

## **CAPÍTULO 4**

### **GLOBALIZACIÓN CULTURAL Y PROCESO SALUD- ENFERMEDAD**

“La diversidad sociocultural es mayor que la diversidad biológica de los seres humanos, cuyos organismos funcionan todos más o menos similarmente en el plano fisiológico. En la medida en que la salud es concebida en forma que va más allá del tratamiento de la enfermedad para incluir aspectos como nutrición, seguridad y participación social, hay un papel cada vez más importante que debe desempeñar el científico social en términos de la identificación social de problemas y soluciones aceptables desde un punto de vista social y cultural... El desafío para el científico social consiste en identificar cuáles soluciones pueden ser ampliamente aceptadas, cómo promoverlas en distintos escenarios cuáles deben ser diseñadas o rediseñadas de forma que sean aceptables para usuarios diferentes”.

**Donald Sawyer, 1999**

#### **4.1. Perspectiva sociológica de la globalización: el estudio de la cultura.**

En el plano académico, una visión sociológica con respecto a qué se entiende por globalización es la dada por los autores franceses, los cuales denominan al fenómeno como mundialización. Por dicho proceso se entiende “el incremento, a escala mundial, de las interacciones que unen entre sí a todas las actividades humanas. Este aumento de las interdependencias ya no conoce fronteras, gracias a la abolición de los obstáculos imputables al tiempo y al espacio” (Brunvick y Danzin, 1999, p. 15).

Se trata de una transformación de la sociedad cuya rapidez y profundidad sólo es susceptible de comprenderse como una ruptura. En este proceso está presente la categoría de cambio social, marcando entonces el paso de una época a otra, lo que por supuesto implica una recreación y reconstrucción de la estructura social. De allí que la nueva realidad desborde las explicaciones y sature los sentidos al intentar comprenderla y digerirla.

El mundo se hace cada vez más un lugar en donde las distancias se acortan y el tiempo se reduce. Se vive ciertamente en una aldea global que presenta como característica específica, que lo que sucede en cualquier punto estratégico de la misma puede tener impactos inmediatos y muy intensos en muchos otros lugares y afectar especialmente a los países en desarrollo por su alta vulnerabilidad, en particular en el área de la salud. Ejemplo de ello son el cambio climático, la lluvia ácida, los contaminantes químicos, los cultivos de transgénicos, el tráfico de desechos tóxicos peligrosos y los desastres naturales, entre otros.

En el caso de los contaminantes químicos, se presentan los efectos peligrosos provocados por las pseudohormonas, que en el mayor de los casos son productos xenobióticos, esto es, ajenos a la vida. Entre estas sustancias se encuentran componentes tales como los gases venenosos creados por los nazis con fines genocidas, además de pesticidas con efectos contaminantes. Por otra parte, ya se conoce que tanto en la atmósfera terrestre como en los medios acuáticos se presentan altas concentraciones de

HCH, un insecticida organoclorado utilizado sobre todo en el tercer mundo, que tiene efectos contaminantes y no es biodegradable. Otras sustancias organocloradas presentes y esparcidas en el ambiente son el PCB y el DDT. Lo que resulta particularmente interesante con este tipo de contaminantes es que los mismos han sido objeto de diversas regulaciones y prohibiciones por parte de la Unión Europea y la OCDE por ejemplo, pero lo cierto del caso es que se trata de un problema global que no es susceptible de ser solucionado simplemente dentro de un ámbito geopolítico o comercial (ver Larbi Bouguerra, 2002, p. 111-112).

Podría afirmarse entonces que nadie, ningún país ni persona, es infalible a los peligros arriba mencionados. Se trata de una proliferación de riesgos para la salud a escala global que trasciende el ámbito geográfico y por tanto la competencia de los diversos Estados del mundo. Este “desplazamiento de los asuntos humanos del marco restringido del Estado-nación al vasto escenario del planeta Tierra está afectando no sólo el comercio, las finanzas, la ciencia, el ambiente, la delincuencia y el terrorismo; también está modificando la naturaleza de los retos de salud a los que nos enfrentamos en todo el mundo” (Frenk y Gómez, 2004).

También en una perspectiva sociológica, la OPS y la OMS entienden la globalización como “la internacionalización de la producción y el consumo, de valores y costumbres, a través del movimiento de capital, fuerza laboral, tecnología e información” (2003, p. 3). Esta definición toma en cuenta dos categorías sociológicas de análisis como lo son los valores y las costumbres, incluidas éstas dentro del área más amplia de los estudios referentes a la cultura.

Esta es una tendencia que viene dada por estudios sociológicos y politológicos, los cuales ven en la globalización la tendencia a la expansión de los valores de la sociedad occidental y los valores de la democracia y del Estado Social de Derechos, lo cual entra en conflicto con muchas sociedades rurales y con bajas capacidades estructurales para que se dé la democratización. Ello conlleva a matizar y comprender de manera más clara el proceso de diferenciación cultural dejado de lado en muchas

interpretaciones apresuradas sobre el proceso de globalización en cuanto criterio de explicación de la expansión de la racionalidad científica en el planeta

Los valores como categoría sociológica son “criterios profundamente asumidos para juzgar lo que está bien y lo que está mal, lo que es deseable o indeseable, lo que es hermoso o feo. Son los estándares subyacentes, generales, con frecuencia inconscientes e inexpressados con los que evaluamos actos específicos, objetos o hechos” (Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 93).

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

En torno a la cultura surge entonces el debate de si acaso estamos avanzando hacia una homogenización de valores, costumbres, símbolos, normas y usos sociales o, si por el contrario, gracias a la globalización es posible que cada comunidad determinada reafirme y refuerce su diversidad cultural y pueda expresarla a nivel global, tal y como ocurre por ejemplo con los movimientos indígenas. Al respecto puede decirse entonces que:

“la globalización de la cultura no es un proceso de una sola vía, conducente inevitablemente a la occidentalización o la americanización, lo que algunos denominan el imperialismo cultural. Tampoco crea necesariamente una cultura homogeneizada, aguada y grisácea. Las pequeñas culturas tradicionales pueden verse arrolladas, pero la globalización también permite combinaciones nuevas y diversas de tradiciones culturales antaño separadas” (Friedman, 1994, citado en Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 113).

De cualquier modo, la globalización cultural norteamericana tiene repercusiones muy particulares en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, pues el sistema de salud de los Estados Unidos es prácticamente el único en el mundo con características predominantemente de mercado, con la tendencia a transculturalizarse en un mundo en desarrollo acuciado de políticas sociales para sobrellevar la carga de la pobreza y las desigualdades.

#### **4.2. La globalización de la cultura norteamericana y el consumismo sanitario en las sociedades en vías de desarrollo.**

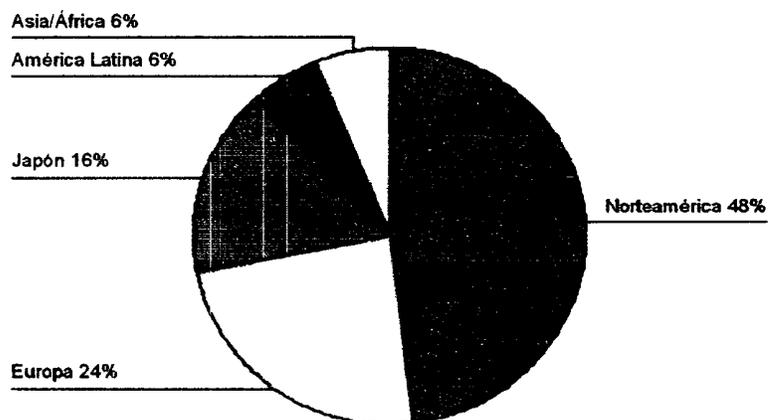
Una de las preocupaciones que se manifiesta al considerar la salvaguarda de la libertad cultural en el mundo actual es la enorme influencia que ejerce la cultura occidental, (liderada por la hegemonía cultural de los Estados Unidos) en particular su “consumismo”, en el mundo globalizado en que vivimos.

Para corroborar el consumismo norteamericano en materia de salud, es pertinente referirse por ejemplo al mercado farmacéutico, en el cual los Estados Unidos se ubican como el principal consumidor a nivel mundial con un 48 % como se observa en el gráfico 2. El hecho de consumir prácticamente la mitad de los medicamentos a nivel mundial resulta escandaloso si consideramos que los Estados Unidos cuenta con unos 260 millones de habitantes en un mundo con una población total de 6.500 millones.

Se sostiene con cierta frecuencia y de manera verosímil que “la libertad de escoger el modo de vida propio en el mundo actual no implica tan sólo la posibilidad de elegir libremente, sino también que las personas de las civilizaciones más desposeídas sean capaces de resistirse a la influencia occidental” (PNUD, 2004, p. 33). Esta preocupación es indudablemente merecedora de atención, dada la innegable precariedad de las culturas locales en un mundo que está tan dominado por la extrema exposición a las influencias y el poderío avasallante del mundo occidental.

Gráfico 2

## Consumo de medicamentos por regiones (2000)



Fuente: Pharmaceutical Executive (2001, p. 31)

Con respecto a la globalización cultural y el proceso salud-enfermedad, desde la vertiente de la globalización desde arriba, se observa que el modelo hospitalocéntrico, individualista y curativista de los Estados Unidos se ha extendido a muchas sociedades en vías de desarrollo. Esto puede comprobarse por el simple hecho de que la más alta proporción del gasto presupuestario en salud suele destinarse al nivel terciario de la atención en salud, es decir, a las acciones de hospitalización, terapéutica, cirugía y consultas, entre otras. Lo que se critica es que “esta forma de hacer las cosas está dirigida a cuidar la salud de sólo entre el 10 % y el 15 % de la población, generalmente la elite” (Calhoun, et al., 2000, p. 400).

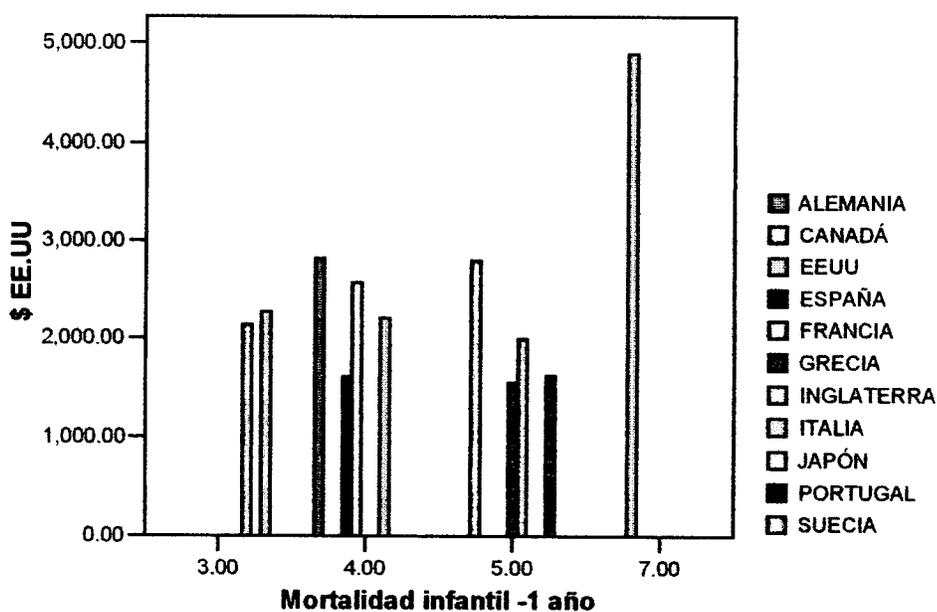
Existe poca facilidad para que la mayoría de la gente acceda a este tipo de medicina, porque para el desarrollo de la misma se aplica tecnología de punta, y los costos se elevan proporcionalmente con relación a la misma, lo que profundiza las

inequidades y la brecha entre los países desarrollados y las sociedades en vías de desarrollo, y entre los ricos y los pobres de una nación (ver Sawyer, 1999, p. 30).

Resulta ilustrativo echar un vistazo al sistema de salud de los Estados Unidos, para lo cual se puede observar en el gráfico 3 una comparación entre diversos países desarrollados pertenecientes a la OCDE, desde el punto de vista de la relación existente entre el gasto en salud y la mortalidad infantil para inferir la efectividad de cada sistema.

Gráfico 3

**Gasto en salud per cápita y mortalidad infantil en menores de 1 año en algunos países de la OCDE**  
 (\$ EE.UU/ Per cápita- X1.000 nacidos vivos)



Fuente: PNUD. Informe sobre desarrollo humano, 2004.

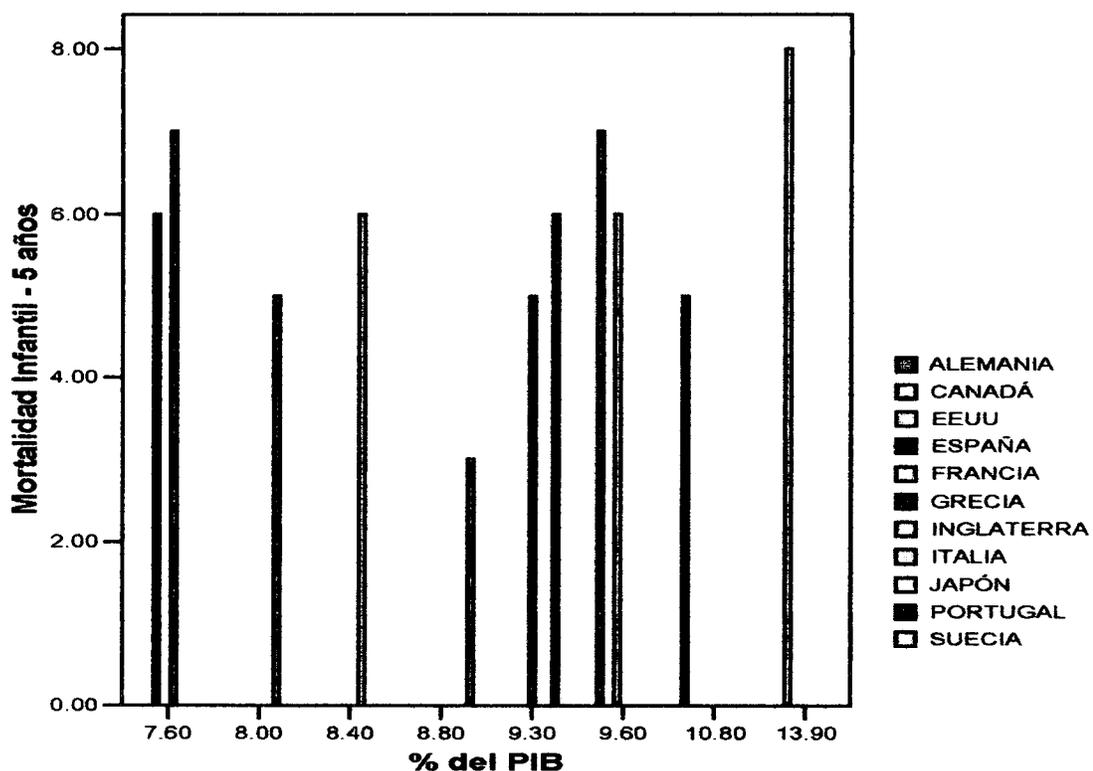
Los Estados Unidos, que son la potencia hegemónica a nivel mundial desde el punto de vista económico, político, militar y cultural, presenta los peores resultados para el 2003 en cuanto a la tasa de mortalidad infantil con 7 por cada 1.000 nacidos vivos entre el grupo de países desarrollados que aparecen en el gráfico 3. Además, tiene el mayor gasto *per capita* en salud con 4.487 \$. Es obvio entonces que el sistema de salud norteamericano hace un gasto elevado en materia de salud el cual no se traduce en resultados óptimos si lo comparamos por ejemplo con Inglaterra que tiene un gasto *per capita* en salud de 1.989 \$ y una tasa de mortalidad infantil de 5 por cada 1.000 nacidos vivos.

Adicionalmente, en el gráfico 4 se muestra como los Estados Unidos es el país que más dinero gastó de manera total en salud durante 2003 como porcentaje del producto interno bruto (PIB) con un 13,9 %, presentando una tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de 8 por 1.000 nacidos vivos. Países desarrollados como España e Inglaterra tuvieron cada uno en 2003 un gasto total en salud de casi la mitad que el realizado por Estados Unidos, esto es, 7,6 % de su respectivo PIB, presentando tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años de 6 los españoles y de 7 los Ingleses. Entonces, los Estados Unidos gastan mucho y están lejos de tener los mejores resultados en salud. Por ello, la calidad de los resultados en los indicadores de salud dependen más de la oportunidad y aciertos de cómo se invierten los recursos que de la cantidad de los mismos.

Una prueba más fehaciente de la importancia de cómo se invierten los recursos en salud, antes que la cantidad de éstos, lo demuestran los resultados obtenidos por Chile y Costa Rica, ambos países latinoamericanos y en vías de desarrollo. Chile tuvo un gasto en salud *per capita* de 792 \$ y un gasto total en salud de 6,8 % de su PIB, obteniendo tasas de mortalidad infantil de 10 por cada 1.000 nacidos vivos y de mortalidad en menores de 5 años de 12. Los ticos realizaron un gasto total en salud de 7,2 % de su PIB, apenas 562 \$ *per cápita* y obtuvieron unas tasas de mortalidad infantil de 9 por 1.000 nacidos vivos y de mortalidad en menores de 5 años de 11 por 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 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



Fuente: PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano 2004.

Según Bezruchka (2001), “si Estados Unidos es el país más rico y poderoso del planeta, pero con la peor expectativa de vida de los industrializados, la razón estriba en la creciente desigualdad en ese país, más el sistema de salud controlado por grandes empresas y por tanto a merced de las ganancias de éstas” (Pickard, 2004, p. 13). La situación de salud de los Estados Unidos se ve entonces ampliamente determinada por las desigualdades e inequidades estructurales de la sociedad norteamericana.

La sociedad norteamericana está fuertemente imbuida del individualismo como valor, antes que por la solidaridad social, viéndose esta última debilitada en un contexto globalizador de consolidación del individualismo como mecanismo de resolución de problemas y como forma de vida impuesta por el capital. Esta situación va de la mano con

“las crecientes restricciones de acceso a los servicios públicos de salud y educación, lo mismo que la individualización de las pensiones y los seguros médicos que han generado una progresiva dependencia de la supervivencia de cada persona con respecto a su propio esfuerzo. Aunque estos procesos individualistas no se han extendido tanto como pregonan los voceros del neoliberalismo, ideológicamente han modificado la visión del mundo predominante y las formas de actuar de las personas. Un hecho objetivo de esta época es el debilitamiento objetivo y subjetivo de los lazos comunitarios en todos los niveles de la sociedad” (Flores y Mariña, 1999, p. 284).

En una perspectiva más sociológica, en palabras de Beck (1999), la individualización significa “la desintegración de las certezas de la sociedad industrial, así como la compulsión a buscar y encontrar nuevas certezas por sí mismo y entre todos” (p. 131). Esta situación surge ante la desintegración de las formas de socialización de la modernidad industrial simple, generándose en la modernidad reflexiva una situación en la que “los individuos deben producir, escenificar y remendar ellos mismos, sus propias biografías” (Beck, 1999, p. 130).

Los resultados en la situación de salud de la población mejoran ostensiblemente en la medida en que la sociedad se estructure de manera más equitativa. Por ejemplo, en el Japón existen más equidades con respecto a las remuneraciones económicas por el trabajo desempeñado. En el país del sol naciente, devastado tras la Segunda Guerra Mundial, el primer ministro “gana apenas cuatro veces lo que gana un trabajador común. En las empresas niponas, el director ejecutivo gana comúnmente 10 veces más de lo que gana un empleado recién ingresado. En cambio, en Estados Unidos los ejecutivos ganan

475 veces más de lo que gana un trabajador raso” (Bezruchka 2001, citado en Pickard, 2004, p. 14). Hay que destacar en este punto que las diferencias entre salarios altos y bajos en el Japón no se presentan por el simple hecho de legislaciones laborales, sino que son trascendentales los valores de cohesión social y solidaridad de la sociedad en su conjunto, exaltando más el interés colectivo, en contraste con el individualismo norteamericano.

Con la desmembración de la Antigua Unión Soviética, el sistema capitalista de libre mercado se extendió triunfante a Rusia y el resto de las ex-repúblicas socialistas. Esto significó que el otrora sistema soviético de salud, caracterizado por su concepción de servicio público gratuito, se desvaneciera lentamente. Se procedió entonces a realizar reducciones significativas en el presupuesto de los gobiernos con respecto a los programas de salud pública, con el catastrófico resultado de que inmediatamente apareció una epidemia de cólera que se extendió por todo el territorio (Cf. Heymann, 2002, p. 102). Entonces, los cambios abruptos en el sistema de salud socialista para introducir la lógica capitalista neoliberal mostraron sus frutos amargos de manera contundente.

#### **4.2. La medicalización de la sociedad.**

Otro aspecto negativo de este modelo norteamericanizado de la salud, es el que tiene que ver con lo que se conoce como medicalización. Por la misma se entiende el incremento del número de condiciones de la vida humana y del quehacer cotidiano que han pasado a ser consideradas objeto de atención médica, motivado por el crecimiento de la industria sanitaria y el prestigio del gremio médico (Cf. Calhoun, et al., 2000, p. 408).

La medicalización fue un concepto acuñado en los años 1970<sup>11</sup>, destacando Iván Illich con su libro *Nemesis Médica* (1975), en el cual se plantea una crítica romántica ante la paradoja de que en las sociedades modernas en las cuales se han incrementado de manera significativa los recursos humanos y financieros en salud, sin embargo se dan mejoras cada vez más pequeñas en el estado general de la salud. Según Illich, la medicina actual tiene un carácter de heterogeneidad y contraproduktividad, debido a la medicalización de diversas funciones de la vida social anteriormente desempeñadas por otras agencias o instancias de la sociedad. El problema es que la medicina moderna se orienta tanto a curar enfermedades como a mejorar la salud, pero las mejoras no tienen límite y por ello se dan enormes incrementos en el gasto sanitario.

Son ejemplos de medicalización el envejecimiento, la caída del cabello, la ansiedad, el insomnio, la disfunción eréctil, la obesidad, las cirugías estéticas, entre otras, las cuales pasaron de ser consideradas como parte de la vida, a ser susceptibles de intervención y tratamiento médico. Todas estas situaciones pretenden ser resueltas en el mayor de los casos con medicamentos, obviando otros métodos de tratamiento alternativos, muchas veces más efectivos, para satisfacer la cada vez más rentable y poderosa industria farmacéutica internacional y fortalecer la mercantilización de la medicina.

De manera tal que se ha insertado en las sociedades en vías de desarrollo la cultura de la medicalización, que puede conllevar al consumismo sanitario. Se refuerza de esta forma el modelo curativista de la atención en salud, con énfasis en el nivel hospitalario. Esta es la representación social dominante que existe de la salud en la mayor parte de la población, y en ese contexto el modelo curativo proporcionado por el

---

<sup>11</sup> Otros autores que se refirieron a la medicalización de la sociedad, según señala Luz (2000, p. 27), fueron Michel Foucault (1963), Dupuy y Karsenty (1974), Clavreul (1978), Attali (1979) y Boltanski (1979). En todos estos trabajos se resaltó "el carácter socialmente invasivo y, al mismo tiempo, estrechamente ligado al orden político, social y económico de las sociedades industriales de la medicina nacida con la revolución industrial y convertida en dominante en los últimos ciento cincuenta años" (Luz, 2000, p. 27).

Estado es la única alternativa que se percibe en el imaginario colectivo para reponer la salud.

Esto ha influido en el descuido hacia la atención primaria en salud<sup>12</sup>, que implica la educación para la salud, medidas preventivas como las inmunizaciones y la vacunación, dotar de agua potable y correcta disposición de excretas a las comunidades, desarrollar planes masivos de construcción de viviendas populares, promover la participación comunitaria, atacar el hambre y, en fin, ofrecerle mejores condiciones de vida a todos los estratos de la población, como parte de una política social de Estado.

Esta medicalización, que se presenta con gran fuerza en regiones como América Latina, Asia y África, que forma parte de un modelo sanitario implantado mediante la transculturación del capitalismo globalizador, se ha encargado de crear necesidades de salud que no se corresponden con el verdadero perfil epidemiológico de los sectores más numerosos de dichas regiones.

Así pues, la investigación en salud a nivel mundial no se corresponde con los grandes problemas de salud de las masas, sino con las necesidades de las sociedades opulentas y los estratos pudientes de los países subdesarrollados, que son quienes pueden pagar los altos costos en tecnología y medicamentos. De manera tal que las mayores inversiones en investigación se realizan sobre enfermedades crónico-degenerativas (ver Briceño-León, 1999, p. 18), mientras que las llamadas patologías del mundo subdesarrollado, que son las enfermedades infectocontagiosas, siguen cobrando numerosa vidas año tras año.

---

<sup>12</sup> Para 1987 el presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela era: 8,3 % para dirección superior y administración; 9,7 % en atención médica preventiva; 56,1 % en atención médica curativa; 5,2 % en malariología y saneamiento; 2,4 % en asuntos sociales y 18,3 % en Institutos Autónomos (VII congreso venezolano de salud pública. 1988). Estos datos demuestran un predominio del esquema curativo de salud en Venezuela. A partir del gobierno de Hugo Chávez se ha venido aplicando la "Misión Barrio Adentro", la cual tiene como objetivo fortalecer el sistema público nacional de salud al privilegiar la atención primaria en salud para los sectores en situación de pobreza y exclusión social a través de consultorios populares.

Para ilustrar lo arriba señalado, según el Informe Sobre Desarrollo Humano 2003, se observa que en el mundo existen 42 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, de las que 39 millones pertenecen a países en desarrollo. La tuberculosis sigue siendo (junto con el SIDA) la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en adultos, causando hasta 2 millones de muertes al año. Las muertes por paludismo, actualmente 1 millón al año, podrían duplicarse en los próximos 20 años (ver PNUD, 2003, p. 19).

Por otra parte, en cuanto a los estudios culturales resulta pertinente abordar el análisis de los patrones de comportamiento y consumo de la población, teniendo en cuenta que la globalización ha introducido cambios en dichos factores. Cuando se habla de consumo de la población obviamente que se trata de diversos bienes y servicios, sin embargo, es relevante para la salud específicamente el consumo referido a la alimentación. Esto se justifica por el hecho de que la calidad de la alimentación es decisiva en la determinación del perfil epidemiológico de la población.

Se argumenta que la globalización ha introducido cambios positivos en cuanto a la accesibilidad de diversas poblaciones a los alimentos. El mejoramiento progresivo de la higiene de los alimentos y productos gracias al comercio mundial puede motivar beneficios económicos y sanitarios tanto para los países exportadores como para los países importadores. Los países exportadores se benefician del acceso a nuevos mercados y de una protección más efectiva de la salud de su propia población, y los países importadores de nuevas posibilidades de obtener bienes de igual o mejor calidad a precios más bajos (ver OPS, 2003).

Pero también está latente la posibilidad de que se produzcan cambios negativos en los patrones de consumo de los alimentos. La OMS y la FAO presentaron un informe titulado *Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas* (2003). El informe contiene las mejores pruebas científicas existentes acerca de la relación de la dieta, la nutrición y la actividad física con las enfermedades crónicas. El informe examina las

enfermedades cardiovasculares, varios tipos de cáncer, la diabetes, la obesidad, la osteoporosis y las enfermedades dentales.

La carga que suponen las enfermedades crónicas está aumentando rápidamente; “en 2001 representaron aproximadamente un 59% de los 56,5 millones de muertes notificadas en todo el mundo y un 46% de la carga de morbilidad mundial” (OMS/FAO, 2003, p. 16). El informe concluye que la dieta con pocas grasas saturadas, azúcares y sal y abundantes frutas y hortalizas, combinada con la actividad física regular, tendrá gran impacto en la lucha contra esta elevada carga de mortalidad y morbilidad.

Lo interesante del informe es que deja claro que las enfermedades crónicas ya no son un problema exclusivo de las sociedades desarrolladas, puesto que se están incrementando paulatinamente en el mundo en desarrollo, aumentando las tasas de morbi-mortalidad por dichas causas. Se hizo necesario entonces el planteamiento de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud que preparó la OMS para enfrentar el crecimiento de la carga que suponen las enfermedades crónicas.

El excesivo consumo de los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal son perniciosos para la salud. Una de las características de la globalización es el hecho de que los patrones de consumo de las sociedades desarrolladas basados en el modelo de las multinacionales se han extendido de manera global. Por lo tanto, los riesgos y peligros inherentes al consumo de los alimentos vendidos por estas cadenas de comida rápida se han ampliado a las sociedades en vías de desarrollo.

Teniendo en cuenta que por cultura se entiende “el patrón más o menos integrado de pensamiento, comprensión, evaluación y comunicación que constituye la forma de vida de un pueblo” (Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 10), se tiene que con la globalización cultural se da la aparición y expansión de las denominadas tecnologías de la sociedad de la información.

Se trata de un cambio trascendental en el modo de comunicación, pues los medios electrónicos son un importante agente productor de cultura que se ubica en el

último paso de una larga línea de revoluciones culturales precedida por “la evolución del lenguaje hablado; el desarrollo de la escritura... y la invención de la imprenta... En este siglo (XX) la radio, el teléfono, las películas de cine, luego la televisión, y más recientemente los satélites de comunicaciones, los faxes, los teléfonos celulares, y las redes de ordenadores se han unido a la lista de avances de la comunicación” (Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 111).

Por su importancia y trascendencia en el proceso salud-enfermedad, las tecnologías de la sociedad de la información en un contexto caracterizado por la globalización, serán objeto de análisis por separado en el siguiente capítulo de la presente investigación.

**CAPÍTULO 5**  
**LAS TECNOLOGÍAS DE LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN**  
**(TSI) Y EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD.**

“Debido a la relación entre la imagen y lo escrito, se torna difícil escoger lo que ha de eliminarse de la información recibida, la distinción entre lo real de lo virtual cambia totalmente y la sociedad de la información es un sociedad en que el nivel medio de conocimientos aumenta al mismo tiempo que el saber se torna cada vez más vago”.

**Jacques Lesourme, 1998**

### **5.1. La nueva economía en la era de las TSI.**

Uno de los fenómenos que ha permitido una aceleración más aguda de la globalización es el que tiene que ver con las tecnologías de la sociedad de la información (TSI). En este punto destaca de manera particular el uso de Internet y la celeridad que en las comunicaciones a nivel global ha propiciado. Nunca antes tantas personas habían podido establecer vínculos y conexiones trascendiendo las fronteras para intercambiar ideas, expectativas, valores, costumbres, creencias, información y conocimiento. Los miembros de la comunidad científica que exploran problemas complejos e interdisciplinarios tienen acceso a amplias fuentes de información y de recursos de computación, pudiendo consultar a colegas en todo el mundo, desde países desarrollados a países en vías de desarrollo y viceversa.

Con las TSI, el alfabeto original y sus lenguajes se han ampliado, lo que ha dado lugar en la red global a lo que se denomina como lenguaje multimedia que, por primera vez en la historia, integra en el mismo sistema, a las modalidades escrita, oral y audiovisual de la comunicación humana (Cf. Pera, 2003).

Este lenguaje multimedia se ha unido al mercado o, dicho en otros términos, el ciberespacio va de la mano con el capitalismo, en la conformación de una forma de organización social que tiende a generalizarse tras la desmembración del socialismo soviético. A este fenómeno se le ha denominado comercio electrónico, el cual se puede definir “como la utilización de las tecnologías de la información para integrar todos los aspectos de las actividades, procesos y comunicaciones entre empresas y entre éstas y los consumidores” (Martín, 2000).

Pero el intercambio entre las personas, empresas, gobiernos, grupos y ONG se hace principalmente por actividades, fines e intereses de tipo económico. Estas acciones han sido denominadas por Castells como la “infoeconomía en redes”. Esto quiere decir que “las nuevas tecnologías de la información y la comunicación basadas en la microelectrónica, las telecomunicaciones y los programas de ordenador, creados para el

funcionamiento en red, proporcionan la infraestructura de esa nueva economía” (Giddens y Hutton, citado en García, 2003, p. 70-71). Lo novedoso no sería pues el intercambio de bienes y servicios en el ámbito internacional, sino la infraestructura tecnológica.

De hecho la presión hacia la desregulación de los mercados por parte de la demanda y la reestructuración flexibilizadora de los modos de producción del lado de los costes, que son dos de los movimientos producto de la globalización, resultaron posibles gracias a el amplio aprovechamiento de las innovaciones telemáticas (ver Ruffolo, 1999, p. 65).

Se ha dado pues un progreso sucesivo en las comunicaciones, las cuáles históricamente van desde el telégrafo, pasando por el teléfono, la televisión, la computadora, el fax e Internet. Pero es a partir de la combinación de las grandes redes de información como Internet y la computadora que ha sido posible agudizar radicalmente las comunicaciones y el flujo de información a nivel global (Cf. Malassis, 1999, p. 16).

El aumento del comercio exterior que se da con la globalización se ve favorecido por el impacto de la actual revolución tecnológica sobre las comunicaciones tanto físicas (transportes), como electrónicas (información). En tales circunstancias, se puede considerar que “el aspecto clave de la globalización, es la gran movilidad del capital financiero, la existencia de un gran espacio donde diariamente y a enormes velocidades, las redes electrónicas mueven e intercambian sin control miles de millones de dólares” (Lamarca, 2001). Este dinero circulante no tiene tanto que ver con la producción y la economía real, sino más bien con la especulación y una suerte de economía virtual que, sin embargo, condiciona a la economía y la vida reales.

## **5.2. Las TSI: pesimismo versus oportunidades de progreso.**

Existen visiones pesimistas con respecto a las TSI, entre las que destaca la de Jesús Peña Cedillo, quién la considera como una expresión más de la globalización corporativa y neoliberal, significando una herramienta para la explotación renovada, la

destrucción de trabajos y empleos, la degradación del medio ambiente y la invasión de la privacidad (ver García, 2003, p. 71)

En opinión de Bauman es evidente entonces que “la red global de las comunicaciones, recibida con júbilo como la puerta a un grado de libertad nuevo e inaudito y, sobre todo, como la base tecnológica de la igualdad inminente, es utilizada de manera muy selectiva: no es una puerta sino apenas una grieta estrecha en un grueso muro” (2003, p. 95). Así pues, los grandes beneficiarios de las TSI serían quienes ya tienen cosechada una gran fortuna, por lo que la globalización de las comunicaciones y la informática harían prósperos a los ricos y paupérrimos a los pobres.

En este punto podría argumentarse que no solo es necesario en la revolución de las TSI poseer un capital financiero elevado, sino que la mayor riqueza estaría en el conocimiento y serían quienes manejan el conocimiento los que tendrían el poder ¿Pero es que acaso el poder financiero no es capaz de comprar el conocimiento? El ejemplo ideal de capital financiero comprando y absorbiendo monopólicamente el conocimiento lo representa Bill Gates con Microsoft ¿Acaso no es la empresa líder en software a nivel mundial y que ha enfrentado demandas por parte del gobierno federal de Estados Unidos por violar la Ley *anti trust* quien posee la capacidad y el poder para contratar a los mejores programadores del mundo, a la vez que adhiere a su inmenso capital a las empresas menores que representan un potencial competidor? Podría inferirse entonces que los tecnócratas poseen el conocimiento, el cual sin embargo serviría fundamentalmente para concurrir al mercado y venderlo, tal y como los proletarios del siglo XVIII y XIX vendían su fuerza de trabajo; la idea de que quienes manejan el conocimiento tendrán el poder parece ser un planteamiento ideológico que se disuelve en un sistema capitalista que en esencia sigue siendo el mismo, cambiando solamente los bienes de intercambio más valiosos.

El afianzamiento y consolidación de las TSI alberga inevitablemente el surgimiento de nuevas desigualdades. A este inédito factor de estratificación social se le puede calificar como la brecha digital. Tal y como apunta el Informe Sobre Desarrollo

Humano en Venezuela 2002, el desarrollo de las TSI está acelerando cambios profundos de orden tanto económico, como social, político y cultural, cuyos efectos han repercutido, hasta ahora de manera notable, en “los pueblos más vulnerables, agregando una brecha más, la digital, al conjunto de activos sociales de que disponen las personas y que trae como resultado el incremento de la desigualdad social y la exclusión a nivel local, nacional y global” (PNUD Venezuela, 2002, p. 33).

La falta de acceso a las TSI sería entonces una nueva carencia social de vastos sectores de la población a nivel global, la cual vendría a sumarse al ya tradicional déficit de bienes y servicios tales como agua potable, educación, salud, vivienda, trabajo y seguridad. Lo interesante de las TSI es qué las mismas podrían devenir en herramientas o artificios para encontrar soluciones a las carencias tradicionales, por lo que la imposibilidad de contar con las mismas puede repercutir directamente en la satisfacción de aquellas.

Para palpar la existencia de la brecha digital a nivel global basta comparar un grupo de 12 países incluidos en el indicador “Tecnología: difusión y creación” del Informe Sobre el Desarrollo Humano 2004, como se aprecia en la tabla 4.

Los indicadores seleccionados por el PNUD están relacionados con las comunicaciones y el acceso a información. Los 12 países han sido seleccionados al azar, conformando 3 subgrupos de 4 países según su puntaje en el índice desarrollo humano. Canadá, Estados Unidos, Francia y España pertenecen al subgrupo con índice desarrollo humano alto, todos pertenecientes a la OCDE; Venezuela, Brasil, Colombia y Ecuador, los cuatro correspondientes a América Latina, tienen un índice de desarrollo humano medio; y, a gran distancia de los dos primeros grupos se ubican Nigeria, Haití, Senegal y Etiopía, con un desarrollo humano bajo, tres de los cuáles son africanos y uno latinoamericano.

Tabla 4

**Tecnologías de la información y las comunicaciones: grupos de países según el grado de desarrollo humano (IDH).**

País	Usuarios telefonía fija (por cada 1000 habitantes)		Usuarios de celulares (por cada 1000 habitantes)		Usuarios Internet (por cada 1000 habitantes)	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002
<b>Canadá</b>	565	635	22	377	3,7	512,8
<b>Estados Unidos</b>	547	646	21	488	8,0	551,4
<b>Francia</b>	495	569	5	647	0,5	313,8
<b>España</b>	316	506	1	824	0,1	156,3
<b>Venezuela</b>	76	113	(.)	256	0,0	50,6
<b>Brasil</b>	65	223	(.)	201	0,0	82,2
<b>Colombia</b>	69	179	0	106	0,0	46,2
<b>Ecuador</b>	48	110	0	121	0,0	41,6
<b>Nigeria</b>	3	5	0	13	0,0	3,5
<b>Haití</b>	7	16	0	17	0,0	9,6
<b>Senegal</b>	6	22	0	55	0,0	10,4
<b>Etiopía</b>	3	5	0	1	0,0	0,7

**Fuente:** Informe sobre el desarrollo humano 2004: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. PNUD.

Es de resaltar el hecho de que un país petrolero como Nigeria, perteneciente a la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), apenas tenga 3,5 habitantes por cada 1000 con acceso a Internet y 13 por 1000 usuarios de celulares. El negocio petrolero está totalmente globalizado, sin embargo esa globalización económica pareciera no haberse traducido en mejoras sustanciales para la población en cuanto a TSI.

De manera que resulta innegable la forma como los países se diferencian en la disponibilidad de las TSI y su ubicación geográfica o pertenencia a algún grupo o bloque económico o geopolítico. Esta situación da pie para inferir que la dicotomía Norte-Sur y sus respectivas contradicciones, propia de la teoría de la dependencia en relaciones internacionales en los años 1970, siguen aun vigente, variando tan solo el factor principal de estratificación entre los países que en este caso sería el acceso a las TSI.

Esto puede corroborarse observando la tabla 5, en la cual se puede apreciar la distribución de las TSI por regiones a nivel mundial

Tabla 5  
**Tecnologías de la información y las comunicaciones en el mundo**

<b>Área Geográfica</b>	<b>Líneas telefónicas y teléfonos celulares</b> (por cada 100 habitantes)		<b>Computadoras personales</b> (por cada 100 habitantes)		<b>Usuarios Internet</b> (por cada 100 habitantes)	
	<b>1990</b>	<b>2002</b>	<b>1990</b>	<b>2002</b>	<b>1990</b>	<b>2002</b>
<b>Regiones desarrolladas</b>	45,4	120,8	11,1	44,1	0,3	42,9
<b>América Latina y el Caribe</b>	6,4	36,2	0,6	6,8	0,0	8,2
<b>África subsahariana</b>	1,0	5,3	0,3	1,2	0,0	1,0
<b>Asia oriental</b>	2,4	37,8	0,3	5,2	0,0	7,0

**Fuente:** Naciones Unidas. Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio en línea (2004).

Es ineludible precisar que si bien la sociedad de la información es global, esta globalidad se encuentra fuertemente restringida por el problema del acceso a la tecnología. Más allá de la cifra exacta, hay miles de millones de personas en el mundo que no disponen de la posibilidad de realizar una llamada telefónica y menos aun de contar con Internet; mal se les podría pedir que se capaciten en el uso de las TSI, si en el mejor de los casos a duras penas estas personas sabrían leer y escribir. Dicha globalidad resulta sumamente desigual según los países de que se trate. Tal y como se aprecia en la tabla 5, no es posible comparar el desarrollo de las TSI en Estados Unidos, Francia o España, que forman parte de las regiones desarrolladas, con América Latina y el Caribe,

por no mencionar África. Esta es la cruda realidad que se vive, aun cuando una visión optimista del capitalismo global pueda hacer creer que la expansión de la economía de mercado hará llegar en los próximos años computadoras y teléfonos celulares a los consumidores en el África subsahariana o en Asia oriental, cuando lo patético del caso es que mucha de esta gente sobrevive con ingresos diarios inferiores a un dólar, tal y como se denuncia en una campaña de las Naciones Unidas a través de la cadena global de noticias CNN.

La brecha digital resulta clara si se considera que “en los 29 países de la OCDE reside el 97% de los equipos *host* de Internet, que en ellos está el 92% del mercado de hardware y software y que allí se encuentra el 86% de los usuarios de Internet” (Norris, 2000, p. 3).

Es interesante acotar que en las tablas anteriores los informes del PNUD y de Naciones Unidas tienden a otorgarle más importancia a los factores tecnológicos, particularmente el acceso y utilización de Internet en sus evaluaciones.

No puede negarse que la sociedad de la información exige la conexión de una comunidad a la “red de redes” pues las principales ventajas tanto informacionales como de gestión del conocimiento pasan por la conexión y velocidad de procesamiento que permiten la interactividad e interconexión. Sin embargo, el desafío que se plantea se refiere a cómo incorporar estos indicadores tecnológicos para hacer frente a las nuevas inequidades que proyecta la sociedad de la información, favoreciendo por esta vía el desarrollo de políticas públicas y privadas que permitan dotar de la infraestructura necesaria y las capacidades requeridas para integrar a los grupos menos favorecidos a los flujos de información y conocimiento que se estructuran progresivamente en una sociedad red.

En este contexto es importante considerar que el desarrollo de Internet en los países de América Latina debe ser pensado desde una mirada particular. Por un lado, reconociendo que el acceso a Internet no debe ser visto como un bien de lujo disponible

para quienes tienen mayores recursos económicos y, por otro parte, que no basta con la entrega de la información existente en Internet a la comunidad. La comunidad debe estar en el centro de todo proyecto de acceso comunitario a Internet, de tal modo que las personas desarrollen habilidades para buscar y ofrecer información. Sólo en la medida en que las comunidades tengan acceso a esta nueva tecnología se podrían desplegar todas las capacidades de las personas y, a su vez, la red se nutriría de contenidos locales innovadores.

Ante la posición fatalista de Jesús Peña Cedillo y la opinión crítica de Bauman, señaladas más arriba, se contraponen la percepción optimista de Dereck Yach, quien considera que para cerca de 5.000 millones de personas alrededor del mundo, la globalización se asocia con el incremento en el acceso al conocimiento y las tecnologías, lo que se traduciría en un aumento de la esperanza de vida. De manera tal que estaríamos asistiendo a un “desarrollo global de la conciencia de que el derecho a la salud puede llegar a ser una realidad cuando los gobiernos, las ONG y las empresas ponen de su parte” (Yach, 2005).

Esta es una esperanza para los casi 1.000 millones de personas que habitan el África subsahariana y el sur de Asia, de lo que podría ser posible mediante la globalización de las TSI, lo que generaría mayor conocimiento en dichas regiones. De esta manera sería posible reducir las grandes deficiencias de salud en esas latitudes, aun amenazadas por las enfermedades infecciosas clásicas y la más reciente propagación del VIH-SIDA.

Pero por supuesto, asociados a las nuevas tecnologías y el conocimiento deben marchar de la mano otros aspectos tales como la condonación de la deuda externa, mejores oportunidades comerciales para los países más pobres y el surgimiento de normativas internacionales en materia de seguridad alimentaria, enfermedades infecciosas y consumo de tabaco, entre otros (ver Yach, 2005).

Para referirse a la globalización desde abajo y las TSI, cabe plantear la misma pregunta que Crump y Needham (2001) con respecto a si ¿pueden las TSI ser utilizadas en los países en desarrollo por los pobres o marginados, las mismas personas que sufren los peores efectos de las enfermedades? En tal sentido, los autores señalan que la respuesta es afirmativa y citan el ejemplo del trabajo emprendido por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR por sus siglas en inglés).

El TDR tiene como objetivo combatir, junto a la OMS, el PNUD y el BM, el grave problema de las enfermedades infectocontagiosas en los países en vías de desarrollo, quienes sufren aun, en pleno siglo XXI, los avatares de este tipo de enfermedades ya superadas por las sociedades desarrolladas.

Según la opinión de Crump y Needham “en los últimos 15 años una parte no despreciable del éxito del programa TDR se debe a haber aceptado sin reticencias la era digital y el uso de la TSI para ayudarle a alcanzar sus objetivos” (2001). Esto ha significado un gran avance en la lucha contra la lepra, la oncocercosis, el mal de Chagas y la filariasis linfática.

A principios de los años 1990, el TDR y otras organizaciones gubernamentales e internacionales se unieron a *Satellife*, para proporcionar apoyo al lanzamiento de un satélite de órbita de poca altura, el *HealthSAT II*.

*Satellife* es una ONG sin fines de lucro con sede en Boston, Estados Unidos, orientada hacia las telecomunicaciones, que se dedica a proporcionar a los trabajadores del sector salud diseminados alrededor del mundo acceso a la información crítica en el campo de la salud, al alcance de todo bolsillo, a través de la red *Healthnet* y otros servicios de comunicación. Utilizando una combinación de computadoras, satélites de órbita terrestre baja (*LEO-Low Earth Orbit*), estaciones terrenas simples, líneas telefónicas, y comunicaciones por radio, *Satellife* permite que los usuarios del *Healthnet* participen en grupos de discusión por correo electrónico en forma simple y económica,

se comuniquen unos con otros mediante el correo electrónico y reciban publicaciones internacionales actualizadas en forma electrónica. En la actualidad se proporciona información gratis sobre el SIDA y la malaria, como enfermedades prioritarias debido a su alta tasa de morbi-mortalidad, dirigida a todos aquellos para quienes el acceso a la red resulta un lujo oneroso.

A través de *Satellite* se ha llevado en tiempo real información y conocimiento a muchas zonas desprotegidas y paupérrimas del planeta, como el África subsahariana y algunas regiones de Asia. “Esta iniciativa permitió la mejor circulación de información para coordinar de una manera eficaz y eficiente las políticas de salud pública y de emergencias sanitarias ante el ataque despiadado de las enfermedades infectocontagiosas” (Crump y Needham, 2001).

Por otra parte, a partir de un estudio realizado en la India, que consistió en la observación de diversas iniciativas a nivel local de experimentos de aplicación de las TSI en materia de salud, pudieron apreciarse tres mecanismos posibles de progreso brindadas por dichas tecnologías en los países en vías de desarrollo: “como instrumento de formación permanente permiten a los agentes de salud actualizar sus conocimientos y capacitarse; estas tecnologías permiten mejorar el suministro de servicios de salud y de manejo de los desastres para las poblaciones pobres y de zonas remotas; y pueden hacer más transparente y eficiente la gobernanza, lo que a su vez puede redundar en una mayor disponibilidad y prestación de servicios de salud públicos” (Chandrasekhar y Ghosh, 2001, p. 851).

Sin embargo, en el mismo estudio se pudo apreciar que las posibilidades de progreso en materia de salud tropezaban con dificultades como la existencia de una infraestructura física inadecuada, el acceso insuficiente al hardware por la mayoría de la población y la falta de los conocimientos prácticos requeridos para utilizarlas.

### **5.3. Repercusiones de las TSI para la salud humana y el medio ambiente.**

En lo que respecta al área de la salud humana las implicaciones de las TSI son muy diversas, significando grandes beneficios y esperanzas, como las consultas de salud a distancia que permiten reducir costos a los pacientes, al mismo tiempo que introducen riesgos y peligros, tal y como lo constituye el tráfico y venta de drogas ilícitas a través de la red.

Con respecto a las ventas ilícitas de medicamentos vía Internet, se tiene que según información aparecida en el Diario Frontera (3-03-2005), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), advirtió que Internet se está convirtiendo en un peligroso traficante planetario de drogas y medicamentos peligrosos. Existen farmacias ilegales que están comercializando, sin prescripción facultativa de ningún tipo, medicamentos con un elevado potencial de uso indebido, como ciertos opiodes (por ejemplo, oxicodona), estimulantes (anfetaminas) y benzodiazepinas (por ejemplo alprazolam y diazepam).

Pero entre los peligros no sólo figura el contrabando, sino que la revolución informática produce una gran cantidad de desechos tóxicos peligrosos que se reciclan en condiciones que ponen en peligro la salud humana y degradan el medio ambiente. Según Mark Sommer, los desechos electrónicos, entre los que se destacan cientos de millones de computadoras, televisores, teléfonos celulares, equipos estereofónicos, refrigeradores, baterías y otros aparatos electrónicos, constituyen el problema de recolección de residuos de mayor crecimiento en el mundo. “Desde los rincones industriales de China continental a las regiones de India y Pakistán en rápido proceso de industrialización, una amplia gama de aparatos se está recibiendo y reciclando en condiciones que ponen en peligro la salud de los trabajadores, de sus comunidades y del ambiente” (Sommer, 2005).

Uno de los aspectos condenables de la denominada basura informática, que demuestra la denominada globalización desde arriba en su lado oscuro, es el hecho de que los vertederos de los desechos se encuentran lejos de los países desarrollados, que son quienes mayormente los producen. Son los países pobres quienes tienen que cargar, por una miseria de dólares, con dichos desechos. De manera que tanto las personas como el medio ambiente se encuentran expuestos “a los peligros provenientes del contacto con metales pesados como el mercurio, el plomo, el berilio, el cadmio y el bromo que dejan residuos letales en cuerpos, suelos y cursos de agua” (Sommer, 2005).

La posición de los países ricos es egoísta en cuanto a los desechos tóxicos peligrosos producidos por la basura informática, porque está demostrado que ellos buscan venderla o colocarla en los países pobres. Los Estados Unidos “genera más de 275 millones de toneladas de residuos tóxicos (en general) cada año y, al mismo tiempo, es el mayor país exportador de residuos del mundo” (Shiva, 2001, p. 168). Todo esto se hace mediante una gran hipocresía, que es la de vender esos desechos como si fueran recuperables, cuando en realidad no lo son.

El trasfondo de este mercado de desechos tóxicos peligrosos está asociado a los altos costos de eliminación en los países desarrollados y a la existencia de una estricta normativa ambiental. Por ejemplo, “el coste de enterrar una tonelada de residuos peligrosos en Estados Unidos pasó de 15 dólares en 1980 a 350 dólares en 1992. En Alemania es 2500 dólares más barato enviar una tonelada de residuos a un país en desarrollo que deshacerse de ella en Europa” (Shiva, 2001, p. 168).

Entonces, en el Norte se crea la ley pero también se inventa la trampa. Esto lo demuestra el hecho de que el gobierno de Estados Unidos en su condición de mayor contaminador del mundo haya negado su apoyo a un acuerdo internacional que impide a los países ricos utilizar el Sur en vías de desarrollo como vertedero de desechos peligrosos, tal y como lo es la enmienda de 1995 a la Convención de Basilea de 1989 sobre el control del movimiento transfronterizo de los desechos peligrosos y su

eliminación (ver Knight, 2001). Queda clara entonces una gran contradicción con respecto a la basura informática a nivel global.

Desde el punto de vista positivo, Internet ha permitido establecer redes sociales a nivel global, propiciando la construcción de una sociedad civil global y de movimientos sociales también globalizados. Los intereses que unen y permiten la conformación de dichos grupos son múltiples, oscilando desde los más triviales como congregarse a un grupo de *fans* de una banda de rock o a una asociación deportiva, hasta los más sofisticados como las comunidades científicas o las células de algún movimiento terrorista.

Con respecto a la salud, en relación a la situación de la propagación del VIH en las últimas dos décadas por todo el mundo, se observa cómo el paralelo incremento de las TSI, ha permitido que los afectados por el VIH en los países occidentales se hayan convertido en pioneros en la creación de “comunidades activas que aprovechan las ventajas de las sucesivas olas de difusión de Internet, cambiando los modelos tradicionales de relación con el personal clínico y accediendo a una gran variedad de información médica y empírica. Como resultado, esto les ha aportado una auto capacitación creciente como pacientes” (Cabrera, 2003).

Sin embargo, la lógica del neoliberalismo y del libre mercado viene apoderándose de la información que circula en la red de una manera cada vez más vertiginosa. Ya no es posible que el ciudadano común -e incluso la mayoría de los estudiantes de medicina y médicos en general- pueda acceder de manera gratuita a los portales médicos más reconocidos del mundo -como *The Lancet*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*, *Journal of the Royal Society of Medicine*, *British Medical Journal*, *Journal of Clinical Investigation*, *Annals of Internal Medicine* e incluso algunas publicaciones recientes de la OMS y la OPS- para conseguir las informaciones que a cada quién le interese, en el caso de la gente corriente, de manera particular con respecto a su salud o la de un ser querido (ver Alcántara, 2005).

Se ve limitada entonces en cierta medida la capacidad ciudadana a participar activamente en el promoción, formación y difusión de una cultura por la salud y la vida, tal y como lo prevé en Venezuela el anteproyecto de Ley de Salud y del sistema Nacional de Salud, que en su artículo 9 señala que “La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud y competencia del órgano rector del Sistema Público Nacional de Salud. Con la participación de la sociedad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida...”.

Un aspecto positivo que deviene de la correcta y rápida difusión de información mediante las nuevas tecnologías de la comunicación, demostrado en la práctica, fue el que tuvo que ver con el manejo que se le dio a la amenaza que significó el SARS, que fue considerada como la primera nueva epidemia pública del siglo XXI. En primer lugar, la aparición del SARS puso en evidencia la necesidad de informar rápida y abiertamente acerca de los casos de cualquier enfermedad que posea el potencial de extenderse internacionalmente, pues los posibles efectos pueden ser catastróficos.

Así se tiene que, en un mundo interconectado electrónicamente, los intentos por disimular casos de una enfermedad infecciosa por desasosiego a sus consecuencias sociales, políticas y económicas pueden acarrear un precio muy alto: “pérdida de credibilidad a los ojos de la comunidad internacional, daños a la salud y a las economías de los países vecinos y el riesgo de que las epidemias dentro del propio territorio queden fuera de control” (Brundtland, 2003). Por otra parte, no es un secreto el hecho de que existen enfermedades de reporte obligatorio y, más aún, en el caso del brote de una enfermedad con una sintomatología poco conocida, las medidas de seguridad deben incrementarse en tanto que la responsabilidad de los funcionarios ligados a la vigilancia epidemiológica y al sector salud en general tiene que maximizarse.

Una prueba empírica del rápido y efectivo manejo de la información en el caso del SARS, lo representó la situación de Vietnam. Esta fue la primera nación que rompió la cadena de transmisión de la infección en abril de 2003, “mostrando cómo un país en desarrollo, golpeado por una epidemia especialmente aguda, puede triunfar cuando

informa acerca de ella con prontitud y abiertamente y cuando la asistencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es requerida rápidamente” (Brundtland, 2003). En este despliegue fueron particularmente decisivas las nuevas tecnologías de la información para acelerar y coordinar el flujo de información. De esta forma el SRAS pudo ser contenido a pesar de la ausencia de sólidos análisis para diagnosticar la enfermedad, de una vacuna efectiva o de cualquier tratamiento específico.

De manera tal que la información sanitaria congrega los dominios de la salud y la comunicación, por lo que deviene en un elemento fundamental para mejorar la salud pública e individual.

Según Plaza Piñol (2002), se pueden enfatizar dos importantes características de la información sanitaria. En primer lugar, para los personas, la información sanitaria eficaz puede ayudar a evitar riesgos y situaciones de peligro para la salud. De la misma forma, puede contribuir al incremento de la demanda de una asistencia sanitaria apropiada, reduciendo de este modo la demanda de servicios aparentemente sanitarios resguardados en conceptos poco claros.

En segundo lugar, en el ámbito de la sociedad, la correcta información sanitaria puede ser utilizada para ejercer influjo en las prioridades sanitarias, abogar por determinadas políticas y programas sanitarios, promover cambios positivos en los entornos socioeconómicos y medioambientales, optimizar el conocimiento de la población en aspectos de salud pública y asistencia sanitaria. De esta forma se crearía el clima propicio para iniciar comportamientos y conductas sociales que beneficien la salud y la calidad de vida, en las dimensiones de los estilos, condiciones y modos de vida.

El uso correcto de la información sanitaria tiene que ver también con los principios de eficacia y eficiencia, fundamentales para el funcionamiento efectivo de cualquier sistema de salud. Con el manejo propicio de información válida y confiable en materia de salud se estaría contando con uno de los aspectos primordiales en el proceso de planificación y administración gubernamental.

#### **5.4. Influencia de las TSI en el área médica.**

Pasando al plano específicamente médico es importante preguntarse ¿Cuál es la influencia que tiene y puede llegar a tener Internet en el ejercicio diario de la medicina de nuestros días? Es un hecho que la información necesaria para una buena práctica médica crece progresivamente, y uno de los problemas más difíciles para mantener una buena calidad del ejercicio profesional es la de hacer llegar la indispensable información a todos los médicos de un determinado país, especialmente a los que el destino ha ubicado en naciones en vías de desarrollo y alejados de los grandes centros hospitalarios, universitarios y de investigación.

Con la aparición de Internet, mediante un computador, un modem y una línea telefónica y hasta con un teléfono celular, ya es posible acceder a mucha de la información que el profesional de la medicina pueda necesitar, algunas veces de manera gratuita, pero en otras oportunidades pagando un precio en metálico.

Se puede de esta manera sopesar en cierta medida la necesidad de las tradicionales bibliotecas<sup>13</sup> de costos elevados para poder estar medianamente bien dotadas de libros y revistas científicas. En ese sentido Internet evitaría toda esta serie de procesos y obstáculos burocráticos de las bibliotecas y colocaría a la disposición de los interesados la información en forma inmediata. Por ello sería importante considerar que las Universidades Nacionales se comprometan a adquirir las suscripciones electrónicas de las revistas científicas más reconocidas del orbe, cosa que ya es una realidad en una gran cantidad de países.

Resulta imprescindible la necesidad de darle la máxima preferencia a la enseñanza de los elementos indispensables del manejo de computadoras que den acceso a Internet, así como también la enseñanza de los estudiantes de medicina y los médicos y

---

<sup>13</sup> En esas bibliotecas, muy particularmente en la Universidad de los Andes, los procesos burocráticos y la desidia han creado el vicio de que para que un libro o revista llegue a la disposición de la comunidad estudiantil, debe transcurrir mucho tiempo, por lo que la información y los datos en ellos contenidos no son casi nunca actualizados.

profesionales de la salud con esa novedosa herramienta en aras de procurarse la información necesaria para capacitarse y ejercer idóneamente sus profesiones. Todo lo que se haga al respecto se reflejará casi de inmediato en la calidad de la salud de las sociedades que sepan tomar la delantera en estos cambios profundos e irreversibles de la sociedad del nuevo siglo XXI.

En la actualidad no se trata de escasez, falta o carencia de información. Muy por el contrario hay una superabundancia o exceso de información en la red de redes o Web, incluyendo información médica tanto para médicos y otros profesionales de la salud, como para el público en general.

Por lo tanto, lo que realmente hace falta es una guía idónea para orientar a los interesados en cómo acceder a aquellas páginas escritas y editadas por profesionales con autoridad, que respalden con su prestigio y el de las instituciones donde trabajen, lo que afirman en sus escritos virtuales. Todo esto motivado a que se ha revelado que lejos de usar los sitios web médicos para obtener tratamientos, lo cual se está haciendo, “el aspecto realmente importante ha sido la búsqueda de información de los pacientes en los distintos recursos en línea y cómo dicha información ha influenciado su toma de decisiones” (Brant, 2001).

De esta manera surgió lo que se ha denominado como la cibermedicina, que es una nueva especialidad de la medicina que toma sus raíces en “la informática y la salud pública, estudiando las aplicaciones de Internet y las tecnologías de las redes globales para aplicarlas en los sectores de medicina y salud pública, examinando las implicaciones e impacto de Internet y evaluando sus oportunidades y desafíos en todo lo que se refiere al cuidado y preservación de la salud” (Kerdel, 2001). Se trata del soporte del arte y oficio de la medicina por la tecnología de la informática, es decir, las aplicaciones médicas soportadas por la computación: el empleo de la Internet en la práctica médica.

La Asamblea de la Salud en su calidad de máximo organismo decisor de la OMS, conciente del potencial impacto de los progresos de las TSI, adoptó en su 58ª reunión (2005) una resolución en la que se estimula el trabajo en el campo de la denominada ciber salud. La ciber salud “consiste en el uso seguro y costoeficaz de las tecnologías de la información y la comunicación en la esfera de la salud y en otras esferas conexas, como los servicios de atención de salud, la vigilancia sanitaria y la literatura y la educación sobre temas de salud” (Centro de Prensa OMS, 25-05-2005). La noción de ciber salud aspira trascender el campo estrictamente médico, pues al hacer referencia a las áreas conexas a la salud se puede apreciar una tendencia hacia la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, con la intervención de disciplinas tales como la economía, la administración, la sociología, la antropología, la ciencia política, la historia, las relaciones industriales y la ingeniería sanitaria, entre otras.

En el ámbito científico, la ciber medicina posibilita la creación de estructuras de investigación en red, las cuales fungirían como organizaciones virtuales orientadas al aprendizaje donde la generación, almacenamiento y comunicación de conocimiento sería contemplado como su mayor capital.

Con la popularización de las computadoras, la ciber medicina inició su indetenible desarrollo: interconsultas internacionales, y manejo de los datos del paciente (historia clínica, evolución, tratamientos, controles) por Internet y archivo de esos datos en un servidor de fácil acceso. Se pueden menguar de esta manera una buena proporción de “gastos innecesarios en particular en relación con áreas de gran impacto sanitario y social como son los casos de atención a enfermos crónicos en cardiología y neumología, asistencia renal, prevención y cuidados de ancianos, asistencia en el hogar, hospitalización a domicilio y cirugía mayor ambulatoria” (Monteagudo y Moreno, 2005, p. 7).

En lo que respecta a la relación médico-paciente, se habla de tres modelos de aplicación de la cibermedicina<sup>14</sup> (adaptado de *Telemedicine for the Medicare Population*, citado en Pera 2003, pp. 29-30):

- Un modelo asincrónico no interactivo, que evita la necesidad de que el paciente y/o su médico de cabecera y el especialista consultado se encuentren disponibles al mismo tiempo. De lo que se trata es de que un emisor, que podría ser un médico, un paciente, un seguro médico o una compañía privada proveedora de servicios de salud, transmitan a distancia información médica de un paciente a un receptor, que este caso podría ser un médico especialista, para que emita su respectiva opinión y diagnóstico profesional. La información que se envía muy bien podría ser una radiografía, una tomografía o una técnica avanzada de imagenología, tal y como lo es la resonancia magnética. Una vez que el receptor consultado ha acumulado toda la información que considera necesaria, procede a integrarla y analizarla para enviarla al respectivo emisor.
- El modelo de relación a distancia, en tiempo real e interactivo, entre el paciente y el médico, que plantea una relación que en el modelo convencional requiere del encuentro físico y de la interacción cara a cara. En este caso, el paciente, sólo o acompañado conjuntamente con el médico general, interactúa en tiempo real con el médico especialista. En este modelo existen diversas modalidades tales como visitas *on-line*, consultas para una segunda opinión y visitas a hospitales virtuales entre otras. La debilidad de este modelo gira en torno a la imposibilidad de la realización de un examen físico al paciente, por parte del médico consultado que en este caso sería quien emitiría una segunda opinión. Se trata pues de una alternativa, que a ciencia cierta no se plantea la sustitución de los métodos de consulta convencionales, sino que más bien se propone complementarlo.

---

<sup>14</sup> Los términos telemedicina y cibermedicina, son considerados como sinónimos en la presente investigación.

- El modelo para la monitorización y recepción de pruebas diagnósticas. Este es el modelo menos utilizado de los tres que se han planteado. Se emplea para el seguimiento y tratamiento de enfermos crónicos, que padecen de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas, muy propias de las sociedades modernas, tales como diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, asma, cáncer, osteoporosis, entre otras. La información que se transmite, deviene con frecuencia de la auto-monitorización cardiaca o respiratoria, o bien el resultado de pruebas diagnósticas, que son realizadas en el respectivo hogar del paciente, o en un centro asistencial periférico, en un periodo de tiempo determinado.

La cibermedicina viene a significar además, cambios sociológicos importantes en la relación médico-paciente, puesto que por vez primera los pacientes y los médicos en ejercicio de su profesión tienen acceso a la misma información y al mismo tiempo. Se trata de un fenómeno nuevo y a todas luces irreversible, al cual la profesión médica no está acostumbrada y que cambia profundamente una relación hasta ahora basada en conocimientos, criterio y experiencia por parte del médico y relativa o total ignorancia por parte del paciente.

De ahora en adelante el médico tratante deberá comportarse frente al paciente como si se tratara de un colega, asumiendo que el enfermo está en capacidad de conocer tanto acerca de su enfermedad como el médico a quien consulta, y no como en el pasado, en que generalmente se trataba de una persona ignorante a quien no valía la pena informar con detenimiento acerca de su padecimiento, pues lo que se lograría en el mejor de los casos era confundirla con conceptos que no conocía y no podía manejar.

De esta manera el rol<sup>15</sup> tradicional del paciente o enfermo va cambiando, e incluso se crearía una nueva definición para la persona que acude al médico motivado

---

<sup>15</sup> En la teoría funcionalista del sistema social de Talcott Parsons el paciente o enfermo tiene un rol social definido, que implica una serie de derechos y obligaciones, los cuales vendrían a ser: El estado del enfermo es sancionado negativamente, se considera que es un estado indeseable pero a la vez se espera que los demás traten a quienes lo desempeñan con compasión y le presten ayuda: el rol de enfermo supone

por algún padecimiento, pues se trata de un paciente activo o usuario de un servicio de salud, que puede participar en su propio proceso de curación o rehabilitación dando sus propias opiniones e incluso reclamando sus derechos y eligiendo las opciones que el considere más pertinentes en cuanto a cuál será el médico tratante de su preferencia.

En el pasado, el acto médico consistía en el imperativo “¡desnúdese, cálese, haga lo que le decimos y lo curaremos!”, lo cual se correspondía con el prototipo de la medicina paternalista. Luego, el paciente pasó a ser un usuario, que podía protestar si no estaba satisfecho, mas no podía elegir. Más recientemente, en una onda ciertamente capitalista, se les suele denominar clientes, pues ese sería el caso de las personas a quienes si no les gusta cómo son atendidos, acuden a otro médico u hospital, lo que significa que tienen el poder de elegir (Asenjo, 2002).

La metamorfosis del paciente tradicional hacia la más reciente denominación de cliente puede relacionarse con el desarrollo de Internet y la aparición del comercio electrónico. Se habla del término e-salud para referirse a la aplicación de los principios del comercio electrónico en la prestación de servicios e información sobre salud. “El fin último de estas aproximaciones radica en la necesidad de ofrecer una respuesta, desde las organizaciones sanitarias, a las crecientes exigencias de un nuevo tipo de consumidor que demanda una asistencia sanitaria más personalizada, de mayor calidad y en la que el usuario forme parte del proceso de toma de decisiones” (Martín, 2000).

La crítica sería que el criterio en base al cual se le denomina cliente a ese paciente activo, tiene como variable principal el recurso económico de la persona, soslayando de manera desmesurada el nivel de instrucción y formación de la persona y el hecho de si tiene o no acceso a las TSI para haberse formado un criterio que le permita elegir en base al conocimiento. Entonces, el rol de paciente activo tiene como

---

la liberación de una serie de exigencias ligadas a la mayor parte de los roles habituales, y en concreto de los familiares y de trabajo: no se considera al enfermo como culpable de su situación, de la que, sin embargo, no saldrá simplemente con buenos deseos: al rol de enfermo se le impone un objetivo central. la curación, y por eso se le exige buscar la ayuda competente y colaborar con ella (adaptado de ALONSO HINOJAL. 1977, p. 28).

condición necesaria, más no suficiente, el hecho de que existan ciudadanos comprometidos con la búsqueda y procesamiento de la información en salud.

El peligro que se corre con este nuevo rol del paciente activo o usuario del servicio de salud es el hecho de que se cree una disfunción de su rol. El caso más contundente sería la automedicación y en muchos casos la auto aplicación de procedimientos poco convenientes para el padecimiento o problema de salud.

En Venezuela, el Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Nacional de Salud, aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional, en su artículo 9, referido a la educación para la salud señala que los Ministerios con competencia en materia de salud, educación, trabajo y ambiente concurrirán en el desarrollo y ejecución de programas educativos dirigidos a diversos aspectos, entre los cuales se señala en el numeral 18 del artículo en comento “la orientación permanente en el uso correcto de los fármacos y el combate a la automedicación”. Así se prevé de manera formal la necesidad de difundir políticas educativas de formación de los ciudadanos para que hagan un uso óptimo de las informaciones obtenidas en este caso en Internet, para que contribuyan positivamente en la restitución personal de su salud o la de algún ser cercano por vínculos afectivos, consanguíneos o de filiación.

Otra amenaza presente en Internet es el hecho de que existen demasiadas páginas web destinadas a engañar incautos, por ejemplo prescribiendo virtualmente dietas para adelgazar, o bien prometiendo una segunda opinión médica a quienes preocupados por un primer diagnóstico real y profesional se sumergen en Internet a buscar información adicional. Este engaño constituye el *modus vivendi* de estafadores y charlatanes que cobran sumas de dinero a personas necesitadas, quienes buscan aliviar sus dolencias y penurias.

Una de las especificidades sociales de los medicamentos, lícitos o no, prescritos por profesionales calificados o no, tiene que ver con su demanda. El medicamento tiene una particularidad que lo diferencia de cualquier otro producto en el mercado y lo hace

incomparable. Las personas enfermas en cierta forma vuelven o regresan a una conducta infantil, de deseo de afecto, atención y protección. En esta situación el enfermo ve al medicamento como una señal de que se encarguen de él. De manera que el enfermo se entrega a quién le ofrece esa suerte de curación, a veces mágica, bien sea el médico o el charlatán. En una situación como esta, muchos valores sociales pierden su significado frente a la enfermedad, pasando la noción del costo o precio a un segundo plano, por lo que el enfermo está dispuesto a pagar lo que sea para curarse (adaptado de Brudon, 1987, p. 149).

Aunado a las características propias de los medicamentos, tenemos el hecho de que en la actualidad, en sociedades donde abunda la información, más no el conocimiento, se dan formas de ignorancia activa, que se distinguen de lo que sería una ignorancia pasiva, como por ejemplo el analfabetismo. Esta ignorancia activa estaría conformada por un conjunto de pseudo o cuasi-saberes, de falacias que se basan en el dominio de la credulidad o la ignorancia de los demás, lo que en un mercado como el de los medicamentos obviamente se maximizaría. Entonces, “la información que recibe la gente común y corriente no sirve *per se* como instrumento de inteligibilidad, lo que denota que el conocimiento es una condición a la que no se llega siendo un simple receptáculo de información” (Beji, 1999, p. 228).

A resumidas cuentas, las TSI introducen cambios profundos en las relaciones y la estructura social. Es tarea de las ciencias sociales, en estrecha colaboración con las ciencias de la salud, ahondar en el estudio de este nuevo tipo de sociedad que el proceso de globalización se ha encargado de difundir, consolidándose cada día más en ciertas y determinadas regiones que se benefician de las TSI. Al mismo tiempo, la globalización discrimina, excluye y aparta a muchas otras poblaciones del progreso, engrosando el número de los perdedores.

## CONCLUSIONES.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial desde el punto de vista de la sociología de Durkheim. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono. Por ello el concepto de salud es en la actualidad una síntesis que se propone integrar múltiples aspectos, en contraposición con una visión reduccionista y limitada de la misma el cual se sustentaba en el paradigma tradicional de la medicina moderna surgido a partir de la revolución de la microbiología.

El concepto de salud de la OMS tiene que ser analizado y evaluado tomando en cuenta su propósito normativo y carácter institucional, que es el punto de partida de múltiples programas, proyectos y políticas de salud a nivel global. Se está ante una visión de la salud con un contenido deontológico; se hace énfasis en lo que ésta “debe ser”. Sin embargo, a pesar de las críticas e inconvenientes epistemológicos que pueda presentar, es innegable la utilidad de la misma para estudiar la realidad.

Aun cuando la OMS habla solamente de salud, resulta indudable que se trata de mucho más, pues la palabra salud está indefectiblemente asociada a la enfermedad conformando ambas un binomio inseparable al cual se le denomina como proceso salud-enfermedad. Se trata de un proceso porque es impertinente hablar de salud y enfermedad en forma absoluta, pues ambas son nociones que se ubican dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social.

De los cuatros puntos de vista desde los cuáles se acomete a la globalización en el presente trabajo, la económica es la que posee un mayor desarrollo y presencia tanto en los debates académicos e intelectuales, a nivel de los negocios en el sector empresarial y comercial, en la los discursos de políticos y funcionarios de gobierno, pasando por movimientos sociales en contra del neoliberalismo, hasta llegar incluso al

sentido común. Dicho enfoque da cuenta de cómo la liberalización de las finanzas, el comercio a escala global y la expansión de la economía de mercado traen consecuencias para el proceso salud-enfermedad.

Las posiciones de los autores con respecto al juicio de valores de los efectos de la globalización económica en el proceso-salud enfermedad varían sustancialmente. Se trata de un debate con un contenido ideológico profundo en torno a las ventajas o peligros del neoliberalismo. Quienes ven con optimismo la expansión del libre mercado a nivel global hacen énfasis en que los países en vías de desarrollo pueden aumentar sus ingresos por esta vía. Consustancialmente habría una mejora en la situación de los pobres, quienes aumentarían sus ingresos a la vez que los servicios de salud se optimizarían. Esta es una postura economicista que equipara desarrollo con crecimiento económico, soslayando la importancia que para el desarrollo humano de los pueblos tienen las particularidades culturales y los conflictos sociopolíticos.

Del otro lado, la corriente pesimista de la globalización económica advierte que se trata de una creación ideológica del mundo desarrollado que trae como consecuencia nuevas formas de explotación, un incremento de las desigualdades y la pauperización de vastos sectores de la población. Esta postura debería centrarse más en admitir que la globalización no es solamente una ficción ideológica, sino una realidad objetiva a la cual hay que hacer frente con proposiciones alternativas también factibles en la realidad.

Esta confrontación evidencia una pugna real entre dos visiones de la globalización que privilegian los aspectos de mayor conveniencia dependiendo del lado en que se esté ubicado. Se presenta así una globalización desde arriba, propia de los países desarrollados, las grandes compañías multinacionales y todo quien comulgue con el credo capitalista, la cual compite con una globalización desde abajo, que funge como la voz de los desposeídos, discurso político de los líderes del mundo en vías de desarrollo (muchas veces neopopulistas) y motivo de lucha de movimientos sociales contrarios a lo que ellos denominan globalización corporativa o globalismo.

Hay que dejar claro que la culpa de a pobreza no es exclusiva de la globalización desde arriba. La pobreza viene dada en gran medida por el mal uso del capitalismo y por la falta de políticas estatales para tal fin. Los gobiernos corruptos, populistas, autoritarios y/o dictatoriales son destructores de las instituciones y por lo tanto son también responsables de acrecentar la pobreza.

Han surgido nuevos actores en el escenario mundial que influyen en la formulación de las políticas sanitarias a nivel global. Los actores tradicionales en el escenario internacional han visto afectada su estructura, funciones y competencias gracias a la globalización, haciendo inevitable una reformulación y reorientación de los mismos para adaptarse a los nuevos desafíos que han aparecido con respecto al proceso salud-enfermedad.

Existen problemas y amenazas globales para la salud humana, todo en una sociedad del riesgo que es la característica de la modernidad reflexiva que afronta la humanidad actualmente. Se necesitan de acciones y resoluciones globales, llevadas a cabo por instituciones renovadas y reformuladas, en virtud del paso de la modernidad industrial a la segunda modernidad, que diriman las controversias y formulen y apliquen políticas públicas de salud globales.

La tendencia la globalización corporativa o neoliberal es la de darle primacía a la economía sobre la política, lo que conlleva a que el mercado se convierta en el productor y distribuidor de bienes y servicios de salud, apartando al Estado de su función reguladora y planificadora en dicha área. La expansión del modelo neoliberal implica el predominio y la dominación por parte de las compañías multinacionales en la comercialización de bienes y servicios de salud, propiciando un sistema de salud predominantemente privado. El debilitamiento de las competencias del Estado en materia de salud motivada a la reducción de sus funciones, implica el desmantelamiento de las políticas sociales de salud en un mundo en donde la tendencia es la profundización de las inequidades.

Es 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.

La integración y la cooperación internacional con respecto al área de la salud deben ser prioritarias en la conformación de una agenda pública global, encaminada a afrontar los principales retos y desafíos que enfrenta la humanidad en un mundo en el que las fronteras no son obstáculos para la circulación de enfermedades y amenazas a la salud. Los resultados al respecto se traducirían en mejoras en la salud pública para todos los países, orientada siempre al logro del bienestar biológico, psicológico y social de las poblaciones.

Las instituciones y actores ligados al área de la salud con competencias e influencia a escala global, están en la obligación de asumir la existencia de un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad, al cual se puede denominar paradigma global. El nuevo paradigma global del proceso salud-enfermedad implica cambios normativos, institucionales, deontológicos y filosóficos que den cuenta de las repercusiones que para el proceso salud-enfermedad conlleva el fenómeno de la globalización.

En el sector salud, el modelo hospitalocéntrico, mecanicista, individualista y curativista de los Estados Unidos se ha extendido a muchas sociedades en vías de desarrollo. Esta transculturación es un obstáculo para solucionar los problemas de salud de los países en desarrollo, quienes están urgidos, además de medicamentos, de satisfacer necesidades básicas de alimentación, vivienda, empleo, educación y seguridad social, entre otros. El gasto en salud en las sociedades en vías de desarrollo tiene que hacer más énfasis en el nivel primario de atención en salud y no acentuarse de manera desmedida en la medicalización y el cosumismo de corte norteamericano, fuertemente

enfocado en el nivel terciario de atención en salud. La efectividad de un sistema de salud depende, antes que de la cantidad de los recursos, de la calidad con que se invierten

Las tecnologías de la sociedad de la información (TSI) plantean un dilema entre quienes la perciben con pesimismo y aquellos que vitorean su llegada haciendo alusión a las oportunidades que brinda. De cualquier manera, el afianzamiento y consolidación de las TSI alberga inevitablemente el surgimiento de nuevas desigualdades. Se trata de la aparición de un factor de estratificación social inédito al que se le puede calificar como la brecha digital. En tal sentido, la lógica del capitalismo sigue funcionando de manera igual a como lo hacía durante su consolidación en la Europa de los siglos XVIII y XIX, resultando novedoso en este caso el cambio de los bienes y servicios más preciados en el mercado, que en este caso son las TSI.

Desde una perspectiva progresista, las TSI son verdaderamente una puerta, un camino hacia la superación de una gran cantidad de problemas en las sociedades desarrolladas. Aun más alentadoras son las posibilidades de desarrollo que representan para los países rezagados, particularmente para hacerle frente a los problemas de salud. Existen muchas iniciativas y hechos concretos que demuestran en las sociedades en vías de desarrollo la utilidad de las TSI para en la conformación de sistemas de salud modernos, capaces de hacerle frente a las enfermedades infectocontagiosas y de crear sistemas de información óptimos que faciliten la elaboración de políticas de salud, permitiendo tomar decisiones más acertadas.

Lo paradójico de todo esto es el hecho de que si no se cuenta con acceso a las TSI, las actuales necesidades de los estratos sociales pobres y desfavorecidos a nivel global podrían verse aun más comprometidas en su satisfacción. Por lo tanto, quienes no cuenten con las TSI podrían hundirse irremediablemente en la miseria acrecentando el número de los perdedores y excluidos de la globalización, lo cual hace pensar en mundo con desigualdades profundas, sin posibilidad de alternativas en el caso de que se imponga la característica homogeneizadora de la globalización desde arriba por encima de la diversidad de la globalización desde abajo.

## **SUGERENCIAS.**

En la presente investigación no se abordó el estudio de otras dimensiones de la globalización que son sumamente importantes en cuanto a sus repercusiones para el proceso salud-enfermedad. De ellas la más relevante sería la dimensión ambiental.

A través de los años la humanidad ha podido ser testigo de cómo la naturaleza le ha ocasionado diversos problemas a nuestras sociedades. Pero más recientemente la preocupación gira en torno a cómo y en qué forma la humanidad ha alterado de manera sustancial el medio ambiente.

Ante esta situación de conciencia global de que los recursos y el propio planeta tierra es finito, temas como la destrucción de la capa de ozono, el calentamiento global, el consumo de energía, la producción de desechos tóxicos peligrosos, la diversidad biológica, entre otros, tienen que ser acometidos con vigor y responsabilidad por la comunidad científica en general, pasando por la sociedad civil hasta llegar a los poderes públicos.

En tal sentido, queda abierta la posibilidad de realizar en un futuro una investigación que destaque la variable ambiental de la globalización y sus repercusiones para el proceso salud-enfermedad. Se recomienda hacer este estudio en una perspectiva ecológica, que tenga en consideración la relación humanidad-medio ambiente, sin caer en posturas radicales como el conservacionismo o el desarrollismo; es importante también superar y no estancarse en las visiones utópicas, haciendo mayor énfasis en las acciones y medidas pragmáticas y viables de aplicación del denominado desarrollo sustentable.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alcántara, Gustavo (2002). “Democracia cosmopolita, estado moderno y nación”. (Monografía, Maestría en Ciencias Políticas, CEPESAL, ULA). Mérida, Venezuela: (Mimeo).
- Alonso Hinojal, I (1977). *Sociología de la medicina*, Madrid, Editorial Tecnos.
- Aréchiga, Hugo (1997). *Ciencia, universidad y medicina*, Ciudad de México, Siglo XXI Editores.
- Barona, Josep (2000). “Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar”, *Política y Sociedad*, 35, pp. 31-44, Madrid.
- Bauman, Zygmunt (2003). *La globalización: consecuencias humanas*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, primera reimpresión.
- Beji, Hélé (1999). “La cultura de la comunicación”, en *Leviatán: revista de hechos e ideas*, Nº 77-78, pp. 227-234.
- Bobbio, Norberto (1999). *Liberalismo y democracia*, Santafé de Bogotá, Fondo de Cultura Económica, quinta reimpresión.
- Brudon, Pascale (1987). *¿Medicamentos para todos en el año 2000? Las transnacionales farmacéuticas suizas frente al tercer mundo*, Ciudad de México, Editorial Siglo XXI.
- Beck, Ulrich (1999). *La invención de lo político*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1998) *¿Qué es la globalización?*, Barcelona, España, Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1997). “La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva”, en Beck, Giddens y Lash, *Modernización reflexiva*, Madrid, Alianza Editorial.
- Bonilla-Castro, Elssy (1999). “Salud, desarrollo y equidad”, en Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas Fundación Polar, pp. 37-45.
- Briceño-León, R (2000). “Bienestar, salud pública y cambio social” en Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz. Pp. 15-24.
- \_\_\_\_\_ (1999). “Las ciencias sociales de la salud”, en Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas Fundación Polar, pp. 17-24.
- Briggs, Charles y Mantini-Briggs, Clara (2004). *Las historias en los tiempos del cólera*, Caracas, Editorial Nueva Sociedad.
- Brunsvick, Yves y Danzin, André (1999). *Nacimiento de una civilización*, Vendome, Francia, Ediciones de la UNESCO.
- Buse, K. y Walt, G. (2000). “Global public-private partnerships for health: part I – a new development in health”, en *Bulletin of the World Health Organization*, Nº 78, pp. 549-561.
- Calhoun, Craig, Light, Donald y Keller, Suzanne (2000). *Sociología*, Madrid, Mc Graw Hill, séptima edición.

- Campos, P., Sáez, J. M., y Sánchez, A (1998). "Análisis comparados de sistemas sanitarios", en Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública*. Ciudad de México, McGraw-Hill.
- Castellanos, Pedro (1998). "Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales", en Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública*. Ciudad de México, McGraw-Hill, pp. 81-102.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (1994). *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., Serie Documentos Reproducidos no. 41, OPS,
- Chandrasekhar, C., y Ghosh, J. (2001). "Information and communication technologies and health in low income countries: the potential and the constraints", en *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 850-855.
- Cornia, Giovanni (2002). "La globalización y la salud: resultados y opciones", en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de Artículos, N° 6, pp. 23-31.
- Cotarelo, Ramón. "Teoría del Estado", en Díaz, Elías y Ruiz, Alfonso, *Filosofía política II. teoría del Estado*, Editorial Trotta.
- Dollar, David (2002). "¿Es la globalización buena para la salud?", en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de Artículos, N° 6, pp. 16-22.
- Evans, R. G., y Stoddart, G. L (1996). "Producir salud, consumir asistencia sanitaria", en Evans, R., Barer, M, y Marmor, T., *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, Editorial Díaz de Santos, Madrid.
- Flores, Victor, y Mariña, Abelardo (1999). *Crítica de la globalidad. Dominación y liberación e nuestro tiempo*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.
- Foro Internacional Sobre Globalización (FIG) (2003). *Alternativas a la globalización económica*. Barcelona, España, Editorial Gedisa.
- Freitez, Nancy (2001). "Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos", Curso Medio de Salud Pública, ULA, Mérida: (Mimeo).
- Gandásegui, Marco (2003). "El ALCA y sus difíciles combinaciones: comercio, salud y ambiente", en *Nueva Sociedad*, N° 183, enero-febrero, pp. 106-118.
- García, Francisco (2003). "La globalización, modernidad reflexiva y los medios de comunicación en nuestros imaginarios culturales", en *Revista Venezolana de Ciencia Política*. N° 23. enero-junio, Universidad de los Andes. Postgrado de Ciencia Política, Mérida.
- Giddens, Anthony y HUTTON, Will (2000). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*, Madrid, Taurus.
- Giddens, Anthony (1999). *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*, Madrid, Taurus.
- Gudynas, Eduardo y Scagliola, Andrés (2002). "Celebración de la diversidad entre tensiones y contradicciones", en *Nueva Sociedad*, N° 179, May-Jun, pp. 4-10.
- Guerra de Macedo, C (2002). "La salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional", en *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*, Washington D.C., OPS/OMS, p. 3-16.

- Heymann, David (2002). "¿Qué enfermedades padeceremos en el siglo XXI?", en Bindé Jérôme (Coord.) *Claves para el siglo XXI*, Madrid, Ediciones UNESCO, pp. 101-106.
- Hidalgo, Manuel (2002). "Liderazgo, reforma económica y cambio político en Venezuela, 1989-1998", en Alfredo Ramos Jiménez (Edit.) *La transición venezolana. aproximación al fenómeno Chávez*, Mérida, CIPCOM, pp. 77-130.
- Kirby, Robert (1999). *El papel de los medios de comunicación en el proceso de globalización entrando al siglo XXI*. (Trabajo de Ascenso. Universidad de los Andes). Mérida, Venezuela: (Mimeo).
- Lander, Edgardo (2000). *Neoliberalismo, sociedad civil y democracia*, Caracas, Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico UCV.
- Larbi Bouguerra, Mohamed (2002). "Contaminación química y contaminación invisible: perspectivas y respuestas posibles", en BINDÉ Jérôme (Coord.) *Claves para el siglo XXI*. Madrid, Ediciones UNESCO, pp. 109-114.
- Laurell, Asa Cristina (2000). "Globalización, políticas neoliberales y salud", en Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 73- 84.
- Luz, Madel (2000). "La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades", en Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 25-39.
- Macridis, Roy y Hulliung, Mark (1998). *Las ideologías políticas contemporáneas*, Madrid, Alianza Editorial.
- Malassis, Louis (1999). "Geopolítica y globalización de la economía agroalimentaria", en Bellorín María (Comp.) *Globalización y sistemas agroalimentarios*, Caracas, Fundación Polar.
- McMichael, Anthony (2001). "La salud y el entorno humano en un mundo cada vez más globalizado: problemas para los países en desarrollo", en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 4, pp. 53-62.
- Messner, Dick (2001). "Globalización y gobernabilidad global", en *Nueva Sociedad*, N° 176, pp. 48-66.
- Montagnier, Luc (2002) "¿Qué enfermedades padeceremos en el siglo XXI?", en Bindé Jérôme (Coord.) *Claves para el siglo XXI*, Madrid, Ediciones UNESCO, pp. 95-100.
- Navarro, Vicente (1998) "Sistemas de salud en los países desarrollados", en Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública*, Ciudad de México, McGraw-Hill.
- \_\_\_\_\_ (1998) "Concepto actual de la salud pública", en Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública*, Ciudad de México, McGraw-Hill.
- OMS (1993). *Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*, Washington D. C., Organización Mundial de la Salud.
- OPS y OMS (junio 2003). *Globalización y salud*. Washington D. C.. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo.

- Pellinaci, Luciano (1988). "Estado de bienestar". en Bobbio, N. y Matteuci, N., *Diccionario de Ciencia Política*. Ciudad de México. Siglo XXI, sexta edición.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2004). *Informe sobre el desarrollo humano 2004: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Madrid, Ediciones Mundi Prensa.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Informe sobre el desarrollo humano 2003: los objetivos del milenio, un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid, Ediciones Mundi Prensa.
- Rico Velasco, Jesús (2000). "Hechos que marcaron la historia de la salud pública durante la segunda mitad del siglo XX y retos ante el nuevo milenio". Conferencia central en las jornadas científicas "Dr. Arnoldo Gabaldón" "La salud Pública en el nuevo milenio, Maracay: (Mimeo).
- Ritzer, George (2002). *Teoría sociológica clásica*, Madrid, Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Riutort, Bernart (2001). "Derechos y capitalismo global", en *Leviatán: revista de hechos e ideas*, número 83, pp. 69-93.
- Rodríguez-García, Rosalía y Goldman, Ann (Edits.) (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington D. C., Organización Panamericana de la salud.
- Rojas, E. (1993). *Teoría y práctica de la medicina social*, La Habana, Cuba, Ateneo Juan César García.
- Ruffolo, Giorgio (1999). "La mundialización", en *Leviatán: revista de hechos e ideas* N° 77-78, pp. 63-72.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1989). *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid, Mc Graw-Hill.
- Sawyer, Donald (1999). "Ciencias sociales y ciencias de la salud en América Latina: el enfoque interdisciplinario y una acción orientada" en Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar, pp. 25-36.
- Shiva, Vandana (2001). "El mundo en el límite". en Giddens y Hutton (Eds.) *En el límite. la vida en el capitalismo global*, Barcelona. España, Kriterion TusQuest Editores.
- Taylor, Allyn y Bettcher, Douglas (2001). "El convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica: una baza mundial para la salud pública", en *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 4, pp. 28-37.
- Urdaneta-Carruyo, Eliéxer (2005) "Siglo XX: cien años de miseria y esplendor", en *Gaceta Médica de México*, Vol 141, N° 1, pp. 75-84.
- Vieira, Cesar (mayo de 2002). "Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 11, N° 5-6, pp. 425-429 (5).
- Virchow, Rudolf (1984). *Where are you that we need you? American Journal of Medicine* 77, pp. 524-532.
- Wolff, Werner (1976). *Introducción a la psicopatología*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, sexta reimpresión.

Woodward, D., Drager, N., y Beaglehole, R (2001). "Globalization and health: a framework analysis and action", en *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), p. 875-881.

## Periódicos y Revistas.

*Diario el Nacional* (14-08-2005), "Proponen romper ruta de comercialización de fármacos". Caracas, p. B-15.

*Diario Frontera* (3-03-2005), "Aumentan ventas de drogas ilícitas a través de Internet", Mérida, p. 2b

*El Universal* (06-02-2005), "Muralla mundial contra el cigarrillo", Caracas, p. 2-9.

Keohane, Robert y Nye Jr. Joseph (16-02-1999). "El precio de la globalización es la incertidumbre", en *El Nacional*, Caracas.

Muro, Antonio (mayo de 2003). "La corrupción del sistema sanitario. Regalos culpable: los beneficios del dolor", en *Discovery Salud*, España, Nº 50, pp. 29-38.

Neira, Enrique (25-02-2005). "¿Davos o Porto Alegre?", en *Diario Frontera*, Mérida, p. 8a.

## Referencias Electrónicas.

Alcántara, Gustavo (19 de junio de 2005). "Internet y la cultura de la salud", en *Venezuela Analítica*, <http://www.analitica.com/va/sociedad/articulos/3538495.asp> [Consulta realizada en fecha: 20 de junio de 2005].

Asamblea Mundial de la Salud (21 de mayo de 2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, <http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> [Consulta realizada en fecha: 2 de septiembre de 2005].

Banco Mundial (abril de 2004). "El Banco Mundial y la salud en América Latina y el Caribe – Panorama", en <http://lnweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid2ndLanguage/83F039E750297E4B85256E4000648415?Opendocument> [Consulta realizada en fecha: 20 de septiembre de 2005].

Beck, Ulrich (5 de diciembre de 2002). "La paradoja de la globalización", *Diario El País*, Madrid, <http://www.infoamerica.org/teoria/articulos/beck04.htm> [Consulta realizada en fecha: 20 de enero de 2005].

Brant, Leopoldo (2001). "Salud en línea", en *Venezuela Analítica* <http://www.analitica.com/cyberanalitica/teletransportador/158.1693.asp> [Consulta realizada en fecha: 21 de noviembre de 2004].

Brundtland, Gro Harlem (2003) "Lo que aprendimos del Síndrome Agudo Respiratorio Severo", en *Tierramerica*, <http://www.tierramerica.com> [Consulta realizada en fecha: 7 de diciembre de 2004].

Cabrera, Marcelino (abril 2003). "Las enfermedades crónicas y el uso de las tecnologías de la sociedad de la información: el caso del VIH/SIDA", en *The IPTS Report*,

- número 73. <http://www.jrc.es/home/report/spanish/articles/vol73/ICT1S736.htm> [Consulta realizada en fecha: 12 de febrero de 2005].
- Castells, Manuel (2001). "Globalización y antiglobalización", <http://www.ugt.es/globalizacion/mcastells1.htm> [Consulta realizada en fecha: 2 de marzo de 2005]
- Centro de Prensa OMS (25-05-2005), "Termina la Asamblea de la Salud, que ha adoptado resoluciones de gran importancia para la salud pública mundial". [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr\\_wha06/es/print.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wha06/es/print.html)
- Coarasa, Jorge (2004). "Las enfermedades del consumo", en *Venezuela Analítica*, <http://www.analitica.com> [Consulta realizada en fecha: 15 de febrero de 2005].
- Crump, Andy y Needham, Cathy (2001). "Enfermedades y los nuevos medios digitales", en *Venezuela Analítica* <http://www.analitica.com/cyberanalitica/teletransportador/9928007.asp> [Consulta realizada en fecha: 13 de abril de 2005].
- Frenk, Julio y Gómez, Octavio (enero-marzo 2004). "Intercambio de servicios de salud entre México y Estados Unidos", *Foreign Affairs en Español*, en <http://www.foreignaffairs-esp.org/20040101faenespessay040106/julio-frenk-octavio-gomez-dantes/intercambio-de-servicios-de-salud-entre-mexico-y-estados-unidos.html> [Consulta realizada en fecha: 20 de junio de 2004].
- Kerdel, Francisco (2001). "La interacción entre Internet y Medicina", en *Colombia Analítica*, <http://www.colombia.analitica.com/economia/7656034.asp> [Consulta realizada en fecha: 18 de abril de 2005].
- Kliksberg, Bernardo (2002). "La discriminación de la mujer en el mundo globalizado y en América Latina. Un tema crucial para las políticas públicas", *Instituciones y Desarrollo*, N° 12-13, [http://www.iigov.org/revista/?p=12\\_04](http://www.iigov.org/revista/?p=12_04) [Consulta realizada en fecha: 17 de marzo de 2005].
- Knight, Danielle (2001). "Ambiente: EEUU se aleja de acuerdo contra exportación de tóxicos" en *Tierramerica* <http://www.tierramerica.net/2001/0819/noticias.shtml> [Consulta realizada en fecha: 20 de febrero de 2005].
- Lamarca, Chusa (2001). "Globalización y género", en *Instituto Internacional de Gobernabilidad de Cataluña*, [http://iigov.org/resenas/?p=6\\_0116](http://iigov.org/resenas/?p=6_0116) [Consulta realizada en fecha: 28 de abril de 2005].
- Martín, Fernando (enero-junio 2000). "Genoma, bioinformática y comercio electrónico (e-genética). Impactos en la salud", en *Quark. ciencia, medicina, comunicación y cultura*, número 18. <http://www.imim.es/quark/18/018056.htm> [Consulta realizada en fecha: 10 de septiembre de 2005].
- Monteagudo, José y Moreno, Oscar (marzo 2005). "Hacia una nueva generación de servicios para la salud y el bienestar", en *Informática y Salud*, N° 51, pp. 7-15, <http://www.seis.es/is/is51/index.htm> [Consulta realizada en fecha: 16 de julio de 2005].
- Norris, P. (2000). *The Worldwide Digital Divide. Information Poverty, the Internet and Development*, J.F. Kennedy School of Government, Harvard University, <http://www.ksg.harvard.edu/governance/psa2000dig.pdf>

- OMS/FAO (2003). *Dieta nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. OMS, Serie de Informes Técnicos, <http://www.fao.org/WAIRDOCS/WHO/AC911S/AC911S00.HTM> [Consulta realizada en fecha: 30 de mayo de 2005].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2004a). World Population Prospects. The 2004 Revision Database, [en línea] <http://esa.un.org/unpp/> [Consulta realizada en fecha: 12 de marzo de 2005].
- \_\_\_\_\_ (2004b). Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea] [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_goals.aspx](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx) [Consulta realizada en fecha: 30 de marzo de 2005].
- Ollila, Eeva (2005). “Global health priorities – priorities of the wealthy?”, en *Globalization and Health*, <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/6> [Consulta realizada en fecha: 8 de junio de 2005].
- Omelas, Raúl (2002). “Para una crítica de la globalización”, *Política y Cultura*, No. 17, México, pp. 45-68. [www.xoc.uam.mx/~polcul/pyc17/02-ome.pdf](http://www.xoc.uam.mx/~polcul/pyc17/02-ome.pdf) [Consulta realizada en fecha: 5 de noviembre de 2004].
- Osava, Mario (2004). “SIDA-Brasil: nueva ofensiva contra patentes”, en *Tierramerica* <http://www.tierramerica.org/2004/1204/noticias3.shtml> [Consulta realizada en fecha: 12 de marzo de 2005].
- Osterholm, Michael (2005). “Preparing for the next pandemic”, *Foreign Affairs*, July-August 2005, Vol 84, Number 4, <http://www.foreignaffairs.org/20050701faessav84402/michael-t-osterholm/preparing-for-the-next-pandemic.html> [Consulta realizada en fecha: 05 de septiembre de 2005].
- Pazos, Carlos (2002). “La globalización económica neoliberal y su incidencia en la salud”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, N° 28, p. 22-37 [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28\\_1\\_02/spu03102.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu03102.pdf) [Consulta realizada en fecha: 13 de septiembre de 2004].
- Pickard, Miguel (enero-junio 2004). “La globalización puede ser peligrosa para la salud de los pueblos”, en *Medio Ambiente y Calidad de Vida*, Vol. 2, N° 11 [http://www.bcn.cl/publicadores/pub\\_temas\\_actualidad/listado\\_getfile.php?id=74](http://www.bcn.cl/publicadores/pub_temas_actualidad/listado_getfile.php?id=74) [Consulta realizada en fecha: 18 de julio de 2004].
- Pera, Cristóbal (2003). *El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina*, en [www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud020.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/salud020.pdf) [Consulta realizada en fecha: 14 de abril de 2005].
- Plaza Piñol, Federico (enero 2002). “El farmacéutico y la sociedad de la información”, en *Informática y Salud*, N° 34, [http://www.seis.es/i\\_s/is34/is34\\_9c.htm](http://www.seis.es/i_s/is34/is34_9c.htm) [Consulta realizada en fecha: 14 de octubre de 2004].
- Prats, Joan (2000). “Desarrollo y sistema de salud. La dimensión institucional. Hacia un nuevo universalismo. El Informe de la OMS de 1999”, en I Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Colección de documentos, [http://iigov.org/documentos/?p=3\\_0059](http://iigov.org/documentos/?p=3_0059) [Consulta realizada en fecha: 14 de julio de 2005].

- República Bolivariana de Venezuela. *Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco*, Asamblea Nacional, <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=646&dis=2> [Consulta realizada en fecha: 10 de agosto de 2005].
- República Bolivariana de Venezuela. *Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud* (2004). Asamblea Nacional, <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=639> [Consulta realizada en fecha: 19 de diciembre de 2004].
- República Bolivariana de Venezuela. *Ley de Medicamentos* (2000). OPS OMS Venezuela, <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela.ven-lev-medic.htm> [Consulta realizada en fecha: 11 de abril de 2005].
- Rojas, Francisco (jul.-sep. 2003). “El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud”. *Revista Cubana Salud Pública*, vol.29, no.3, p.253-259, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000300009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300009&lng=es&nrm=iso) [Consulta realizada en fecha: 18 de octubre de 2004].
- Sommer, Mark (2005). “El lado oscuro de la chatarra electrónica”, en *Tierramerica* <http://www.tierramerica.net/2005/0514/grandesplumas.shtml> [Consulta realizada en fecha: 8 de mayo de 2005].
- Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (septiembre, 2002). “Globalización, reformas sanitarias y medicamentos en América Latina”, en *Boletín Fármacos*, Volumen 5, Número 4, <http://www.boletinfarmacos.org/092002/investigaciones092002B.htm> [Consulta realizada en fecha: 14 de mayo de 2005].
- World Health Organization (WHO) (2005). “The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global health treaty”, en <http://www.who.int/tobacco/framework/background/en/index.html> [Consulta realizada en fecha: 8 de agosto de 2005].
- \_\_\_\_\_. (2003). *The World Health Report 2003: shaping the future*. <http://www.who.int/whr/2003/en/> [Consulta realizada en fecha: 26 de enero de 2005].
- Yach, Dereck (2005). “Globalization and Health: Exploring the opportunities and constraints for health arising from globalization”, en *Globalization and Health*, <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/2> [Consulta realizada en fecha: 22 de mayo de 2005].

### Otros sitios en Internet.

- Agenda 21, <http://www.rolac.unep.mx/agenda21/esp/ag21inde.htm>
- PNUD Venezuela, en <http://www.pnud.org.ve/idh/idh.asp>