los Estados en la vida económica y social de las naciones, como en efecto lo hacen los

neoliberales. En este punto viene a colación la clásica discusión que en el pensamiento político se da en torno a la contraposición entre Estado máximo y Estado mínimo (ver Bobbio, 1999, p. 21-26).

El tamaño del Estado estaría determinado de acuerdo al número de funciones que legítima y legalmente cumple. La discusión contemporánea en torno a la cantidad de funciones y atribuciones desempeñadas por el Estado era la que se daba entre el socialismo y el liberalismo. Una vez fenecido el socialismo el debate pasó a desarrollarse entre las opciones del Estado neoliberal y del Estado asistencialista o Estado de Bienestar, adoptando el primero una preferencia por la tesis del Estado mínimo y el segundo por un Estado regulador e interventor. Según Giddens, teniendo como punto de referencia a Gran Bretaña pero con argumentos de mayor alcance con respecto a otros países, la dicotomía se da entre la socialdemocracia o vieja izquierda y el neoliberalismo o nueva derecha como se observa en la tabla 3.

El modelo de Estado neoliberal surgió como respuesta a la crisis del Estado de Bienestar, planteándose como una alternativa a aplicar en el mundo occidental con gran vigor a partir de la década de 1980.

Tabla 3
Socialdemocracia y Neoliberalismo

Socialdemocracia Clásica	Neoliberalismo
• Fuerte intervención del Estado en la vida social y económica	• Gobierno mínimo
• El Estado predomina sobre la sociedad civil	• Sociedad civil autónoma
• Colectivismo	• Fundamentalismo de mercado
• Economía keynesiana de demanda, más corporativismo	• Autoritarismo moral, individualismo económico
• Papel restringido de los mercados: economía mixta o social	• El mercado de trabajo se desregula como ningún otro
• Fuerte igualitarismo	• Nacionalismo tradicional
• Estado de bienestar de gran extensión que protege a los ciudadanos “desde la cuna hasta la tumba”	• Estado de bienestar con red de seguridad
• Internacionalismo	• Teoría realista del orden internacional
• Pleno empleo	• Aceptación de la desigualdad
• Débil conciencia ecológica	• Débil conciencia ecológica
• Pertenece al mundo bipolar	• Pertenece al mundo bipolar

Fuente: Giddens, 1999, p. 18

El Estado de bienestar fue fruto de reivindicaciones y de una revisión del liberalismo democrático que acentuaba la igualdad fundamentalmente con respecto a los derechos políticos. La crítica se sustentó en el hecho de que “en tanto existieran las desigualdades económicas y sociales, ni siquiera la efectiva igualdad política lograda por el pensamiento democrático sería suficiente para alcanzar órdenes político-sociales racionales y justos” (Cotarelo, p. 22), motivo por el cual se hacía inaplazable la formulación de los derechos sociales como programa de gobierno y su posterior institucionalización. Se trataba de la intervención directa del Estado en el proceso productivo y, principalmente, en el distributivo, con el propósito de garantizar una redistribución más equitativa de la renta.

Con el Estado de bienestar se intentó buscar un modelo que tuviera sensibilidad social. A partir de esta situación, cobró fuerza y vigor el principio de la igualdad, que resultaba incompatible con el mercado autorregulado, proponiendo que el Estado debe asumir la carga de eliminar todos los obstáculos que objetivamente impiden a los ciudadanos menos pudientes gozar de los derechos políticos y sociales formalmente reconocidos, permitiendo el paso de un capitalismo individualista a uno organizado.

Para que un modelo como el anterior fuera exitoso era imprescindible que generara riqueza. En teoría, según Keynes, la misma surgiría como resultado de la aplicación de una economía de consumo, produciendo la génesis “de una sociedad opulenta con extraordinarias capacidades productivas, las cuales hacen posible que el Estado pueda destinar una cuota considerable del rédito nacional a fines sociales” (Pellicani, 1988, p. 112).

Los principales objetivos del Estado de bienestar giraban en torno a “crear una sociedad más igual, pero también proteger a los individuos durante el ciclo vital” (Giddens, 1999, p. 20), buscando como fin la posibilidad de potenciar las capacidades de cada quien. El término hace referencia a un Estado que se ocupa de construir redes de seguridad social, protección y ayuda –a través de la ley y de la administración- para los diversos sectores sociales, pero particularmente para aquellos que son más débiles, como los ancianos, los enfermos, los niños, etc., a través de servicios de educación y salud gratuitos, pensiones, seguro de desempleo y otros mecanismos similares.

Cabría preguntarse entonces ¿Qué relación existe entre el Estado de Bienestar y la globalización? Da la impresión de que la globalización desde abajo presiona por una reformulación del Estado de Bienestar en el cual se asuman con renovado vigor la aplicación de políticas sociales. Esta situación está presente en la agenda de discusión de numerosos foros, encuentros y reuniones a nivel internacional, como es el caso del FSM.

Una de las manifestaciones más reveladoras de la necesidad de una acción conjunta para resolver problemas que aquejan a la humanidad en su totalidad es la

Declaración del Milenio, suscrita en el año 2000 por 189 países en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Esta es una prueba de cómo los gobiernos, los organismos de ayuda internacional y la sociedad civil de todo el mundo están actuando de manera conjunta en la consecución de objetivos a nivel mundial relacionados con la disminución de la pobreza extrema (objetivo 1), la consecución de una educación primaria universal (objetivo 2), lograr la equidad de género y la autonomía de la mujer (objetivo 3), reducir las tasas de mortalidad infantil (objetivo 4) y mortalidad materna (objetivo 5), combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades (objetivo 6), garantizar la sostenibilidad ambiental y fomentar una asociación mundial para el desarrollo (ver Informe Sobre Desarrollo Humano, 2003, p. 1-2).

De los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, tres están directamente relacionados con la salud, específicamente los objetivos 4, 5 y 6. El papel de los Estados nacionales a través de sus gobiernos y líderes políticos es fundamental para alcanzar las metas del milenio en el área de la salud, por lo que necesariamente se necesitan Estados planificadores e interventores en el área social. Esto no connota el regreso al modelo paternalista e intervencionista clásico propuesto por Keynes, sino un nuevo modelo en el que se les asignen responsabilidades a los ciudadanos para potenciar la participación de la comunidad en la resolución de los problemas que la aquejan. Un reforzamiento de la sociedad civil es necesario al respecto.

La difusión del modelo neoliberal, como ya se ha señalado, se maximizó con el fin del socialismo soviético originándose entonces una gran difusión ideológica a nivel global, la cual profesaba el triunfo del capitalismo y el fin de la política. A esta ideología neoliberal se adhirieron fervientemente quienes defienden la visión proveniente del Norte referente a la globalización corporativa.

Una de las críticas que se le formula al modelo de Estado neoliberal divulgado por la globalización corporativa es el hecho de que “debido a la difusión ilimitada e irrefrenable de las normas de libre comercio y, sobre todo, al movimiento sin trabas del capital y las finanzas, la ‘economía’ se libera progresivamente de todo control político;

en verdad, el significado principal del término 'economía' es 'el área de lo no político'"(Bauman, 2003, p. 89-90). Esto significa que el Estado quedaría apartado, imposibilitado e incapacitado para regular y controlar el campo económico.

En cuanto al debilitamiento del Estado motivado al avance de la globalización neoliberal, Flores y Mariña señalan que:

“El creciente abandono del Estado de sus funciones sociales y la transferencia parcial de sus responsabilidades tradicionales a manos privadas tiene como uno de sus objetivos mistificar las capacidades y funciones del mercado. El argumento ideológico que justifica ese abandono es que las acciones del Estado aunque tengan objetivos válidos desde un punto de vista de justicia social, son necesariamente ineficientes y limitantes de las libertades individuales (Flores y Mariña, 1999, p. 282).

Ante la anterior reducción y disipación de los roles del Estado en el ámbito económico ¿Quién o quienes serían entonces los encargados de controlar dichas actividades? Para los teóricos neoliberales sin lugar a dudas que estas actividades se limitarían a ser llevadas a cabo en la esfera privada por los particulares quienes concurrirían en igualdad de condiciones al mercado, regidos por la ley de la oferta y la demanda. Se trataría de un sistema que exaltaría y acaso garantizaría la libertad maximizada en el individualismo económico. Dichos planteamientos tienen un peso ideológico significativo, pues se estaría esbozando que con la extensión del modelo neoliberal a nivel global, habrán más oportunidades para generar mayores riquezas a sectores de la población que antes figuraban como excluidos.

Sin embargo, los principales actores en un mundo neoliberal son y serían las grandes empresas multinacionales que controlan las finanzas, el comercio y la industria informática global y se extienden a lo largo y ancho del mundo penetrando las cada vez más débiles y difusas fronteras de la mayoría de los Estados. En el terreno de la salud y la seguridad social específicamente, “los tratados de libre comercio han fortalecido a dos

poderosos actores económicos, que son la industria aseguradora y el tradicional complejo médico-industrial” (Laurell, 2000, p. 74).

A estos actores económicos les conviene la impotencia estatal en los asuntos económicos para poder entonces ejercer un control casi irrestricto en dicha área. Tal y como Bauman manifiesta, “contra lo que sostienen opiniones muy difundidas (pero no por ello acertadas) no existe contradicción lógica ni pragmática entre la nueva territorialidad del capital (total en lo financiero, casi total en lo comercial, muy avanzada en cuanto a la producción industrial) y la nueva proliferación de los Estados soberanos debiles e impotentes” (2003, p. 91).

En lo político, las compañías multinacionales tienen el interés de que cada vez con mayor agudeza proliferen nuevos Estados, pues los mismos serían formas de dominación política que de antemano no podrían sustentarse de manera óptima sobre el trípode del control económico, militar y cultural de sus respectivos territorios, tal y como efectivamente lo realizaron los primeros Estados modernos. Se trata entonces del surgimiento de lo que se puede denominar como *pseudo* soberanía, apareciendo el incongruente término de “Estado soberano débil e impotente”, el cual es aplicable no sólo al rosario de nuevos Estados surgidos desde el año 1990, sino también a los Estados aparecidos anteriormente pero que han adoptado con diversos matices ciertas dosis de neoliberalismo, como por ejemplo los otrora tigres asiáticos y algunos países de América Latina¹⁰.

Corresponde al Estado, por más simplificado que resulte, establecer las bases legales y administrativas necesarias para garantizar un intercambio justo de bienes y servicios así como garantizar la transparencia del proceso, lo que debe estar reflejado también en los convenios internacionales. Los roles del estado pueden cambiar de énfasis, lo que no quiere decir necesariamente el debilitamiento del propio Estado.

¹⁰ Para 1996, Argentina, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Uruguay, México y Perú, habían instrumentado formalmente por la vía legal una reforma laboral, enmarcada dentro de una agenda de corte neoliberal. Dicha reforma tuvo como denominador común la supresión de derechos sociales como el derecho al trabajo y a la seguridad social (adaptado de Laurell, 2000, p. 76).

En el contexto latinoamericano, en una situación en la que hay desigualdad y pobreza, entre las tareas irrenunciables del Estado estarían: “garantizar por lo menos el acceso universal a los servicios de educación básica y a los servicios primarios de salud, poniendo el acento en la salud preventiva y en la atención primaria de niños entre 0 y 5 años y madres gestantes. Asimismo, debe priorizar la seguridad alimentaria y el contenido nutricional de la alimentación de los niños” (Comejo, 2005, p. 116). Esto se justifica porque la educación y la salud son dos áreas que tienen que ser abordadas con políticas sociales, pues se trata de bienes y servicios públicos escasos y mal distribuidos, que el mercado con sus imperfecciones no ha podido manejar de manera equitativa.

La sociedad civil y los partidos políticos (que sirven, estos últimos como puentes idóneos entre Estado y ciudadanos para transportar las demandas sociales hacia el Estado) tienen que estar organizados de modo que contribuyan al bienestar social, debiendo plantearse como objetivo común alcanzar un efectivo acceso a los bienes y servicios que garanticen una vida digna y un desarrollo integral.

Ante la antagónica dicotomía encarnada en el enfrentamiento entre el Estado omnipresente y todo proveedor y el Estado mínimo, observador inerte del mercado y contemplador apaciguado de la supremacía de lo económico sobre lo político, pueden plantearse alternativas intermedias y conciliadoras. En este sentido es interesante considerar la búsqueda de un mejor equilibrio y complementación, en que un Estado activo regula y orienta las innegables ventajas del mercado en la producción de bienes individuales, reduce la inestabilidad e incertidumbre de los mercados financieros, y garantiza la provisión de bienes públicos o socialmente requeridos, entre los cuales la salud se ubica como una necesidad básica y vital. Esta sería una opción orientada a la protección social necesaria en un régimen político democrático y de derecho.

3.3. Integración, cooperación internacional y proceso salud-enfermedad.

Los Estados buscan su integración con otras naciones con el fin de encontrar soluciones conjuntas. Los efectos de esta tendencia quizás se observen mejor en el plano

económico, donde se ha visto que en las actuales condiciones una economía cerrada es relativamente poco eficiente. su apertura a otras economías podría permitir la obtención de mejores resultados a condición de que se cumplan ciertas reglas para el trato justo entre las naciones que tome en cuenta sus particularidades de desarrollo económico, social, y sus características políticas y culturales.

En un escenario global los Estados se ven sometidos al denominado efecto tamaño: “demasiado pequeño no puede ejercer influencia alguna en las negociaciones a escala mundial, lo cual explica la inevitable tendencia a las agrupaciones regionales” (Brunsvick y Danzin, 1999, p. 71).

En materia de salud en América Latina en lo que ha integración se refiere, es de destacar la ratificación del Tratado de Cooperación Amazónica (hecho en Brasilia en 1978 y ratificado por Venezuela en 1980 con un protocolo de enmienda realizado en Caracas en 1998) suscrito por las repúblicas de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela, el cual establece en su artículo VIII que “Las partes contratantes deciden promover la coordinación de los actuales sistemas de salud de sus respectivos territorios amazónicos y tomar otras medidas que sean aconsejables, con vistas a mejorar las condiciones sanitarias de la región y a perfeccionar los métodos tendientes a prevenir y combatir las epidemias”.

El Tratado de Cooperación Amazónica es una prueba fehaciente de que los gobiernos están obligados a recurrir cada vez más a la cooperación internacional para lograr cierto control sobre las fuerzas transnacionales que afectan a sus poblaciones. Esta iniciativa está en sintonía con el esfuerzo por alcanzar los objetivos nacionales en materia de protección y promoción de la salud pública

El proceso de integración ha dado lugar, en América, al acuerdo NAFTA (Estados Unidos, México y Canadá), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el MERCOSUR y el CARICOM, entre otros. Está en marcha el proceso de conformación del Área de Libre Comercio para las Américas (ALCA). Estos son escenarios donde se

corre el peligro de que los Estados sean manipulados en desmedro de los intereses y necesidades de sus poblaciones

Ahora bien, con respecto al ALCA ¿Se trata de un acuerdo de integración comercial simplemente o, acaso tras sus propuestas se ciernen subrepticamente intereses políticos de control y dominación por parte de las multinacionales farmacéuticas con respecto a los Estados de los países en vías de desarrollo?

En cuanto a los medicamentos, la propuesta de los EEUU para el ALCA se basa en cinco puntos que pueden poner en peligro las bases mismas del libre comercio, dejando entrever intereses de dominación: 1) Elimina las posibilidades de que exista competencia en el mercado de los medicamentos; 2) Extiende las patentes y los derechos de propiedad intelectual más allá de los 20 años contemplados por la Organización Mundial del Comercio (OMC); 3) Sustituye los tribunales ordinarios por comerciales, lo que a todas luces refleja manipulación e inseguridad jurídica y; 4) patrocina derechos exclusivos sobre información farmacéutica. (adaptado de Gandásegui, 2003, p. 112).

Estas propuestas tienen su motivación en base a la actuación que determinados Estados han tenido sobre la regulación y distribución de algunos medicamentos. Por ejemplo, años atrás un solo tratamiento anual triple antirretroviral, utilizado por los enfermos de SIDA, podía llegar a costar en el mercado entre 10.000 y 15.000 dólares; más recientemente y como consecuencia de que en países tales como Brasil y la India no hay patentes controladas a escala transnacional con respecto a estos medicamentos, el costo ha disminuido ostensiblemente en esos lugares llegando a unos 300 dólares. (ver Gandásegui, 2003, p. 111).

El gobierno de Brasil anunció en noviembre de 2004 que rompería las patentes de algunos medicamentos para evitar el colapso financiero de su programa de tratamiento gratuito contra el SIDA. Este es un ejemplo de globalización desde abajo, que ha sido utilizado por otros países como Argentina y Uruguay. En el primer semestre

de 2005 se concluyó el proceso de licencia compulsiva para que Brasil pudiera producir de tres a cinco medicamentos actualmente importados a costos demasiado elevados.

La legislación brasileña permite la suspensión del monopolio de una patente farmacéutica en casos de emergencia sanitaria, como la pandemia de SIDA. Esta prerrogativa fue reconocida por la OMC después de una campaña de países en desarrollo (liderada por Brasil) y de organizaciones no gubernamentales internacionales (ver Osava, 2004)

El gobierno Brasileño distribuyó en el 2004 un total de 15 medicamentos antirretrovirales a 151.000 personas con SIDA, a un costo, durante dicho año, de 567 millones de reales (200 millones de dólares), en un programa saludado internacionalmente como ejemplar (ver, Osava 2004). La producción de antirretrovirales se ha convertido en una herramienta importante para el control del gasto público y, sobre todo, para potenciar el acceso universal a los tratamientos contra el SIDA.

Se ha creado un extenso movimiento por el acceso a medicamentos esenciales que compromete a organizaciones como la OMS, organizaciones de la sociedad civil, productores de medicamentos y gobiernos. Este movimiento pone bajo la lupa todos los acuerdos internacionales o cualquier otro obstáculo que trabe los esfuerzos por lograr un acceso equitativo a los medicamentos, particularmente a los medicamentos esenciales. El sector de los productores de genéricos se levanta en este escenario como un importante factor que puede contribuir a favorecer el acceso a medicamentos eficaces, seguros y de buena calidad

Como consecuencia del déficit de medicamentos para tratar las enfermedades comunes en los países en desarrollo, como la tuberculosis y la malaria, y al alto costo de los medicamentos contra las enfermedades de distribución mundial, como el SIDA, dichos medicamentos están empezando a considerarse bienes públicos mundiales. En consecuencia, la comunidad internacional ha creado “un Fondo Global de Salud para

facilitar tanto el desarrollo de nuevos medicamentos contra esas enfermedades como el acceso a ellos” (Vieira, 2002, p. 427)

Con relación a los medicamentos genéricos, esta es una de las amenazas que en el corto plazo intimida el negocio de las multinacionales farmacéuticas, conjuntamente con el aumento de la competencia en los mercados globales: la reducción de la exclusividad y la expiración de las patentes; el aumento en los costes de I + D y de lanzamiento de nuevos productos y; el hecho de que algunos países pueden recetar los medicamentos un número cada vez mayor de profesionales tales como médicos, licenciados en farmacia, veterinarios, odontólogos y hasta en enfermeras (Adaptado de Muro, 2003, p. 29)

En Venezuela existe la Ley de Medicamentos, vigente desde el año 2000, la cual en su artículo 7 considera como medicamentos esenciales “aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población. Son básicos, indispensables e imprescindibles para tales fines y deben ser asequibles en todo momento en dosis apropiadas a todos los segmentos de la sociedad. Los listados de medicamentos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud servirán de referencia para la declaratoria de un medicamento esencial y los mismos estarán incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional”.

En la misma Ley de Medicamentos también se hace referencia en el artículo 8 que “...los medicamentos genéricos tendrán un costo inferior que el medicamento de marca. Los organismos del sector público deberán adquirir medicamentos en su denominación genérica salvo que no existan en el mercado”. Esta es una demostración de la presencia del Estado, con políticas de salud concretas, para intervenir ante el embate de las grandes y poderosas multinacionales de los medicamentos.

Otro aspecto interesante es el que tiene que ver con la necesidad de la cooperación internacional. Como se ya se ha señalado, un solo Estado no puede hacerse cargo de una gran cantidad de aspectos globales.

Con la incesante expansión de la interdependencia y la integración multilaterales, muchas cuestiones normativas antes consideradas asuntos públicos estrictamente nacionales han trascendido ya las fronteras de los países, debido a la imposibilidad de abordarlos exclusivamente mediante acciones internas.

La globalización ha propiciado que el complicado proceso de formulación y promulgación de ciertas y determinadas leyes nacionales, que son el resultado de diversos conflictos, contradicciones y luchas sociales, se haya tornado mucho más dificultoso. Es por ello que se afirma que estamos experimentando “la nacionalización de las leyes internacionales para resolver algunas de las consecuencias de la globalización” (Slaughter, 1997, p. 191-192, citado en Kirby, 1999, p. 51)

Recientemente se ha dado la tendencia hacia el impulso de la legislación sanitaria internacional, la cual se relaciona y está imbricada con múltiples aspectos cada vez más complejos tales como:

“la reproducción humana y la clonación humana, el trasplante de órganos humanos, las enfermedades infecciosas emergentes, el comercio internacional de alimentos, el control de la seguridad de los productos farmacéuticos, y la fiscalización de sustancias adictivas tales como los estupefacientes. Como resultado de la globalización, se admite también que la legislación sanitaria internacional está inextricablemente ligada a otros sectores relacionados con el derecho ambiental internacional y el control de los contaminantes tóxicos, la legislación laboral internacional y la salud y la seguridad ocupacionales, el control de los armamentos y la prohibición de las armas de destrucción masiva, la seguridad nuclear y la protección radiológica, y la fecundidad y el crecimiento demográfico” (Taylor y Bettcher, 2001, pp. 28-29).

Entre este tipo de leyes internacionales destaca el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco (COMSCT), que ha sido firmado por 161 países, siendo Venezuela el país número 57 que lo ratifica (El

Universal, 06-2-2005, 2-9). El COMSCT representa un verdadero modelo en el desarrollo de estrategias de regulación con respecto a las sustancias adictivas, siendo el primer tratado mundial de salud pública. Fue creado como respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo, acrecentada por una serie de factores de alcance global tales como la liberalización del comercio, el mercadeo global, los anuncios publicitarios transnacionales, la promoción y el patrocinio de diversos espectáculos (como la fórmula 1) y el contrabando internacional de cigarrillos (ver OMS, 2005).

En sus artículos 20, 21 y 22, el COMSCT establece diversos mecanismos para la cooperación técnica y científica, el intercambio de información y asesoramiento especializado para con las naciones en vías de desarrollo. Por ejemplo, en el numeral 5 del artículo 20 se establece que:

“las Partes deberán cooperar en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo a que pertenezcan, a fin de fomentar y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría del Convenio para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan economías en transición a cumplir con sus compromisos de vigilancia, investigación e intercambio de información” (p. 19).

El COMSCT representa para Venezuela una valiosa herramienta que permite continuar el desarrollo del marco jurídico legal existente para lograr una regulación y control sistemático, incidiendo en cada una de las áreas afectadas por el tabaquismo, además de sentar las bases para iniciar un proceso continuo de cooperación internacional que permita proporcionar soluciones ante la problemática del consumo de tabaco y sus productos derivados.

La cooperación internacional con respecto al área de la salud debe ser prioritaria en la conformación de una agenda pública global. El fortalecimiento institucional a nivel global en materia de salud es necesario para elaborar y aplicar estrategias ante problemas globales de salud pública como la malaria, la tuberculosis, los accidentes de tránsito y el

tabaquismo, entre otros, y sobre todo para alcanzar el final de la primera década del siglo XXI con una humanidad que no sufra ya la carga injustificada de muertes prematuras o discapacidades excesivas. Se trata de acometer una serie de vicisitudes que desbordan las fronteras interestatales, cada vez más endebles e incapaces de contener el flujo de bienes, servicios, ideas, personas y enfermedades.

Uno de los propósitos de la cooperación internacional es garantizar la sinergia y la complementariedad de las actividades y los programas de salud, evitando la duplicación de las labores llevadas a cabo por diversas organizaciones internacionales, gobiernos u ONG cuando se persiguen objetivos comunes. De esta manera se pueden eludir los inconvenientes atribuidos al choque de competencias entre diversos organismos. Lo ideal sería la determinación de diversos niveles de competencia de acción gubernamental como por ejemplo: local, regional, nacional, multilateral y global.

Los nuevos problemas que en materia de salud acompañan a la globalización plantean una verdadera reestructuración y reingeniería de las instituciones de salud, principalmente de la OMS y la OPS, así como también de sus normas, reglamentos, códigos y planes.

La OMS y la OPS están llamadas a asumir un rol de importancia en la definición de pautas tanto hacia lo normativo como en cuanto a la definición de políticas para la supranacionalidad. Se vive ante un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad, al cual se puede denominar como global. Se hace indispensable entonces la adaptabilidad institucional e incluso filosófica de todos los actores de salud con competencia y trascendencia global.

La OMS y la OPS son organismos internacionales y no supranacionales. Esto lleva a que muchas de sus decisiones no sean automáticamente obligatorias para los países miembros que conservan autonomía a este respecto, teniendo que ratificar las decisiones, tratados, convenios, acuerdos o reglamentos para que pasen a formar parte

del derecho positivo. Sin embargo su legitimidad y su capacidad para lograr consensos las convierte en actores de peso en la nueva dinámica

Esta necesidad de adaptabilidad institucional ante el nuevo escenario es necesaria sobre todo si se toma en cuenta la posibilidad de que se materialicen ciertos riesgos globales, como por ejemplo una pandemia de gripe. Ante tal circunstancia la OMS en su Asamblea anual celebrada del 16 al 25 de mayo de 2005 se planteó discutir “las vías para responder mejor a posibles epidemias en el mundo y la revisión del Reglamento Sanitario Internacional que las estudia” (El Universal, 16-05-2005).

El Reglamento Sanitario Internacional se considera anticuado porque está previsto para enfermedades como la peste, el cólera o la fiebre amarilla, así como para otras ya controladas como el sarampión, la fiebre recurrente o el tifus. Esta situación justificó “la adopción del Reglamento Sanitario Internacional revisado, que regula la respuesta nacional e internacional a los brotes epidémicos” (Centro de Prensa OMS, 25-05-2005).

Según Osterholm (2005) no existe preparación internacional para reaccionar ante el ataque de un virus mutante de la gripe, que podría segar la vida de cientos de millones de personas en todo el planeta antes de que los laboratorios dieran con la vacuna para combatirlo. “No sería la primera vez que este microbio protagonizara una tragedia de tal calibre: en los últimos 300 años el llamado virus de la gripe A ha causado una decena de pandemias mundiales a la humanidad. La peor que se recuerda fue la de 1918, la denominada gripe española, que según un reciente estudio pudo matar de 50 a 100 millones de seres humanos” (Osterholm, 2005). El ambiente que se respira actualmente con una población de 6.500 millones, más de tres veces superior a la de 1918, es el de una potencial calamidad puesto que incluso una pandemia poco severa podría matar a millones de personas.

Lo particular y específico del peligro actual en relación con una posible pandemia de gripe (y de cualquier otra enfermedad con rasgos de convertirse en

pandemia, como el SRAS, u otras enfermedades que ya lo son como el VIH-SIDA) es que la actual es una sociedad del riesgo. Con este concepto se “designa una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que los riesgos sociales, políticos, económicos e individuales tienden cada vez más a escapar a las instituciones de control y protección de la sociedad industrial” (Beck, 1997, p. 19).

La toma de conciencia de que es posible que el mundo afronte una nueva pandemia de gripe se hizo presente desde que aparecieron los primeros casos de H5N1, mejor conocida como la gripe aviar. En opinión de Osterholm, aun no existe vacuna para este padecimiento porque el virus que afectará a los humanos todavía no se conoce y cuando se haga visible habrá que esperar meses antes de tener la respuesta. Aunado a los anterior se tiene que “aun teniendo esa vacuna, es difícil que toda la industria farmacéutica mundial pueda más que triplicar su actual capacidad de producción (unas 300 millones de unidades anuales) con lo que, a un mínimo absoluto de dos dosis por individuo, habría sólo suficiente para 450 millones de personas” (Osterholm, 2005). Estas incertidumbres e incapacidades de respuesta por parte de las instituciones modernas representan la especificidad de una “fase de la modernidad en la que las amenazas que ha ido produciendo el desarrollo de la sociedad industrial empiezan a predominar” (Beck, 1997, p.19).

El único antiviral que parece haber tenido cierto efecto positivo sobre humanos que ya se han contagiado en el Asia con una variante del H5N1 es oseltamivir (Tamiflu®) y es producido solo por la multinacional farmacéutica suiza Roche. Hoy es un bien escaso y aunque Washington le hizo en forma reciente un pedido de la droga por casi 60 millones de dólares, el mismo pudiera ser insuficiente. Esta escasez de vacunas puede encontrar su explicación en la displicencia de las grandes multinacionales farmacéuticas en la investigación y desarrollo de las mismas, pues el negocio pareciera encontrar sus más jugosas ganancias en la investigación y desarrollo de medicamentos útiles para combatir enfermedades crónico-degenerativas, predominantes en el acaudalado mundo desarrollado.

Entonces, la propia industria farmacéutica multinacional, que es un producto de la modernidad industrial, mediante sus políticas de producción de medicamentos orientadas a la maximización de las ganancias en un contexto de racionalidad capitalista, se ha convertido en productora y legitimadora de una amenaza que no puede controlar (Cf. Beck, 1997, p. 18).

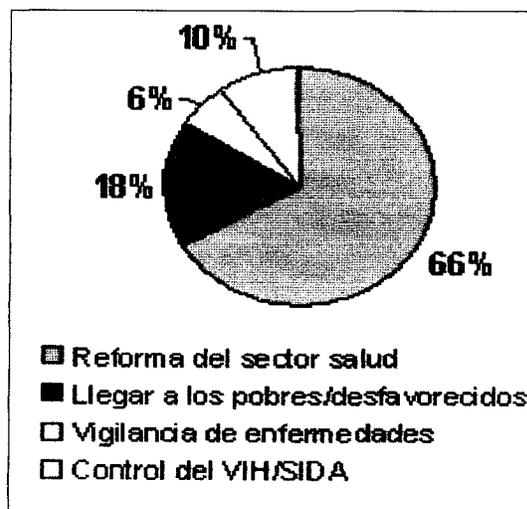
De estallar de manera hipotética una pandemia de la gripe del pollo el día de mañana y considerando el déficit de una posible vacuna efectiva ¿Acaso los países industrializados en los cuales operan las grandes multinacionales que poseen la vacuna estarían dispuestos a enviar dosis de la misma hacia algún país en vías de desarrollo que sufra el brote de la enfermedad, o eventualmente se preferiría retener la vacuna para la propia población del país desarrollado ante un posible avance de la enfermedad dentro de sus fronteras? En este punto es dónde la cooperación internacional como principio ético debe jugar un papel fundamental.

Uno de los efectos devastadores de una fortuita pandemia de H5N1 serían “un freno brusco de la economía mundial, impulsado por severas restricciones al comercio global y a los viajes de personas” (Osterholm, 2005). En un panorama como el anterior obviamente que el intercambio de alimentos y medicamentos entre los países se vería mermado, agudizando mucho más la eventual crisis.

La cooperación internacional tiene que ver, entre otros aspectos, con la asistencia financiera. Éste sería un componente de la cooperación internacional con el que se debe guardar la precaución de no caer en un asistencialismo simplista que tenga que ver únicamente con la caridad internacional. La asistencia financiera tiene que estar presente en la planificación, haciendo énfasis en medidas de promoción de la salud sobre todo en aras de reforzar la atención primaria en salud y las intervenciones preventivas y sociales. La misma puede provenir de ONG o de organizaciones internacionales, como la OMS, la OPS, UNICEF, la Cruz Roja Internacional y el Banco Mundial, entre otros.

En el caso del Banco Mundial, para el año 2003 este organismo financiero internacional “canalizó 27% de sus créditos, es decir, 1.570 millones de dólares para dar apoyo al sector de la salud y a servicios sociales que son críticos para los países de América Latina y el Caribe” (Banco Mundial, abril de 2004). Este aporte financiero estuvo enfocado particularmente en medidas relacionadas con el sector primario de atención en salud y en aspectos de reforma estructural de envergadura dentro de dicho sector, con miras a fomentar aspectos tales como la descentralización del sector salud y medidas que incentiven la participación comunitaria. Dichos recursos fueron distribuidos de la manera que se observa en el gráfico 1:

Gráfico 1
Asistencia del Banco Mundial a la salud en América Latina y el Caribe



Fuente: Banco Mundial (abril de 2004)

Las principales metas a cumplir por parte del Banco Mundial en materia de salud, en base a las cuales la institución orienta la cooperación internacional son las siguientes:

- Promover el acceso equitativo y la calidad de los servicios prestados en salud preventiva y curativa, nutrición y población; estos servicios deberán ser asequibles, eficaces, bien administrados, de buena calidad y responder a las necesidades de los usuarios.
- Mejorar la respuesta al VIH/SIDA con la meta de aumentar los conocimientos del público acerca de la transmisión, prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Apoyar las reformas del sistema de salud para mejorar la eficiencia, el impacto y la administración de los recursos de la salud pública.
- Velar por el financiamiento sostenible de la atención de salud mediante la movilización de niveles adecuados de recursos, estableciendo mecanismos de amplia base para asumir los riesgos, además de mantener un control eficaz sobre el gasto público y privado.
- Dar apoyo de emergencia mediante la ayuda a los gobiernos para definir y poner en práctica programas de reconstrucción de emergencia en el sector de la salud de tal forma que, en el caso de desastres naturales, los países estén preparados para fortalecer los programas de prevención de la salud y para mejorar la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud (adaptado de Banco Mundial, abril de 2004).

Hay que acotar que los recursos financieros para la salud están principalmente en cada uno de los países. La responsabilidad del éxito o el fracaso continúa estando en los gobiernos y en sus sociedades civiles. “Sólo una pequeña parte de los recursos para la salud (en torno al 1 por 100) de los países de renta baja y media se origina en el sistema internacional, esto es, bancos de desarrollo, agencias de desarrollo bilaterales, organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones y OMS” (Prats, 2000). Esto significa que si la cooperación internacional quiere ser relevante y hacer la diferencia debe necesariamente focalizarse. Entre los puntos de focalización de dicha cooperación internacional la OMS (1999) hace referencia a los siguientes:

Primero, concentrar la asistencia técnica en los países con una visión estratégica compartida fortalecerá el impacto. Concentrar los recursos en países muy pobres o en

grupos muy vulnerables sin fuentes de financiamiento alternativas también acrecentará el impacto.

Segundo, la comunidad internacional no debería utilizar sus recursos en lo que los países pueden hacer por sí mismos. Contrariamente los recursos internacionales deberían concentrarse en funciones que requieren de la acción colectiva internacional, las cuales incluyen:

- Liderazgo y abogacía global por la salud.
- Generar y diseminar una base de información y evidencia para uso general.
- Catalizar una supervisión efectiva global de las enfermedades tal como se hace actualmente con la gripe
- Establecer normas y estándares.
- Indicar los problemas de salud regionales o globales que requieren acción concertada de los países, como sucede por ejemplo con la erradicación de la poliomelitis.
- Ayudar a proveer de voz a aquellos cuya salud es desconsiderada en su propio país o que no tienen Estado
- Asegurar que la investigación y el desarrollo crítico para los pobres recibe financiamiento (adaptado de Prats, 2000).

El proceso salud-enfermedad conforma una temática particular en torno a la cual se llevan a cabo las relaciones internacionales. La noción de cooperación internacional en salud se diferencia del concepto tradicional de asistencia en salud. Este enfoque tradicional no tomaba en cuenta la diversidad cultural de las comunidades en vías de desarrollo en las cuales se aplicaban determinadas medidas o intervenciones en salud, provenientes de sociedades desarrolladas.

No bastan las buenas intenciones de asistencia, sino que es necesario considerar a cada país y región como poseedor de rasgos culturales específicos. De allí que la

cooperación internacional en salud tome en consideración que los países se relacionan en un clima de respeto por las diferencias y reciprocidad conjunta

Como señala Aréchiga, “no basta con que los más dotados transfieran recursos a los menos provistos. Juntos habrán de construir un futuro común. El desarrollo de las capacidades locales para contribuir al progreso general es imperativo en el nuevo esquema de convivencia internacional” (1997, p. 186). En tal sentido es pertinente referirse a las particularidades locales de cada población en un entorno de globalización cultural.