



GLOBAL HEALTH WATCH

AN ALTERNATIVE WORLD HEALTH REPORT

5

**QUINTO OBSERVATORIO
GLOBAL DE SALUD**



**QUINTO OBSERVATORIO
GLOBAL DE SALUD**

Quinto Observatorio Global de Salud

Elaborado por Dr. Claudio Schuftan

Traducción, Margarita Cruz V

Con el apoyo de: Open Society Foundation



Esta publicación fue impresa en los talleres gráficos de Ediciones Maya Na'oj, en septiembre de 2018.

La impresión consta de 2,000 ejemplares en papel bond blanco de 80 gramos.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN		5
A. ARQUITECTURA POLÍTICA Y ECONÓMICA MUNDIAL	+	7
A1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA EDAD DEL NEOLIBERALISMO	+	7
A2. ¿SON LOS ODS EL CAMINO QUE DEBEMOS SEGUIR?	+	8
A3. AVANCES Y RETROCESOS EN EL CAMINO A UN SISTEMA ÚNICO DE SALUD PÚBLICA	≡	9
A4. RAÍCES ESTRUCTURALES DE LA MIGRACIÓN		10
B. SISTEMAS DE SALUD: TEMAS Y DEBATES ACTUALES		10
B1. COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: ¿SE TRATA SOLO DE PROTECCIÓN FINANCIERA?		10
B2. REVITALIZACIÓN DEL CONTROL COMUNITARIO EN APS	-	11
B3. CONOCIMIENTO DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL	-	12
B4. LA LUCHA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	≡	13
B5. CÓMO LAS APP DEBILITAN LOS SERVICIOS PÚBLICOS	≡	14
B6. ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS PARA LOS INMIGRANTES	≡	14
B7. INFORMALIZACIÓN DEL EMPLEO EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA		15
C. MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN SANITARIA	-	16
C1. CAMBIO CLIMÁTICO, DEGRADACIÓN AMBIENTAL Y SALUD	-	16
C2. DERECHOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL CON ENFOQUE DE GÉNERO C3. FALTA DE PROGRESOS EN LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES	-	17
C4. LOS TRATADOS DE COMERCIO Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	≡	18
C5. LA SALUD PÚBLICA EN EL SECTOR EXTRACTIVO	≡	19
C6. LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS: DE LA APLICACIÓN DE LA LEY A LA SALUD PÚBLICA	· ·	20
D. LO QUE OBSERVAMOS	· ·	21
D1. EL DINERO MANDA EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)	· ·	22
D2. FUNDACIONES FILANTRÓPICAS PRIVADAS: ¿QUÉ SIGNIFICADO TIENEN PARA LA SALUD MUNDIAL?	· ·	22
D3. CONSULTORÍA DE GESTIÓN EN LA SALUD GLOBAL	·	23
D4. LA ALIANZA GLOBAL PARA VACUNAS E INMUNIZACIÓN (GAVI)	· +	25
D5. TRATADOS DE INVERSIÓN: GOBIERNOS REHENES	· +	26
D6. DESCRIPCIÓN DE LA SALUD COMO UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD	· ≡	27
D7. POLÍTICA REFERENTE A DATOS, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO	· ≡	28
D8. ACCESO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LAS VACUNAS	· ≡	28
D9. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO TOTAL A COSTA DE LA DIGNIDAD HUMANA	· ≡	29
E. RESISTENCIA, ACCIONES Y CAMBIO	·	29
E1. LOS MOVIMIENTOS SOCIALES DEFIENDEN REFORMAS PROGRESISTAS DE SALUD	·	30
E2. CONTROVERSIAS ALREDEDOR DE LA GESTIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE	· -	31
E3. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: LA LUCHA POR EL ACCESO	· -	31
E4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA LUCHA POR LA SALUD	· -	32

SIGLAS

APP	Alianzas Público Privadas
APS	Atención Primaria en Salud
ARV	Terapia Antiretroviral
ADPIC	Aspectos derivados de la propiedad intelectual y el comercio
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer
CLTS	Saneamiento Total Liderado por la Comunidad,
CTN	Compañías Trans Nacionales
CUS	Cobertura Universal De Salud
DSRS	Derechos Sexuales y Salud Reproductiva
FENSA	Marco para la colaboración con actores no estatales
FG	Fondo Global
GAVI	Alianza Global para Vacunas e Inmunización
GHW	Observatorio Global de Salud
GTFAM	Fondo Global para la lucha contra Sida, Tuberculosis, y Malaria
MSP	Movimiento para la Salud de los Pueblos
OCS	Organizaciones de la Sociedad Civil
ODS	Objetivos De Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidad
TLC	Tratado de Libre Comercio
TRIPS	Aspectos derivados de la propiedad intelectual y el comercio

GHW5 en resumen

Al igual que los observatorios anteriores, el *Quinto Observatorio Global de Salud (GHW5)* se basa en la Declaración de Salud de los Pueblos que fue lanzada en el año 2000.

Los observatorios informan a los y las activistas de todo el mundo sobre los temas que preocupan al MSP y sus afiliados, la razón de que los denunciemos, las consecuencias que se avecinan en el futuro si no se hace nada o si acaso se hace algo al respecto y las acciones que exige y apoya el MSP.

El GHW5 ofrece una perspectiva crítica definitiva de la salud global que no se encuentra fácilmente en otro lado.

INTRODUCCIÓN

El GHW5 aborda la necesidad de crear una nueva plataforma global en materia económica, social y política, ya que los ODS no ofrecen ayuda en este sentido sino más bien proponen estrategias de crecimiento que procuran perpetuar el modelo neoliberal vigente. Este modelo prolonga, de hecho, la pobreza y destruye el planeta.

Este quinto observatorio descubre que solo se logran cambios reales si se enfrentan las fuerzas opositoras; nada menos haría posible finalizar la tarea de dismantelar el poder del régimen neoliberal. Una contraofensiva ideológica está en marcha y el MSP es parte de esta; la mala atención sanitaria que recibe la población empobrecida es justo el punto de partida del MSP. La resistencia de otras organizaciones populares y de trabajadores aumenta también, ahora las fuerzas progresistas deben encontrar una manera de globalizar sus luchas y demandas.

*La globalización y las políticas económicas neoliberales alimentan la emigración, y convierten a los emigrantes en víctimas, lo cual es inadmisibile, al negarles servicios de salud.

La cobertura universal de salud (CUS) es el lema del día en las políticas globales de salud, pero este es un enfoque muy discutible. El MSP se une más bien a quienes abogan por la necesidad de impulsar financiamiento de base tributaria para servicios de salud, sistemas de pagador único, financiamiento con límite máximo asignado a programas y una modalidad participativa de gobernanza clínica. Por otro lado, es necesario que la comunidad participe y los trabajadores de salud desempeñen un papel más prominente. En cambio, las personas que abogan por la CUS argumentan a favor de que se compren servicios de salud de varios proveedores públicos y privados, lo cual ha legitimado el dismantelamiento de los servicios de salud pública. Por consiguiente, se necesita más poder comunitario para controlar los servicios de salud, de manera que la comunidad ejerza más control de su propia salud. Las reformas neoliberales para reestructurar los servicios de salud son simplemente defectuosas y han representado la transferencia de recursos públicos al sector privado. Puesto que las soluciones de mercado han fracasado, solo la participación ciudadana en la gestión de servicios de salud permitirá abogar con firmeza por servicios de salud no comercializados. El activismo de la sociedad civil tiene por objeto lograr cambios desde abajo.

El financiamiento de donantes a través de beneficiarios privados y no gubernamentales ha derivado en recortes del gasto público, sobre todo bajo los regímenes de austeridad vigentes.

La remuneración de los trabajadores de la salud ha disminuido a lo largo de los años, así es que están en el proceso de organizarse para mejorar sus condiciones de trabajo.

Se ignoran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se ignoran, asimismo, los riesgos que plantean los TLC para el personal sanitario, al igual que el impacto del sector extractivo en la salud de los trabajadores.

Desde hace mucho tiempo, la OMS ha estado sumida en una profunda crisis financiera que ha causado una grave erosión de los principios de gobernanza democrática de la organización. La creciente influencia de fondos filantrópicos es parte de esta erosión.

Es preocupante que la OMS califique las intervenciones de salud como ejercicios técnicos que disminuyen la importancia de las voces de la comunidad porque debilitan el enfoque de salud basado en derechos.

El MSP considera las alianzas público privadas (APP), p. ej. GAVI y GFTAM, como una amenaza al sistema de gobernanza mundial impulsado hasta el día de hoy por el Estado nación. Ambas están cada vez más bajo la influencia creciente del sector privado. Los mecanismos incrustados en los tratados de comercio e inversiones son una carga onerosa que pesa sobre los países.

Hasta ahora, la titulación de la salud ha fomentado sobre todo sentimientos de temor.

El MSP tiene mucho que decir acerca de las políticas de datos; el intercambio de materiales biológicos, y los programas de saneamiento que se desarrollan a base de prácticas coercitivas (véase más abajo).

El GHW5 aboga por mayor movilización política para elegir un modelo verdaderamente justo en la prestación de servicios de salud. Este necesitaría contar con suficiente financiamiento. El GHW5 nos advierte que los intereses privados y las élites locales pueden tomar las instituciones democráticas de rehenes y sabotear las reformas que benefician a la mayoría. Los movimientos populares tienen una función fundamental que desempeñar en esto.

Los países encuentran muy difícil crear el espacio fiscal para hacer reformas profundas de los servicios de salud. Se debe diseñar la movilización internacional para romper el poder de las instituciones financieras internacionales, el régimen de comercio mundial y las CTN.

En lo que respecta al enfoque utilizado para abordar la desnutrición, se adoptó uno de carácter biomédico en vez de utilizar una perspectiva de salud pública, y eso sin tomar en cuenta su determinación social más amplia.

La lucha de las personas que viven con VIH y utilizan plenamente las flexibilidades de los TRIPS a través del sistema legal ha sido extraordinaria y una fuente de inspiración. De ahí que se deba concebir y construir como una lucha por la salud muy amplia que sostenga una visión crítica de los males de la globalización neoliberal.

El MSP cree que los cambios son necesarios y urgentes.

A. ARQUITECTURA POLÍTICA Y ECONÓMICA MUNDIAL

A1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA EDAD DEL NEOLIBERALISMO

Los ODS son para el MSP un ejemplo de que cuanto más cambian las cosas más siguen igual. El GHW5 empieza por advertir a los y las lectoras que las metas de los ODS le dan en realidad a las naciones demasiada libertad para definir su propio “nivel de ambición”, lo que por consiguiente les permite decidir cuáles son sus metas particulares, de manera que estas se vuelven “aspiraciones” y cada país puede escogerlas selectivamente, Y este es un problema. (Tomen nota de que los ODS no ponen énfasis en su indivisibilidad, lo que permite seleccionar sus objetivos favoritos). Con poca atención a las necesidades de distribución de ingresos en los ODS, el GHW5 señala que tomaría 200 años eliminar la pobreza a un nivel tope de ingresos de \$5 diarios. A esto se suma que los ODS no contemplan medidas de aplicación obligatoria ni regímenes de imposición progresiva, o medidas para contrarrestar la evasión fiscal (en especial las empresas transnacionales o CTN y las personas acaudaladas). Son notables también las contradicciones incrustadas en los ODS entre desarrollo equitativo y sostenible, y el modelo de insaciable crecimiento económico del capitalismo global. No se trata de promover un consumo sostenido sino de consumir de una manera sostenible, en particular con la reducción de la demanda agregada en países de ingresos altos (¿hay crecimiento económico sostenido que sea ecológicamente sostenible?)

Con todas estas salvedades, los ODS corren el riesgo de convertirse en una cuestión que nos concierne a todos y todas, pero no es responsabilidad de nadie. De ahí que sea de interés público de la sociedad civil hacer responsables tanto al Estado como al mercado de la sostenibilidad económica y ambiental, y de las metas de igualdad de género en la salud de los ODS. La prioridad urgente de los y las activistas se va a concentrar en los objetivos de salud y medio ambiente, incluso los que están relacionados con el agua, la energía, el clima y la biodiversidad, entre otros.

La crítica principal es que los ODS dan más importancia a programas que luego se puedan contabilizar en números que a instituir otros que aborden la verdadera negligencia.

No hay ninguna otra medida propuesta para reducir las desigualdades entre países, ni otras que aborden la accesibilidad de planes de seguros de salud o los gastos extras de salud que están fuera del alcance de los bolsillos.

Tampoco contienen evaluaciones significativas sobre:

- la medición de sistemas de protección social;
- la ayuda a pequeños productores de alimentos;
- la adopción de acciones sustanciales acerca de los subsidios a las exportaciones de alimentos que distorsionan el comercio;
- la disponibilidad de medicinas esenciales y vacunas asequibles para todos y todas;

- la disponibilidad de acceso universal de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva;
- acciones para promover estilos de vida sostenibles en el Norte, y
- derechos humanos, igualdad de género y ciudadanía global.

Los ODS están simplemente plagados de deseos y posibilidades en vez de declaraciones firmes de lo que se prevé lograr.

El GHW5 concluye que los ODS nos ofrecen una hoja de ruta imperfecta. Eso porque no nos quedan otras opciones que no sean radicales. Una cosa es hacer campaña por los ODS prioritarios y otra, concebir el tipo de sistema y organización política que pueda llevar a la realización de estos objetivos de aquí al año 2030. En ninguno de los objetivos se cuestiona realmente la desigualdad intrínseca a una economía capitalista como agente causal. Por eso es que los y las activistas deben también criticar la economía que subyace al estancamiento actual de todo progreso sustancial en el desarrollo.

La situación siendo la que es, el Sistema de las Naciones Unidas ha estado desafortunadamente bajo asedio neoliberal por décadas y enfrenta su propia prueba de pertinencia contemporánea. La lucha por cambiar los efectos que eso tiene en la gobernanza de la ONU es de alta prioridad. Las OSC de interés público deben articular y provocar agitación para confrontar este poder en el ámbito nacional y global. Solo una nueva gobernanza más transparente resolverá las contradicciones fundamentales inherentes a las distorsiones del capitalismo, que siguen implícitas en los ODS. La reducción de la disparidad para disminuir las desigualdades debe ser el verdadero objetivo que persigamos desde ahora hasta 2030.

En resumidas cuentas, la construcción de una base de activistas más fuerte sigue siendo fundamental para que los gobiernos avancen respecto a los ODS, vistos desde la perspectiva de sus debilidades antes mencionadas.

A2. ¿SON LOS ODS EL CAMINO QUE DEBEMOS SEGUIR?

No se dejen engañar: las omisiones de los ODS no se deben a error, son intencionales; los objetivos establecidos no son necesariamente prioridades para la mayoría de los Estados miembros de la ONU. En el mejor de los casos, el GHW5 plantea que los ODS juegan con el sistema económico mundial para que todo parezca un poco menos violento, pero este no es momento de jugar. Y nada de esto tiene que ver con voluntad; la fuerza impulsora es obtener beneficios. La riqueza simplemente se acumula más rápido que el crecimiento, y así sucede con el poder. En nuestro mundo, las ganancias se antepone a las personas, al clima, al planeta. Los recursos de los países empobrecidos no son explotados para beneficiar a las poblaciones locales sino para saciar las necesidades de los consumidores de las naciones ricas.

Por consiguiente, se tendrán que contrarrestar los intereses personales y tomar nuevas decisiones radicales. Estas deben suponer la participación de organizaciones sociales que defiendan la lucha para cambiar las debilidades fundamentales en la arquitectura económica y política actual del mundo. Los ODS no pueden simplemente proponer estrategias de crecimiento que persiguen perpetuar el actual modelo neoliberal: niveles siempre crecientes de extracción, producción y consumo. Los ODS no reconocen que el empobrecimiento de las masas es provocado por la acumulación extrema de riqueza y el consumo excesivo de unos cuantos; simplemente evitan abordar estas causas más profundas. En realidad, hacen lo opuesto al pedir más liberalización comercial y más poder para la OMC. No se menciona ni una palabra acerca del servicio de la deuda y tampoco sobre la cancelación de la deuda.

Siempre, según la hoja de ruta de los ODS, el riesgo es que la ONU se transforme en una gran APP en la que los aspectos democráticos se ven debilitados por intereses comerciales privados, como se observa que ocurre cada vez con mayor frecuencia por medio de la participación de múltiples partes interesadas en la gobernanza global. ¿Pueden los ODS animar de verdad a las empresas a que sean razonables? O ¿persiguen ilógicamente el crecimiento del PIB cuando la pobreza es la causa principal del subdesarrollo que intentan superar?

Solo el contrapoder societal, a través de la organización de la clase trabajadora, puede imponer los mecanismos de redistribución necesarios (p. ej. lo que se necesita es construir amplio contrapoder nacional).

El único camino que se debe seguir es una renovada atención a la importancia de los determinantes sociales. Es evidente que los cambios no vendrán por sí solos, serán el resultado del choque de fuerzas opositoras. El MSP piensa que debemos posicionarnos del lado del bienestar de todos y todas, y de un planeta saludable, así como en contra de beneficios para unos cuantos. Necesitamos movilizarnos.

A3. AVANCES Y RETROCESOS EN EL CAMINO A UN SISTEMA ÚNICO DE SALUD PÚBLICA

Una lección importante aprendida de América Latina es que necesitamos deshacernos de la ilusión de que es posible redistribuir la riqueza y ampliar la democracia sin confrontar el poder del capital. En el marco de la globalización neoliberal, la salud es ahora un área en la que el capital trata de arrebatarle al Estado un nuevo espacio de acumulación capitalista. Por lo tanto, como señala el GHW5, la salud es un área de lucha en el proceso de transformar el propio Estado. En esta lucha, es desafortunado que los sindicatos no hayan asumido el papel de defensores de los derechos colectivos y sociales, pero han negociado seguros de salud privados y mejor remuneración para sus miembros, y se han opuesto a la creación de un sistema único de salud pública unificado. ¿Dónde está su ética de servicio público?

Los médicos tienden a considerarse el centro del sistema de salud, aunque la comercialización y el crecimiento generalizado del poder corporativo en el sector salud los han desplazado de su papel central. Reclaman para sí mejores condiciones laborales y económicas que para el resto del personal de salud y están renuentes a perder sus privilegios. ¿Dónde está su ética de servicio público?

Son varias las transferencias regresivas de recursos del sector público al sector privado que también están en marcha en todo el mundo. Se usan recursos públicos para financiar y apoyar la prestación privada de servicios de salud. Es obvia la necesidad de reglamentar esto, al igual que el uso explosivo de nuevas tecnologías en el sector privado debido a costos injustificados.

El GHW5 nos advierte que el uso generalizado de los términos “seguro” y “cobertura” persigue indicar que la prestación de servicios de salud es una relación contractual, no un derecho humano.

Por lo tanto, las fuerzas progresistas de izquierda deben encontrar una manera de globalizar sus luchas y demandas a partir del desarrollo de una estrategia para globalizar sus luchas en contra de la agresión neoliberal en curso.

A4. RAÍCES ESTRUCTURALES DE LA MIGRACIÓN

La “edad de la globalización” y la “edad de la migración” coinciden de muchas maneras. Gran parte del progreso hecho en términos de riqueza (y salud) se ha logrado a expensas de la destrucción del medio ambiente y el cambio climático, y la salud de las personas no puede verse como algo aparte de la salud del planeta en su totalidad. Las crisis más grandes que enfrentamos son de nuestra propia creación. Y las consecuencias son bien conocidas, no solo en Europa.

B. SISTEMAS DE SALUD: TEMAS Y DEBATES ACTUALES

B1. COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: ¿SE TRATA SOLO DE PROTECCIÓN FINANCIERA?

No, no se trata solo de protección financiera sino de mucho más: la CUS también toma en cuenta la calidad de los servicios, la igualdad, la eficiencia y la prevención, además del financiamiento de base tributaria y sistemas de pagador único.

El MSP cree que los movimientos populares pueden y deben impulsar la reforma de los sistemas de prestación de servicios de salud. Veamos por qué.

Aunque coinciden en cierta medida, las diferencias de énfasis entre el enfoque de APS y el de CUS son sustanciales. La APS trabaja con comunidades en los determinantes sociales y ambientales de la salud, al igual que en el desarrollo de los servicios de salud. Este trabajo implica que los proveedores del sector público desempeñan un papel dominante simplemente porque está comprobado que los proveedores privados son incapaces de cumplir con los principios más generales de la APS en su práctica. A partir de 2010, la OMS ha abogado por abolir los cargos al usuario en el punto de servicio, con lo cual el Banco Mundial cumplió más tarde. Pero esta cálida colaboración entre el BM y la OMS oculta ciertas diferencias de enfoque muy importantes. Esta alianza es en esencia nefasta. Los distintos mandatos de estos dos organismos solo se alinean en ocasiones, como en el caso de sus respectivos enfoques de CUS. A lo anterior se suma la dependencia de la OMS y sus donantes, en particular la intimidación que ejerce EEUU con su exigencia de que la OMS y sus expertos sigan actuando sobre todo en una función de asesoría técnica.

En términos de equidad, la APS y la CUS tampoco son comparables: los mercados competitivos de seguros de salud que los proponentes interesados de la CUS han contactado ofrecen distintos productos para diferentes estratos de ingresos y diversos paquetes de beneficios según la capacidad de pago. Ciertamente que no contemplan la redistribución equitativa de recursos si se agrupan los ingresos a todos los niveles. Los planes para personas con ingresos altos terminan por tener controles de utilización más flexibles y paquetes de beneficios más generosos.

La eficiencia en la distribución también es un importante objetivo de política de la CUS, p. ej., incorporar la distribución de recursos entre zonas geográficas, y entre segmentos de fuerza laboral e instituciones con servicios y programas adecuados. De ahí que los flujos de recursos deban dirigirse a esas regiones, fuerza laboral y otras categorías donde la necesidad es mayor, algo que no se hace con suficiente frecuencia.

Un mercado en el que los proveedores compiten para prestar servicios específicos a precios específicos es simplemente un mecanismo débil para promover servicios de salud eficientes y de calidad. Los planes de seguro de salud incluyen compradores sustitutos, ya se trate de un plan de seguro de salud o alguna otra agencia compradora. Tengamos claro que la solución neoliberal depende de un mercado competitivo basado en el espejismo de proporcionar opciones. En ningún lado es más evidente esta mentalidad economicista que en las discusiones de política para establecer prioridades que, por lo general, giran puramente en torno a evaluaciones y opciones tecnológicas. Pero no todas las opciones de asignación de recursos pueden reducirse a un diseño de paquete de beneficios. El GHW5 nos dice que es necesario considerar una gama más amplia de condiciones para determinar prioridades.

Los ODM le daban tanta importancia a legitimar de nuevo la globalización económica como a promover un desarrollo “verdadero”. Sí, se encontraron más recursos, pero ¡solo tener más dinero para la salud no garantiza una cobertura universal! En realidad, la predominancia que ganó la CUS se debió en parte al fracaso de iniciativas globales, estrechas y verticales, de salud centradas en enfermedades. La cobertura universal de salud realmente despegó después de la crisis financiera mundial de 2008.

En realidad, se puede acusar a la CUS de tratar de abrir nuevos mercados para la inversión privada (incluso los mercados de seguros de salud y servicios sanitarios). Los proponentes de este enfoque tratan de obligar a los gobiernos a crear espacio para la privatización, lo que hace aceptable la desigualdad al proporcionar redes de seguridad a quienes resultaron empobrecidos (en vez de enfrentar la desigualdad mediante la adopción de políticas que reviertan esta tendencia creciente).

La CUS también nos ofrece una ventana para ver la dinámica de la gobernanza global en la era actual, lo cual es de importancia práctica para los y las activistas que luchan por lograr la CUS en el marco del derecho a la salud.

El poder de las corporaciones transnacionales se utiliza descaradamente para extorsionar concesiones tributarias y presionar a los países para que liberalicen el comercio de servicios, incluso el turismo médico.

En resumen, el discurso sobre cobertura universal que se impulsa es mecanicista y vertical. Este enfoque permea ahora la literatura técnica.

Es esencial interiorizar las distintas realidades políticas que están en juego y con las cuales tendrán que tratar quienes abogan por reformas. De vez en cuando se abren ventanas de oportunidad que es necesario aprovechar. El enfoque debe dirigirse a la realización progresiva del derecho a la salud y por eso es que el MSP persigue alcanzar un consenso político. A través de una “visión completa del sistema”, el pragmatismo político localizado debe prevalecer para que un incremento de reformas de abajo hacia arriba abra nuevos espacios.

Cuando surjan oportunidades, se deben circular ideas de política adecuadas entre las diversas bases, a fin de que todas estén preparadas para hacer cambios que abarquen una amplia visión compartida. Las estrategias de activistas para lograr reformas de los servicios de salud necesitan impulsar retos en todas estas áreas y niveles.

B2. REVITALIZACIÓN DEL CONTROL COMUNITARIO EN APS

En el espíritu de Alma Ata, los miembros de una comunidad pueden y deben formar consejos elegidos localmente para gobernar y controlar los servicios de APS. El MSP considera fundamental la participación de la ciudadanía en todos los aspectos de la atención de salud.

La Declaración de Salud de los Pueblos del MSP (2000) rechaza los esfuerzos simbólicos en este aspecto. Creemos que la comunidad debe acumular un poder real sobre las decisiones pertenecientes a su propia salud y mejorar la receptividad de los servicios de salud a las necesidades locales. La consecución de este objetivo sigue estancada y debemos desbloquearla con mucho trabajo, sobre todo en vista de la tendencia actual a la privatización. Los esfuerzos en este sentido son más pertinentes que nunca, ya que los servicios de salud convencionales no hacen más que reproducir relaciones de poder injustas y, por lo tanto, no abordan las desigualdades existentes.

Se espera también que los consejos elegidos se comprometan con el desarrollo de la comunidad, el trabajo de incidencia y la promoción de la salud, y que sus miembros establezcan el alcance y la naturaleza de su propia participación. Con esta intención, se necesita mucha educación sanitaria para que la comunidad fortalezca su capacidad de respuesta a las necesidades locales.

En esencia, el control comunitario permite aplicar una visión más integral de APS, en concordancia con la Declaración de Alma Ata. La autodeterminación es fundamental para la APS.

Los consejos deben centrarse en las condiciones locales de vida para decidir qué aspectos deben abordar los servicios de salud. Lo más probable es que estos consejos empiecen con trabajo que aborde los determinantes sociales de la salud y cuestiones relacionadas con la igualdad en la salud. Lo que se pretende es democratizar los servicios de salud, abordar el problema de la vivienda, los sin techo, la pobreza, la inseguridad de ingresos, y los servicios de salud para las personas refugiadas. De este modo, la prestación de servicios se vuelve más respetuosa de las diferencias culturales. Es la capacidad de poner en práctica los controles comunitarios la que posibilita la democratización de los servicios de salud. Se cree que las perspectivas de la comunidad complementan y fortalecen las percepciones profesionales de la salud.

Por último, debemos convertir a estos consejos en fuertes defensores de servicios de salud no comercializados, al darles una voz que se oponga a las poderosas voces corporativas.

La APS sigue enfrentando cuestionamientos en la era del neoliberalismo y la austeridad, y de preferencia de los modelos biomédicos y comercializados de salud. Aquí también el activismo es una obligación.

B3. CONOCIMIENTO DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL

Se trata del complejo médico industrial y el sistema de salud estadounidense.

EEUU tiene un mercado excesivamente regulado, que en realidad escapa por completo a la disciplina de mercado. Debido a que la captura reguladora impulsa intereses de grupos de interés especial en EEUU, toda reforma tendría que dismantelar este modelo insostenible para ser verdadera. Los médicos no toman todas las decisiones sobre la atención de salud y cuando lo hacen, estas implican, por lo general, conflictos de interés flagrantes. Es fácil identificar a los grandes actores aquí al seguir el rastro del dinero, p. ej., las compañías aseguradoras, las grandes farmacéuticas y los proveedores de servicios a largo plazo con fines de lucro (dirigidos por élites médicas).

En EEUU, los sistemas de salud basados en el mercado se caracterizan por su falta de transparencia. No sorprende, entonces, que los resultados de la atención de salud dependan en gran medida de las condiciones sociales y económicas de los pacientes. Es sabido, además, que las compañías de seguros seleccionan cuidadosamente a las personas más sanas para venderles seguros...

El mercado de seguros está siempre en proceso de consolidación a través de megafusiones. Gran parte de lo que hizo *Obamacare* fue subsidiar el sistema de seguros privados. En vez de competir, las compañías encontraban/encontraron más seguro fusionarse con la competencia. El resultado final es de unas cuantas empresas muy grandes que no están interesadas en una guerra de precios, lo cual es precisamente lo contrario de los supuestos beneficios del mercado.

¿Está la industria farmacéutica involucrada en extorsión legal? Bueno, veamos los hechos: se estima que el precio de los fármacos patentados ha aumentado 18% cada año desde 2010. El mercado se ha convertido en una vía para aprovechar ventajas monopólicas antiguas y recién adquiridas. ¡Obsérvese que el programa de Medicare de EEUU tiene prohibido específicamente negociar precios con compañías farmacéuticas! Eso refleja el poder de incidencia de las grandes farmacéuticas, que tienen uno de los grupos de presión más grandes en Washington. Lo desafortunado es que esto es enteramente legal según las reglas actuales del Congreso.

Este ejemplo debería dejar claro que la participación de entidades privadas no favorece la salud pública.

¿Ha sido positivo el papel de los sindicatos? Solo los sindicatos de enfermeras y enfermeros de EEUU se encuentran a la vanguardia del activismo progresista y se les debe apoyar.

En resumen, EEUU pierde enormes sumas de dinero debido al fracaso de sus programas privados y a los costos generales tan inflados de las aseguradoras privadas.

La eliminación del sistema de seguros privados liberaría recursos que ahora se gastan en costos administrativos, y permitiría que toda la ciudadanía estadounidense recibiera atención de salud sin un incremento de impuestos o cuotas. (!)

Un hecho preocupante es que las aseguradoras de EEUU han avanzado mucho en los mercados externos. Hay ahora cadenas internacionales de hospitales y el desarrollo de la privatización en el extranjero no mejora las cosas, solo parasita el sistema público. En pocas palabras, el ánimo de lucro corrompe el sistema de salud.

B4. LA LUCHA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Las experiencias que siguen provienen de Sudáfrica.

Después de la caída del *apartheid*, muchos activistas prominentes pasaron de la sociedad civil al gobierno. El optimismo que causó esta caída duró poco. El país se encuentra en medio de una grave crisis sanitaria. Los números promedio en las estadísticas de salud ocultan grandes desigualdades, una de las causas principales de la mala salud. Con los recortes del gasto público hechos por el gobierno en un clima de austeridad, que agrava los problemas, el financiamiento de los donantes ha cambiado de naturaleza en un contexto de neoliberalismo en el que una parte sustancial del financiamiento se canaliza a través de organizaciones privadas no gubernamentales.

Se ha creado una cantidad importante de puestos de salud comunitarios cuyo personal recibe una capacitación estandarizada y trabaja en comunidades vulnerables. Sus contratos son temporales, se vencen cada año, así es que no reciben ningún beneficio conexo. Tampoco reciben mucho apoyo de los servicios de salud locales. Desempeñan una amplia gama de funciones esenciales en la gestión comunitaria de algunas enfermedades importantes como VIH y TBC. Asimismo, pueden reconocer y empezar el tratamiento temprano

de afecciones como neumonía, diarrea, desnutrición aguda y malaria. Pueden también promover la salud materna, neonatal e infantil. Brindan cuidados curativos sencillos y prevención personal, cuidan, además, a los enfermos y a los pacientes confinados en cama en el hogar. Es importante señalar que esta estrategia ha creado oportunidades de empleo para las mujeres.

Sudáfrica parece tener pocas posibilidades de alcanzar a corto plazo salud para todos y todas, y cobertura universal de salud (CUS), porque el gobierno no ha podido avanzar con rapidez en la reducción de las desigualdades, la solución de las causas sociales de la mala salud y el acceso equitativo a un sistema de prestación de servicios de salud. Los prospectores privados de empleos en servicios sanitarios utilizan estas debilidades para hacer trabajo de incidencia por las alianzas público-privadas en el ámbito de la salud.

Si a eso le agregamos una corrupción galopante y la captura del Estado a manos de ricos y poderosos conglomerados de salud, con un interés desmesurado en las poblaciones urbanas, se crea una situación que exige la movilización por la salud.

Es decir, una movilización que se convierta en un amplio movimiento social de la sociedad civil de interés público; que haga campaña por el derecho a la salud de toda la población sudafricana. La acción ciudadana puede impulsar cambios desde abajo.

B5. CÓMO LAS APP DEBILITAN LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Las experiencias que siguen provienen de Suecia.

La extracción sistemática de beneficios adicionales a los ya acordados por el gobierno con las alianzas público-privadas (APP) de salud es una táctica típica del sector privado, para lo cual crean una serie de subcontratos internos. De ahí que el costo de la alianza aumente con cada subcontrato extra mientras que el proceso se vuelve menos transparente. Estos tratos siempre han estado envueltos en misterio.

Por lo general, la escasez de personal de enfermería en estas APP constituye un cuello de botella. Esta escasez se debe a bajos salarios e ínfimos incrementos salariales, a los que se suman condiciones laborales muy difíciles. Nunca se les da prioridad y los fondos se desvían a firmas consultoras y contratistas caros. Se gastan grandes sumas de dinero en contratar a firmas consultoras en administración que con frecuencia reciben honorarios exagerados.

Las APP en la industria hospitalaria han tenido éxito, en detrimento de los beneficiarios, y son promovidas a través del FMI, el Banco Mundial y la UE. Un ejemplo es Lesoto donde la mitad del presupuesto nacional de salud se destina a financiar un gran proyecto de APP en la ciudad capital.

B6. ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS PARA LOS INMIGRANTES

Las experiencias que siguen provienen de Europa.

Excluir a los inmigrantes de los servicios sanitarios tiene como consecuencia que sean notablemente menos los y las inmigrantes que intentan acceder a los sistemas de salud, ya que a la mayoría se le niegan injustamente sus derechos. A eso se suma su falta de acceso a vivienda adecuada y alimentación suficiente; que sus documentos de identificación temporales apenas cubren problemas médicos de emergencia; no tienen acceso a atención preventiva, y miles de niños y niñas no se han inmunizado. Además, si el acceso

a la APS es difícil, mucho más lo es a la atención secundaria y terciaria, pero no solo debido a su falta de documentación.

La xenofobia también está en aumento. Los discursos de odio utilizan a los inmigrantes como chivos expiatorios de los problemas nacionales. Salta a la vista que se culpa a los inmigrantes indocumentados para distraer la atención del público de los impopulares recortes del gasto en el sector social.

Aquí es de vital importancia proteger el derecho a la salud de todos y todas. Las medidas de austeridad en Europa han reducido enormemente las inversiones en servicios de salud, y la población inmigrante es la que lleva la peor parte.

La percepción que tienen los y las inmigrantes de su falta de derechos los lleva a desistir de pedir ayuda aunque la necesiten. A eso se suman complejos procesos administrativos, tediosos y difíciles de entender, y servicios de traducción que con frecuencia no están disponibles, todo lo cual impide el acceso. La necesidad de mostrar permiso de residencia es otro obstáculo enorme.

La interpretación restrictiva de las leyes que hace el personal ha incidido también en que se niegue atención a las personas que solicitan asilo. Las instituciones públicas, salvo algunas excepciones, están obligadas a denunciar a las personas indocumentadas ante las autoridades migratorias. Este es un factor decisivo.

No basta con ofrecer servicios de salud y hacerlos exigibles, es necesario promover e informar activamente a la población de si en realidad están disponibles estos recursos.

Todo lo anterior equivale a que se cometen graves violaciones de derechos humanos. Las OSC de interés público movilizadas han abogado activamente por asegurar un sistema universal para todas las personas.

B7. INFORMALIZACIÓN DEL EMPLEO EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Los ejemplos que siguen provienen de Asia del Sur.

En más lugares de los que suponemos, los gobiernos han dejado de proporcionar atención sanitaria. Los presupuestos públicos menguan y la remuneración del personal de salud disminuye en relación con el gasto total de salud globalmente. Las mujeres están entre las más afectadas por las presiones a la baja en la remuneración.

La tendencia que surge como consecuencia de lo anterior es la informalización del empleo en el sector de salud. El empleo hasta la jubilación en el sector público se reduce y aumentan los contratos temporales.

El MSP señala que la inseguridad de la titularidad en el caso del empleo informal hace aún más difícil que los trabajadores formen sindicatos o se unan a estos. Sin el derecho de sindicalización y celebración de pactos colectivos, los trabajadores de salud quedan expuestos a la explotación de sus empleadores.

Primero se persigue establecer relaciones de empleo informal con trabajadores no calificados. En la medida que se extiende la informalización, los y las auxiliares de pabellón y personal de limpieza también se ven afectados y contratados temporalmente. El personal de laboratorio y enfermería también son afectados al final de la cadena.

La informalización de la fuerza laboral de la salud, el debilitamiento de las instituciones de salud pública y la expansión del papel del sector privado están en realidad interconectados de múltiples y complejas maneras.

Cabe señalar que el extenso y mal financiado despliegue de personal comunitario de salud en zonas rurales va de la mano con sus irregulares horarios de trabajo e insuficiente remuneración, que es un factor importante en que dejen su reducción gradual. El tema de la remuneración se ha convertido en una amarga lucha con asociaciones formadas para oponerse a la remuneración por sueldo base y otros derechos laborales como permisos con goce de sueldo y pensiones. No se puede pasar por alto su descontento. Se debe apoyar su reconocimiento formal con plenos derechos para lograr la sostenibilidad a largo plazo (contratación y retención). (Algunos trabajadores comunitarios de salud reciben bonos especiales y estipendios para refrigerios durante las campañas de inmunización, y eso apenas si es suficiente).

El GHW5 señala que, por lo general, se excluye a las castas inferiores y las mujeres de minorías del proceso de selección, pese a que el personal comunitario del sistema de salud equivale a un subsidio oculto para la sociedad en general.

Por último, la migración es uno de los factores principales tras la crisis mundial de personal sanitario, con muchos de sus miembros empujados a trabajar en el sector privado y/o a buscar mejores opciones en el extranjero.

Solo a través de la participación de la comunidad más amplia de salud pública en las demandas del personal sanitario organizado puede hacerse realidad un trabajo digno y la prestación de servicios de calidad.

C. MÁS ALLÁ DE LA ATENCIÓN SANITARIA

C1. CAMBIO CLIMÁTICO, DEGRADACIÓN AMBIENTAL Y SALUD

Las hábiles y extendidas campañas de responsabilidad social corporativa siguen insistiendo en que los puntos anteriores son exageraciones. Así es que las empresas impulsadas por el mercado continúan alegremente poniendo en peligro los espacios y lugares donde las personas trabajan, juegan y viven. Los niños y las niñas, las mujeres y las personas de la tercera edad están particularmente expuestas. Todo intento de control se enfrenta a una oposición sistemática.

Al GHW5 le preocupa, entre otras cosas, la contaminación del aire exterior e interior, el uso excesivo y la contaminación del agua, las prácticas de tala y quema, la eliminación de desechos tóxicos, la contaminación de los océanos con plástico, la deforestación, y tantas otras preocupaciones planetarias del siglo 21 que afectan la salud pública.

En todas estas preocupaciones subyacen determinantes políticos explícitos que terminan por afectar la asignación de recursos en nuestras sociedades.

En lo que respecta al cambio climático, se observa que este exacerba los problemas de salud existentes, incluso las consecuencias secundarias como las enfermedades transmitidas por vectores, escasez de alimentos, inseguridad alimentaria y, en particular, los desplazamientos de población.

Lo más probable es que quienes resulten afectados—lo cual no causa sorpresa—sean las personas empobrecidas, las excluidas socialmente y los demás grupos vulnerables, como la población indígena (que también están en la primera línea de resistencia a los abusos).

El MSP insiste en que es una idea equivocada seguir diciendo que el tamaño o crecimiento de población en sí es causa de estos problemas. Las CTN y el estilo de vida de los ricos influyen profundamente en el cambio climático.

De ahí que sean los excluidos del poder y la toma de decisiones quienes cargan con las consecuencias de la degradación del medio ambiente en la salud, mientras los más poderosos acumulan las mayores ventajas.

Reciclar y producir abono, crear un huerto casero, usar electrodomésticos de bajo consumo y transporte público, montar bicicleta, caminar y bajar el termostato en invierno son solo algunas de las recomendaciones para las sociedades pudientes. Sin embargo, todo esto necesita una motivación para hacer esos cambios de comportamiento, y simplemente se carece de esta.

Una salvedad aquí sería el hecho de que las soluciones individuales o domésticas no afectan los verdaderos determinantes estructurales subyacentes, los que impulsan la degradación ambiental en todo el mundo. No cabe duda de que las políticas a favor de las CTN y los subsidios agravan la situación.

Por eso solo nos queda confrontar a las agroindustrias, las empresas energéticas y extractivas, y otros intereses industriales a través del litigio, las campañas de desinversión, los grupos de presión, las protestas y otros métodos. Las acciones de La Vía Campesina ofrecen un ejemplo con su trabajo por la soberanía alimentaria, la conservación de los recursos naturales, la agricultura sostenible, la igualdad de género, los derechos a la tierra, la resistencia contra los desplazamientos y las relaciones económicas justas.

Cabe hacer mención especial del movimiento indígena el Buen Vivir de la región andina en América del Sur y en América Central. Este confronta las suposiciones convencionales acerca del crecimiento y el desarrollo, e insta a vivir bien, en armonía con la naturaleza y en concordancia con los recursos existentes.

De ahí que sea necesario un cambio de paradigma que cuestione la economía política mundial y ofrezca opciones ecológicas. Los valores cambiantes significarán presiones en los procesos políticos para construir sociedades que dan preferencia a la equidad sobre el crecimiento.

Nuestra civilización se encuentra en una encrucijada fundamental. El planteamiento de los problemas relacionados con la salud exigirá intensas luchas políticas para enfrentar la renuencia política al cambio transformador de los grandes contaminadores, sobre todo las CTN, que siguen trabajando como si nada.

C2. DERECHOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL CON ENFOQUE DE GÉNERO

Es deplorable que la salud de las mujeres siga relegada a cuestiones de salud materna y planificación familiar, en especial para mujeres casadas. La coerción y las desigualdades sociales que derivan en jerarquías sociales están muy arraigadas y siguen creciendo en los países y entre estos. Si a eso agregamos los retos que plantea el surgimiento de fundamentalismos religiosos y políticos, se obtiene una descripción de por qué prevalece el patriarcado. La protección de la integridad física de la mujer y su libertad de la violencia, así como su acceso a abortos seguros están en riesgo.

Aunque el llamado de los ODS a “no dejar atrás a nadie” es inspirador, sus metas e indicadores no son exhaustivos y tampoco tienen un potencial verdaderamente transformador.

Es triste decirlo, pero los sistemas de atención pública de salud han fomentado históricamente estas discriminaciones y violaciones de los derechos humanos y la salud, no solo de mujeres sino también de otros grupos con sexualidades e identidades de género marginadas. Se insta a prestar atención a las necesidades de las personas LGBT.

A los y las trabajadoras sexuales se les estigmatiza aún más y tienen dificultad para acceder a servicios de salud, sobre todo en situaciones de violencia. El acceso que tienen a instituciones de mantenimiento del orden público y de justicia en situaciones de violencia es todavía más limitado. Las personas que son trabajadoras sexuales están en el proceso de organizarse puesto que prácticamente no tienen acceso a servicios de salud. Eso sí, el trabajo sexual se mezcla muchas veces con problemas de trata de personas.

Es por todas estas razones que es necesario volver a trazar la trayectoria futura del activismo en torno a los derechos sexuales y de salud reproductiva (DSRS). Debemos forjar alianzas y lazos de solidaridad para resistir las medidas retrógradas que amenazan los DSRS. Las movilizaciones para que las OSC de interés público elaboren y presenten informes alternativos ante el Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal y el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (CEDAW). Los países que no han firmado/ratificado algunos de los tratados internacionales que otorgan protección a los DSRS deben convertirse en blanco de la movilización estratégica de las OSC.

C3. FALTA DE PROGRESOS EN LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Las experiencias que siguen provienen de Chile.

Las desigualdades de género se manifiestan parcialmente en la manera de abordar los derechos de salud reproductiva y sexual de las mujeres (DSRS), ámbito en el cual vemos una preocupante falta de progresos en la consecución de mejores resultados en materia de salud. Se ignora con demasiada frecuencia el papel del poder en la formulación de políticas referentes a estos temas, sobre todo cuando se dan debates sobre reformas en el sector de salud. Es patética la marginación de las mujeres en los espacios de toma de decisiones, lo cual plantea cuestiones importantes acerca de la probabilidad de que se discutan los temas de DSRS como asuntos políticos serios. Además, es predecible que los intentos por introducir un enfoque más redistributivo en el sistema de salud serán bloqueados por las compañías de seguros de salud privadas. Tampoco se puede negar la influencia de la Iglesia católica en la formulación de las políticas sanitarias en este ámbito, lo cual sin duda tiene un impacto negativo en la salud de las mujeres. A pesar de la baja adhesión popular a la Iglesia, esta ha tenido éxito en mantener una agenda conservadora en relación con los derechos reproductivos de las mujeres. Si a eso le sumamos la alianza de la Iglesia con el sector empresarial conservador y las élites de la derecha ideológica, se completa el cuadro. Este poder absoluto ha influido también en la educación sexual en las escuelas, al igual que en el acceso a anticonceptivos de emergencia y el aborto.

Asimismo, la profesión médica no ha dado prioridad a las maneras en que las mujeres definen su salud. El personal médico y sanitario todavía ejerce poder y control sobre las mujeres que buscan atención médica, una situación que, según se podría argumentar, ha sido reforzada en el contexto de la privatización de los servicios de salud.

Si los gobiernos toman en serio su compromiso de superar las desigualdades y alcanzar las metas de desarrollo, es esencial que planteen enérgica y plenamente los temas de DSRS. El MSP es parte activa en esta lucha.

C4. LOS TRATADOS DE COMERCIO Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Los tratados de comercio han tenido efectos considerables en el bienestar y los medios de vida de las personas, e incluso en su salud. Pensemos, por ejemplo, en el acceso a medicamentos esenciales. Otros motivos de preocupación son la falta de transparencia en la negociación de esos tratados de libre comercio (TLC), las innumerables intervenciones de grupos de interés privados, el hecho de que los países en vías de desarrollo se encuentren casi siempre en una posición de debilidad en las negociaciones, y que los países desarrollados traten de eliminar cualquier flexibilidad que pueda favorecer a los primeros. Los desequilibrios de poder existentes se reflejan en las reglas establecidas en estos acuerdos (que suelen profundizar las desigualdades de múltiples formas).

Los TLC promueven los intereses corporativos a expensas de las prioridades de salud pública y causan una pérdida de ingresos para los gobiernos, al rebajar o abolir los aranceles por el comercio transfronterizo. En los países más pobres, la pérdida de una importante porción de los ingresos por aranceles limita la capacidad de sus gobiernos para ejecutar políticas sociales e invertir en sectores vitales como salud y educación.

Vale la pena destacar que la atención sanitaria en los países en vías de desarrollo puede ser muy rentable, de tal manera que se hacen valer también los intereses comerciales. (El sector salud es uno de los de más rápido crecimiento en la economía mundial). Los TLC alientan la comercialización y la privatización de los servicios de salud, por lo que las compañías de seguros están siempre en búsqueda de nuevos mercados.

Los acuerdos comerciales acorralan a los países en una situación de privatización de los servicios de salud, que se vuelve irreversible. Se inclinan a favor de las grandes empresas farmacéuticas y crean a menudo situaciones de monopolio. Muchas veces llevan a cambios en la dieta y estado nutricional de la población. Las importaciones de alimentos, en particular de alimentos muy procesados, han aumentado en más de un 100% desde el año 2000. El resultado es un aumento de las tasas de obesidad y enfermedades crónicas. Los hogares pobres son los más susceptibles a estos cambios, ya que son los que más consumen alimentos muy procesados y más baratos. Asimismo, aumenta el consumo de alcohol.

El comercio también afecta de manera indirecta las condiciones laborales de la clase trabajadora, la que se encuentra cada vez más debilitada cuando se trata de ejercer sus derechos laborales. Se puede prever que habrá efectos adversos más graves en la salud en los países con protección social limitada. Tampoco hay que olvidar que, por lo general, la protección social está restringida a relaciones de empleo formales y es inexistente en las distintas formas de empleo precario.

En el fondo, se ha logrado mantener precios competitivos, pero a expensas de los derechos de los trabajadores. Cuando las presiones ejercidas por los TLC empeoran las condiciones de empleo y de trabajo, las mujeres son las primeras en ser afectadas. La mayoría de trabajadores informales son mujeres y no tienen protección social de ningún tipo.

La liberalización del comercio tiene efectos negativos en la sindicalización de trabajadores y en su poder de negociación como empleados. Este desempoderamiento de trabajadores y sus sindicatos refleja el poder creciente de las grandes empresas transnacionales y su influencia en las políticas laborales. Si los y las

trabajadoras hacen el intento de organizarse para cambiar su situación, corren el riesgo de ser incluidos en una "lista negra" o son amenazados con despido. En consecuencia, tienen temor de defender sus derechos.

Es poco probable que el Acuerdo de Asociación Transpacífico o TPP (aprobado ahora con algunas modificaciones) aumente el poder de los trabajadores, más bien es todo lo contrario. Los países signatarios del TPP encuentran una gama inadecuada de opciones nacionales que permitan satisfacer estándares laborales mínimos y ser elegibles para formar parte de los TLC.

En estos tratados, muchas de las disposiciones referentes al trabajo son en gran medida "ornamentales" y ofrecen pocas mejoras concretas, en especial debido a que a menudo carecen de reglas vinculantes cuyo cumplimiento podría ser exigido por los trabajadores. Además, hacen falta mecanismos que establezcan sanciones en caso de incumplimiento.

Los hechos contradicen las afirmaciones de que el aumento del comercio lleva al crecimiento económico y bienestar de la población. Los efectos negativos en la salud ocurren por diferentes vías.

Es de urgente necesidad pensar más allá del marco que se encuentra sujeto a las recetas neoliberales. Tenemos que ir más allá.

Los países en vías de desarrollo deben ser compensados por la pérdida de ingresos derivada de la reducción o eliminación de los aranceles que exigen los países desarrollados.

C5. LA SALUD PÚBLICA EN EL SECTOR EXTRACTIVO

Las experiencias que siguen provienen de África oriental y meridional.

Lo que hace falta para que las industrias extractivas respeten los aspectos relacionados con la salud pública es un sistema de gobernanza encabezado por gobiernos transparentes, democráticos y responsables que aborden estos aspectos, organizaciones de la sociedad civil (OSC) de interés público que se hacen oír y ejercen influencia, y representantes de las comunidades afectadas para que puedan enfrentar a la industria en pie de igualdad.

En ningún país se cumplen a cabalidad todas las normas internacionales relacionadas con la salud en las industrias extractivas. Ninguno exige la aprobación explícita del sector salud para que estas puedan realizar sus operaciones. Las disposiciones relacionadas con la salud y la protección social son simplemente débiles, así como las que estipulan la reubicación de las comunidades afectadas, debido a la escasa representación de las personas directamente afectadas en la toma de decisiones y en lo concerniente a la reparación de agravios. Pocos países incluyen la atención sanitaria y vigilancia médica para trabajadores afectados, pues es algo que se considera una cuestión de responsabilidad social corporativa de carácter voluntario.

Hablemos claro: la solución de "quien contamina, paga", ofrecida a regañadientes, deja sin resolver los daños a la salud pública. Es muy difícil que se cumplan las medidas correctivas originadas por los reclamos presentados ante las grandes corporaciones.

Aquí el problema más serio es la brecha entre lo que la ley o la política dice que debería suceder y lo que ocurre en realidad. La verdad es que los países están mal preparados para lidiar con cuestiones sociales en un sector de tan rápido crecimiento como la industria extractiva.

Con demasiada frecuencia los gobiernos acceden a disposiciones favorables para los inversionistas en su afán por atraer la inversión extranjera. Sin embargo, los países no tienen la capacidad necesaria para aplicar las reglas y las multas que imponen son demasiado bajas para tener un efecto disuasorio.

Los contratos mal negociados y las concesiones fiscales les cuestan a los países fuertes sumas de ingresos. Las medidas voluntarias no están orientadas a lidiar con los determinantes de la salud que se derivan de las actividades de la industria extractiva. Esta situación refleja el poder de relaciones públicas e incidencia que tienen estas corporaciones. La responsabilidad social corporativa de carácter voluntario jamás ha significado un compromiso de trabajar con las comunidades afectadas.

Con respecto a la rendición de cuentas, las OSC de interés público deben cumplir con las funciones de vigilancia independientes necesarias a través de comités con claras obligaciones de divulgación. Por su parte, los trabajadores y sindicalistas deben ejercer presión conjunta y no centrarse solo en demandas salariales. Lo que se necesita es una voz fuerte, al igual que estudios de impacto ambiental y de salud transparentes. También es importante que las comunidades locales reciban una porción pequeña pero apropiada de los beneficios económicos y sociales provenientes de las operaciones extractivas.

Las asimetrías de poder entre los actores corporativos globales, los Estados y las comunidades constituyen la base de los problemas que aquí se abordan. Por lo tanto, se necesitan asociaciones públicas-públicas entre las comunidades afectadas, las OSC e instituciones estatales. Las OSC deben recopilar las pruebas que se necesitan para regular los intereses comerciales que son dañinos para la salud, aunque eso signifique enfrentarse a los poderes económicos vigentes. Es urgente pasar de una posición en la que solo se exigen servicios médicos para los afectados a otra en la que se realiza trabajo de incidencia y se plantean con claridad los derechos y obligaciones que se deben garantizar.

C6. LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS: DE LA APLICACIÓN DE LA LEY A LA SALUD PÚBLICA

La guerra contra el narcotráfico ha fracasado, también ha socavado la salud y empeorado la situación de algunos de los grupos más pobres del mundo. Esta "guerra" debe avanzar hacia la adopción de un enfoque de salud pública. La prohibición estricta del uso de drogas ha significado que no hay controles sobre su potencia y pureza; muchas veces el equipo que se usa para ponerse inyecciones es poco seguro, la fumigación aérea de cultivos de drogas no ha funcionado, y pone en peligro la salud de los habitantes locales expuestos a las pulverizaciones.

Además, se ha restringido el uso de medicinas esenciales necesarias para el manejo del dolor por las fuertes limitaciones impuestas a la disponibilidad de analgésicos opioides.

La criminalización de personas que consumen drogas ha servido y sirve de fuerte barrera que impide el acceso a la atención médica. Los servicios de reducción de daños que proporcionan equipos de inyección estériles por medio de programas de agujas y jeringas siguen siendo esenciales para reducir la transmisión y prevalencia del VIH.

Casi siempre las personas que llevan la peor parte en la "guerra" contra las drogas son las más pobres y marginadas. La adopción del enfoque de salud pública en las políticas contra el uso de drogas significará que ya no se criminalizará a quienes las consuman, lo cual de por sí constituye un abuso de los derechos humanos, y que podrán acceder a los servicios de salud y apoyo que necesitan. Así se liberaría el dinero que

se gasta en querer que se cumplan leyes antidrogas fallidas, y se podría reorientar a los servicios públicos, p. ej., con énfasis en los servicios de reducción de daños y la legalización de cannabis para uso recreativo.

El GHW5 argumenta que es posible la despenalización en conjunto con regulaciones estrictas.

En conclusión, el uso de drogas es un problema de salud pública que exige soluciones de salud pública. No es viable un planteamiento único para todas las situaciones y es crucial que participen los grupos más afectados.

D. LO QUE OBSERVAMOS

D1. EL DINERO MANDA EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La OMS enfrenta desafíos muy grandes que amenazan con socavar los fundamentos y principios esenciales de la organización. Su capacidad se ha erosionado con los años, su propia legitimidad está comprometida, y es obvio que la crisis de financiación por la que atraviesa está tras sus deficiencias.

El financiamiento del presupuesto de la OMS proviene de una mezcla de contribuciones prorrateadas muy bajas que pagan los Estados miembros y contribuciones / donaciones voluntarias de fuentes tanto públicas como privadas. Eso hace que la organización padezca una falta crónica de la previsibilidad que necesita para sus operaciones. En términos históricos, las contribuciones prorrateadas han excedido las fuentes voluntarias de financiación. Desde el año 1993, cuando se congelaron las contribuciones prorrateadas debido a una resolución patrocinada por EEUU, los recursos no presupuestados se han convertido en la principal fuente de ingresos. Vale la pena mencionar que muchos Estados miembros no han pagado sus cuotas de afiliación, de tal manera que la OMS es literalmente un rehén financiero de las contribuciones voluntarias que ahora representan alrededor de 80% de su presupuesto total. La mayoría de las contribuciones vienen asignadas a fines específicos, o sea que se deben invertir en programas particulares. En tiempos recientes, solo diez países hicieron “contribuciones voluntarias básicas” cuyo uso podrá decidir la propia OMS (solo un 7% del total de contribuciones). Cerca de la mitad de las contribuciones voluntarias atadas son aportes que hacen los países (sobre todo EEUU y el Reino Unido), mientras que el resto proviene de otros donantes, entre los que se encuentran fundaciones privadas, agencias intergubernamentales y asociaciones que cuentan con socios privados y corporativos. Ninguno de estos contribuyentes voluntarios no estatales proporciona fondos básicos sin ataduras. Fundaciones como la Fundación Gates tienen sus áreas específicas de apoyo que terminan por orientar las recomendaciones de la OMS. Esto obliga a la siguiente pregunta: ¿son socios o competidores en el ámbito de la salud? El modelo actual permite que los donantes financien y presten asistencia de manera que puedan controlar y monitorear más de cerca cada una de sus etapas.

Los donantes que especifican un objetivo para su ayuda no solo influyen en los resultados y reducen la flexibilidad de la OMS sino que también debilitan el apoyo a su liderazgo, impulsados ahora por consideraciones no independientes, lo cual socava la capacidad de la OMS de hacer uso de su experiencia y conocimientos, y de su capacidad plena de personal. Como consecuencia, la OMS se encuentra más vulnerable a la influencia de países donantes ricos que promueven los intereses de corporaciones poderosas, en particular las grandes transnacionales farmacéuticas. Es así que el poder del mercado se traduce fácilmente en poder político.

Además, demuestra que la OMS no tiene la voluntad política para enfrentarse a las grandes corporaciones, y es obvio que los donantes son selectivos cuando escogen las áreas que van a financiar.

A lo anterior se añade que algunos programas de la OMS no están dotados de suficientes recursos a consecuencia del control que ejercen los donantes de sus finanzas. No interesa la importancia que puedan tener para la salud pública, las áreas en que es difícil medir los resultados no reciben apoyo de los donantes. Asimismo, estos hacen caso omiso del fortalecimiento de los sistemas de salud. ¿Será que la OMS, al fijar sus prioridades “bajo presión” de los donantes, puede anular incluso las decisiones importantes tomadas por Estados miembros? Es probable.

Las consecuencias de todo eso van más allá de la salud pública global, ya que la OMS ha perdido su influencia / importancia política con relación a los nuevos actores en el ámbito de la salud mundial. La disminución resultante de su influencia sobre la gobernanza impulsa también a los Estados miembros a participar en operaciones con múltiples interesados.

El Marco para la colaboración con actores no estatales (FENSA, siglas en inglés) de la OMS ha colocado a entidades del sector privado al mismo nivel que las entidades de interés público, sin reconocer las diferencias fundamentales en su naturaleza y funciones.

Cuando se aplica a las grandes transnacionales, sus asociaciones empresariales y fundaciones filantrópicas, esta categorización de FENSA legitima el giro de los problemas de salud pública y sus soluciones en favor de los intereses y agendas de esos actores. Asimismo, FENSA eliminó las restricciones a la aceptación de recursos financieros del sector privado para financiar los salarios del personal de la OMS, lo cual constituye un claro caso de conflicto de intereses. (i)

Por todas las razones arriba señaladas, es urgente volver a posicionar a la OMS como la principal autoridad en materia de salud, romper con el control de los donantes y hacer que las contribuciones prorrateadas vuelvan a ser su fuente principal de financiación. Las contribuciones de los “socios” no estatales deben estar acompañadas por acuerdos firmados que garanticen un compromiso con las normas y principios de la ONU. FENSA debe distinguir entre socios no estatales en general y los principales donantes. El MSP destaca que el círculo vicioso dentro del cual se aplican respuestas actuales a la difícil situación crónica de financiación más bien la exacerba.

D2. FUNDACIONES FILANTRÓPICAS PRIVADAS: ¿QUÉ SIGNIFICADO TIENEN PARA LA SALUD MUNDIAL?

Hay una influencia cada vez mayor de las fundaciones filantrópicas en el desarrollo global, y se ha ignorado el riesgo que acarrearán sus efectos colaterales. La filantropía va dirigida a preservar la riqueza, no a redistribuirla. Se trata de una noción alterna de asistencia social incorporada a la estructura del capitalismo. Estas fundaciones están exentas del pago de muchos tipos de impuestos y las contribuciones que reciben se benefician de deducciones fiscales. De esta manera hasta un tercio de sus donaciones financieras son, en efecto, subsidiadas con dinero público. Tres personas (los síndicos, en este caso Bill y Melinda Gates, y Warren Buffet) toman las decisiones más importantes sobre las donaciones que hace la Fundación Gates. En la práctica, la filantropía es una manera de evadir el pago de impuestos corporativos más altos y, a menudo, las mismas donaciones abren mercados para las multinacionales estadounidenses o europeas.

No obstante, todavía prevalece una imagen favorable de la participación filantrópica, mientras se hacen a un lado sus efectos secundarios. Los ODS propician la participación filantrópica en asociaciones de múltiples partes interesadas con el sector privado, las que se consideran “pragmáticas” y “orientadas a la búsqueda de soluciones”.

La filantropía va en aumento, pero solo en un contexto de desigualdades generalizadas, porque se utiliza un enfoque de mercado para tratar el tema del desarrollo. Casi todas estas organizaciones buscan cómo influir en las personas responsables de tomar decisiones y la opinión pública.

Además hacen generosas donaciones a los medios de comunicación —otro claro conflicto de intereses— puesto que siempre se apaga el verdadero debate acerca del desarrollo cuando se trata de temas controvertidos.

Asimismo, las organizaciones filantrópicas participan muy activamente en el trabajo de incidencia política para promover “resultados rápidos”, pero se descuidan los obstáculos estructurales y políticos.

Han sido criticadas, y con razón, por “manejar a los pobres en vez de empoderarlos”.

También es de sobra conocida su dependencia de soluciones técnicas, así es que les gusta financiar programas verticales dirigidos a enfermedades específicas.

Impulsan la privatización de los servicios básicos y silencian las críticas cuando estas APP no funcionan.

Promueven la idea de que con mejores tecnologías se pueden encontrar soluciones tecnológicas duraderas basadas en el mercado para los múltiples y complejos problemas sanitarios en el mundo. Pero hacen caso omiso de la necesidad de construir sistemas de salud funcionales / operativos y de lidiar con toda una gama de determinantes sociales.

Todas “buscan respuestas con la mano derecha a problemas que otros en la sala han creado con la izquierda”.

Sin embargo, los gobiernos están empezando poco a poco a entender mejor los riesgos asociados con la creciente influencia de la filantropía corporativa, al igual que los riesgos implícitos al trabajar con actores privados y las posibles salvaguardas que deben establecer. También han ido cobrando paulatinamente la determinación política necesaria para limitar la influencia de las organizaciones filantrópicas

Cabe señalar que el Marco para la colaboración con agentes no estatales (FENSA) de la OMS fue creado para acomodar a fundaciones privadas y entidades con fines de lucro. Se ignora su influencia en los procesos de tomas de decisiones de la OMS, pero se sabe que debería manejar con eficacia los graves conflictos de intereses que surjan.

Hay, por lo tanto, una necesidad urgente de plantear reglas claras para la cooperación con fundaciones privadas, con claras “líneas rojas” que incluyan requisitos mínimos para esta cooperación, políticas referentes a los conflictos de intereses y reglas de transparencia y rendición de cuentas, y para evaluaciones independientes.

Las OSC también deben seguir replanteándose su cooperación con las fundaciones filantrópicas.

D3. CONSULTORÍA DE GESTIÓN EN LA SALUD GLOBAL

En términos generales, el papel de las empresas de consultoría de gestión ha quedado oculto a la vista pública. Asesorar a gobiernos en diferentes partes del mundo de la misma manera en que asesoran a las corporaciones privadas fue una idea cuyo momento había llegado. Estas empresas comparten la opinión de que el sector público necesita una inyección de eficiencia como la que prevalece en el sector privado, una mejor relación costo-rendimiento, habilidades para gestionar proyectos y marcos para el monitoreo: "Nosotros les podemos mostrar cómo gestionar programas, gastar bien su dinero, fortalecer capacidades y tranquilizar a las juntas de donantes".

En poco tiempo, las empresas de consultoría de gestión se hicieron indispensables. Hoy día, se encuentran en todas partes de las instituciones de salud globales y en el proceso se han vuelto muy lucrativas.

El problema es que los consultores han pasado de proporcionar asesoría organizativa a ofrecer orientación estratégica. Por lo tanto hay implicaciones cuestionables al contratar los servicios de estos consultores, a tal punto que amerita un examen.

Estos consultores socavan las intervenciones sistémicas en las causas porque suelen ser generalistas (algo de lo que se enorgullecen). Analizan problemas desde una óptica de gestión organizativa y utilizan el resultado como base de las respuestas que proponen para un problema. En nuestro caso, se tiende a fusionar la salud y el desarrollo humano en una especie de ejercicio técnico. Eso significa también ir desechando las soluciones a largo plazo y no concentrarse en las dimensiones sistémicas de los problemas y sus raíces, como la discriminación, los derechos humanos, la participación democrática y aspectos de poder. Estas consideraciones no forman parte de los manuales de los consultores. El resultado es que afianzan el *statu quo* cuando se trata de los sistemas y el poder, en vez de confrontarlo. El lenguaje de los consultores incluye términos como "valor por dinero", "financiación basada en resultados" e "intervenciones de gran impacto", lo cual ejerce presión para buscar los éxitos más fáciles de lograr y el más alto rédito por dólar gastado, y no para satisfacer las necesidades más grandes. Por lo tanto, se concentran en obtener los beneficios que están a mano, lo cual en la práctica reduce el apoyo para actividades clave de prevención y disminuye la financiación para las OSC de interés público ¡cuando no las debilita!

En resumidas cuentas, los consultores convierten las discusiones sobre la salud en debates de élite, lo cual cambia la naturaleza del activismo y del trabajo de incidencia que luego pasan por el filtro del modelo de la eficacia como respuesta a los desafíos existentes en el campo de la salud. Como consecuencia, las OSC de interés público del sur son marginadas.

Es más, las empresas de consultoría promueven siempre el modelo público-privado de cooperación como una solución casi universal. No están obligadas a divulgar los nombres de sus clientes ni los productos o análisis que generan para ellos, los que en muy raras ocasiones se hacen públicos. En el caso de la OMS, algunas empresas contratadas por la Fundación Gates han llegado al extremo de recomendar cambios de personal en la organización. Esta manera opaca de operar les permite acumular información propietaria y de inteligencia, lo cual, como era de esperar, lleva a que sean contratadas una y otra vez para estudiar temas en los que ya han trabajado, sin asumir responsabilidad (ni crédito) por la manera en que la institución contratante aplica (o no) sus consejos. ¡Rara vez, o nunca, se evalúa el impacto de sus recomendaciones! No tienen ningún compromiso con los países donde trabajan y mucho menos una conexión con las comunidades locales que se vean afectadas. No rinden cuentas por su participación y se han dado casos de conflictos de interés con algunos consultores que trabajan a veces para la OMS y otras, para algún gobierno o empresa de consultoría.

Se puede interpretar la llegada de consultores de gestión al campo de la salud global como una incursión bien coreografiada y con fines de lucro. Su participación se traduce en interdependencias lucrativas. Parecen haber dominado el arte de socializar los riesgos y privatizar los beneficios. Al plantear el tema de la salud como un ejercicio técnico, dar énfasis al valor económico, aumentar la eficiencia y obtener resultados rápidos, se ha excluido a las personas más conocedoras y a las más necesitadas. Otra consecuencia ha sido el abandono de soluciones sistémicas a largo plazo y la degradación de las voces comunitarias. Por último, el secretismo que rodea este negocio pocas veces sirve al interés público.

D4. LA ALIANZA GLOBAL PARA VACUNAS E INMUNIZACIÓN (GAVI)

Al parecer – o quizá sea un hecho – actores privados han secuestrado a las dos asociaciones en estas áreas de actividad que son, por definición, de naturaleza pública. Esa situación es particularmente problemática porque el financiamiento de ambas asociaciones proviene en gran medida de fondos públicos – sobre todo a través de aportaciones procedentes de varios países. De hecho, más de cuatro quintas partes de todo el dinero para investigaciones básicas orientadas a descubrir nuevas vacunas y medicinas vienen de fuentes públicas.

El dilema de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI, siglas en inglés): En sus procesos de toma de decisiones nada transparentes, GAVI tiene una estructura de gobernanza híbrida en la que participan actores no estatales, como las corporaciones farmacéuticas. Un 79% de sus fondos son contribuciones que hacen diversos gobiernos, mientras que el resto proviene de fundaciones, corporaciones y particulares. GAVI pone énfasis en soluciones tecnológicas, a fin de lograr resultados rápidos y cuantificables a corto plazo, y al hacerlo, promueve los intereses de los fabricantes privados de vacunas. Es conocida por acomodarse a las necesidades de la industria farmacéutica, representada por cuatro gigantes multinacionales en el desarrollo y manufactura de vacunas que controlan entre ellos casi un 80% del mercado. GAVI no promueve la producción local ni la transferencia de tecnología, pero ejerce presión para que se cumplan los cronogramas nacionales de inmunización de los países que apoya y que comparten los costos de las vacunas que utilizan.

La industria también es famosa por exagerar sus costos de investigación y desarrollo. Por ejemplo, la vacuna antineumocócica cuesta más de lo que pueden pagar los países elegibles para GAVI, por no hablar de que las actividades de investigación y desarrollo hubieran sido más valiosas si se hubieran concentrado en las necesidades reales de esos países.

El cobro de precios diferenciados por el mismo producto en distintos mercados o grupos de consumidores permite que las grandes empresas farmacéuticas mantengan el monopolio del mercado mediante la obstaculización de sus competidores genéricos. Como es sabido, la fijación de precios carece de transparencia, lo que no es nada nuevo. Una sólida competencia genérica, no la fijación de precios diferenciados, ofrece la solución real y sostenible al problema de precios cada vez más altos para nuevos medicamentos y vacunas. De ahí que sea necesario adoptar políticas que alienten la transferencia de tecnología y promuevan la competencia, pero estas no son todavía parte de la estrategia de GAVI. Las negociaciones sobre estos y otros temas tienen lugar en las tinieblas, puesto que los negociadores no conocen los costos de producción reales.

Cabe señalar que para el año 2025, 29 de los 73 países originalmente elegibles habrán perdido por completo el apoyo de GAVI y tendrán que financiar sus propios programas de inmunización.

Tomando en cuenta toda esta situación casi monopólica, Médicos sin Fronteras ha llegado al punto en que rechaza las donaciones de vacunas que le ofrece Pfizer, en señal de protesta.

Asimismo, la asociación estrecha entre GAVI y la Fundación Gates plantea otras inquietudes con relación a los conflictos de intereses.

Por último, solo 10% de los aportes totales de GAVI están destinados al fortalecimiento de los sistemas de salud y esa cantidad se utiliza en gran parte para adquirir embarcaciones, bicicletas, equipo para vacunas y para cadenas frías, todo eso relacionado con programas de inmunización. El GHW5 señala que GAVI no presta apoyo a otros servicios de APS, por lo cual persiste siempre una brecha entre la inmunización y otros aspectos de la agenda de salud en sentido más amplio. Por último, la cobertura global de los programas de inmunización de GAVI ha aumentado apenas 1% desde 2010.

El dilema del Fondo Global: Un 93% de toda la financiación del Fondo Global (FG) procede de gobiernos donantes, pero la influencia del sector privado sobre el FG está fuera de toda proporción si se compara con su aportación de 7%.

La OMS y UNAIDS no tienen voto en la junta del FG. La toma de decisiones se ha dejado a un reducido grupo de representantes en el que los sectores público y privado tienen igual peso en su gobernanza organizativa. Pero su naturaleza de asociación público-privada pone en peligro la gobernanza democrática global.

Además, aunque el FG no es una organización intergubernamental, todas las donaciones que recibe están exentas de impuestos.

El FG no ejecuta programas directamente. Tiene una plantilla de 700 personas con sede en Ginebra y se describe como una organización compacta y eficiente que no tiene oficinas de país. Ofrece con frecuencia regular oportunidades y contratos lucrativos al sector privado. Las empresas de gestión internacional y auditoría son las que operan como agentes del FG (como agentes fiscales y auditores externos). Esas empresas favorecen siempre al sector privado local a expensas de la salud pública. Además, sus servicios son caros, de calidad cuestionable y con demasiada frecuencia sus conocimientos sobre temas de salud pública son limitados o ínfimos. Se dice que promueven el “enfoque Gates” de gobernanza de la salud, que son ejemplos claros de la influencia del sector privado sobre actividades financiadas con fondos públicos, y que en esencia se realizan en el ámbito público.

D5. TRATADOS DE INVERSIÓN: GOBIERNOS REHENES

Es evidente que los derechos concedidos a los inversionistas en los tratados de inversión bilaterales y en los de libre comercio restringen considerablemente la capacidad de los gobiernos para regular la manera en que operan las empresas radicadas dentro de sus fronteras nacionales, en particular cuando las transnacionales infringen las leyes y políticas referentes a la salud, el medio ambiente y otros temas. Eso ha provocado llamados para que se rechace o al menos se reforme el marco global de los tratados de inversión. Los gobiernos ya no deben seguir firmando tratados comerciales que incluyan mecanismos para la resolución de controversias entre inversionistas y el Estado. Deben retirar o volver a negociar los contratos existentes, y más bien aprobar leyes que protejan a los inversionistas nacionales.

Otra razón muy fuerte para estar siempre atentos es que a menudo los tratados tienen una interrelación negativa con las convenciones de derechos humanos.

Tanto los tratados de inversión bilaterales como multilaterales agravan los problemas de pobreza extrema, comprometen las negociaciones sobre deuda externa y afectan los derechos de los pueblos indígenas y otras personas que viven en situaciones de vulnerabilidad. Eso significa que debe haber mayor transparencia y

consultas públicas durante las negociaciones actuales de comercio e inversiones, así como evaluaciones de su impacto en los derechos humanos, a fin de asegurar una protección plena de los ciudadanos y el goce de dichos derechos.

Los Estados necesitan protegerse de inversionistas depredadores y empresas transnacionales que no dudan en iniciar litigios frívolos, los cuales son sumamente caros y han terminado en fallos según los cuales los Estados deben pagar miles de millones de dólares, para no mencionar millones más en gastos legales. Ha llegado el momento de abolir los mecanismos de resolución de controversias entre inversionistas y el Estado.

D6. DESCRIPCIÓN DE LA SALUD COMO UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD

Desde los años noventa, los temas de salud se describen cada vez más como amenazas a la seguridad, lo que en realidad quiere decir que la seguridad sanitaria colectiva trata de la prevención de posibles amenazas para los países desarrollados. Sin embargo, no se han invertido los fondos asignados en reformas que aseguren el fortalecimiento de sistemas de salud a largo plazo, lo cual constituye un problema debido a que crea una dinámica en la cual los actores de salud globales se concentran más en el desarrollo de sistemas de vigilancia y en “librar guerras” para aplastar brotes epidémicos. Eso significa que se pasan por alto las causas subyacentes de las epidemias, que tienen su origen en la falta de acceso a servicios médicos y en los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud. Por otra parte, eso tiene como consecuencia una mala asignación de recursos escasos, de tal manera que socava los esfuerzos por extender la cobertura universal de salud a las poblaciones vulnerables para mejorar los determinantes sociales de la salud.

Es necesario exigir que la seguridad sanitaria tenga un enfoque más centrado en la gente y una visión más a largo plazo, y que fortalezca los sistemas de salud. Por esas tres razones, el GHW5 recomienda que los y las activistas de la salud mundial y la comunidad académica traten con escepticismo la titulización de la salud.

D7. POLÍTICA REFERENTE A DATOS, INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

En la práctica, las políticas de medición nublan el análisis de las políticas de salud. Los costos relacionados con datos deshonestos y secretismo son considerables. También es importante entender que los sistemas de información oficial se diseñan dentro del mismo sistema y proyectan una ideología particular, no obstante su aparente objetividad. La calidad de la investigación se encuentra, a menudo, sujeta a la interpretación que hace el “guardián” del valor social que pueda tener la producción anticipada de conocimiento, y la metodología propuesta (o utilizada). La medición más impactante del sesgo político en la financiación para la investigación es el desequilibrio que hay entre las cantidades disponibles para la ciencia básica / medicina clínica y el (escaso) financiamiento para la investigación sobre la prestación de servicios de salud y prevención. Asimismo, se prefiere cada vez más utilizar metodologías investigativas que producen estimaciones cuantitativas y se prestan a pruebas estadísticas, que emplear métodos cualitativos. El desempeño investigativo (y la financiación) de las universidades se mide en términos de publicaciones en las revistas médicas más citadas. Se descarta la colaboración académica con las comunidades, el aprendizaje basado en la práctica y los conocimientos pertinentes localmente y se da preferencia un material orientado a la investigación tecnológica que sea de utilidad en el nuevo mercado globalizado. Preocupa la realización de análisis fraudulentos de datos obtenidos de ensayos clínicos y que no se publiquen estudios considerados negativos para intereses particulares. Es necesario que sea obligatorio el registro de todos los ensayos clínicos. La influencia corruptora del patrocinio corporativo de ensayos clínicos es motivo de preocupación.

Asimismo, las evaluaciones de los programas tratan ante todo de asegurar a los donantes que sus fondos se usen de manera productiva.

Según el GHW5, se puede confrontar la ideología hegemónica que se esconde detrás de todo esto.

D8. ACCESO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LAS VACUNAS

Esta sección se basa en las experiencias extraídas del marco de preparación para una gripe pandémica.

Las tecnologías y conocimientos utilizados en el desarrollo y la producción de vacunas se originan en gran medida en países desarrollados, donde cuentan con protección de la propiedad intelectual. Eso crea todavía más obstáculos para los países en vías de desarrollo.

La preparación para las pandemias debe incluir también una distribución justa y transparente de los virus, con la intención de que los países pobres accedan a las vacunas que se fabriquen con estos. También se debe dejar claro que ni el proveedor ni el receptor deben tratar de obtener derechos de propiedad intelectual sobre estos materiales.

También es indispensable que las licencias para los fabricantes de vacunas en países en vías de desarrollo estén exentas de regalías y que incluso reciban apoyo para la transferencia de tecnología y conocimientos.

El acceso multilateral y la distribución equitativa de beneficios constituyen la piedra angular de estos acuerdos, en los que la OMS facilita todos los aspectos del proceso de preparación para las pandemias.

D9. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO TOTAL A COSTA DE LA DIGNIDAD HUMANA

Esta sección cuestiona con espíritu crítico el programa titulado Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (CLTS, sigla en inglés) que se lleva a cabo en la actualidad.

El modelo CLTS ejemplifica el enfoque neoliberal que individualiza los problemas y sus soluciones. Por algo se le ha llamado “tiranía del retrete”, ya que persigue avergonzar a la gente pobre que defeca al aire libre porque no tiene letrinas. Este programa eminentemente vertical libera a los gobiernos de su responsabilidad de promover el bienestar, pleno y verdadero, de la ciudadanía. Al fin y al cabo, el acceso a letrinas y a un buen sistema de saneamiento es un derecho humano inclusivo y todas las personas empobrecidas son las que más se beneficiarían que se diera prioridad a este acceso en los programas gubernamentales. Inculpar a las personas empobrecidas por vivir en condiciones insalubres, como lo hace el CLTS, no es la manera correcta de tratar estos problemas.

Lo que se necesita son procesos participativos y no verticalistas, para así garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios. En realidad, el primer gran tema que se debe abordar tiene que ver con la disponibilidad de agua potable y para los baños.

En la actualidad las mujeres deben llenar los envases y cargar el agua para los baños, además de asegurarse de que haya agua para lavar ropa, cocinar y beber. Esto también es una cuestión de derechos humanos con la que hay que lidiar. La participación de las mujeres es fundamental.

Las prácticas coercitivas, como las que prevalecen en el programa CLTS, se prestan a graves violaciones de los derechos de las personas. Es obvio que urge rectificar el rumbo de este modelo.

E. RESISTENCIA, ACCIONES Y CAMBIO

E1. LOS MOVIMIENTOS SOCIALES DEFIENDEN REFORMAS PROGRESISTAS DE SALUD

Las experiencias que siguen provienen de El Salvador.

El papel de los grupos de presión (o sea, movimientos sociales como fuerza política) como un factor de influencia en importantes actores políticos, resultó ser decisivo en la consecución de las reformas que se necesitaban. Al proceder de esta manera, se logró, entre otras cosas, que:

- se eliminaron los pagos por tratamiento médico;
- se formaron equipos de salud comunitarios en los municipios más pobres y se añadieron nuevas clínicas comunitarias con un sistema bien organizado de referencias y referencias inversas;
- se dio capacitación y contrató a numerosos recursos humanos; se repararon y ampliaron las instalaciones, y se adquirieron los equipos necesarios;
- los fabricantes de productos farmacéuticos fueron retirados de la Dirección Nacional de Medicamentos que controla las compras y adquisiciones;
- se estableció un sistema de regulación de precios y mecanismos de control de calidad que redujeron los gastos de bolsillo de los pacientes;
- en un período de 5 años se redujo a la mitad la escasez de medicamentos en la red pública, se amplió la base de proveedores de medicamentos y aumentó la capacidad de producción en el país;
- se decidió que la recaudación de impuestos serviría de base para financiar los servicios de salud;
- se redujo la evasión fiscal y se introdujeron leyes de impuestos progresivos;
- se estableció un aumento de los salarios mínimos;
- las auditorías sociales del sistema de salud proporcionaron información que contribuyó a un cambio de actitud entre el público;
- grupos movilizados interactuaron estrechamente con centros de atención primaria de salud y las administraciones hospitalarias en sus áreas; y
- se divulgó información por medio de talleres, seminarios y conferencias de prensa.

El GHW5 destaca que todos estos cambios fueron posibles debido a que los movimientos sociales desempeñaron un papel crucial en presionar para que se pusieran en práctica medidas progresistas. Las movilizaciones callejeras demostraron que sí se puede cambiar el equilibrio de poder.

Sin embargo, países como El Salvador no pueden llevar a cabo una batalla solitaria, y las iniciativas progresistas fracasarán sin la solidaridad internacional.

E2. CONTROVERSIAS ALREDEDOR DE LA GESTIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE

Las experiencias que siguen provienen de la India.

La malnutrición es el resultado de las desigualdades sociales y económicas. Por lo tanto, hay que atacar el problema con fuerte énfasis en sus causas primarias.

Lo lamentable es que se ha querido enfrentar desde una perspectiva biomédica y no desde su dimensión de salud pública, y por eso es que a menudo se trata la desnutrición sin tomar en cuenta sus determinantes sociales en sentido amplio. En este enfoque se incluye el uso de productos comerciales fabricados para el tratamiento y la prevención de la subnutrición que es de gran preocupación porque se desconocen cuáles son sus efectos a largo plazo en la salud. Estos productos, conocidos genéricamente como alimentos terapéuticos listos para consumir (RUTF, siglas en inglés) no reemplazan de ninguna manera las mejores prácticas en nutrición ni el consumo de alimentos normales en el hogar. Con demasiada frecuencia no se utilizan ingredientes locales en su manufactura.

La incursión del sector privado ha provocado conflictos entre los intereses comerciales y los problemas locales de salud pública que están detrás de la malnutrición. El aumento de fabricantes de RUTF ha dado lugar a que se vendan también para el consumo de personas que no padecen de malnutrición aguda grave, que es para lo que sirven los RUTF.

Estas soluciones basadas en productos que se ofrecen para combatir la malnutrición no abordan los temas relacionados con su prevención, la importancia de la continuidad de la atención y o la cuestión de la sostenibilidad. A eso se añade que tienen un efecto negativo en los sistemas alimentarios y las economías locales, e incluso en su eficacia.

Así se medicaliza la gestión de la malnutrición y se minimiza de manera inaceptable la participación de las comunidades y su apropiación de la problemática. Es obvio que un planteamiento participativo e integral desembocaría en un mejor acceso, sostenibilidad y continuidad de la atención, todo a un menor costo y con resultados justos.

El uso comercial de RUTF solo tiene un impacto equivalente al del incremento de alimentos caseros, de manera que su uso contradice la evidencia disponible. Hay pruebas convincentes que demuestran la eficacia y mayor sostenibilidad de los programas de nutrición de base comunitaria que incorporan el uso de soluciones diseñadas localmente.

E3. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH: LA LUCHA POR EL ACCESO

Las experiencias que siguen también provienen de la India:

tomó muchos años de lucha y trabajo de incidencia organizar campañas masivas por el acceso a la terapia antiretroviral (ARV). En diciembre de 2003, el gobierno anunció por fin sus planes de proporcionar estos medicamentos a las personas afectadas. Gran parte de la lucha tuvo que ver con que se permitiera la libre competencia en la manufactura de medicinas genéricas;

con la abolición de las patentes, los costos disminuyeron a 1/5 o 1/10 de los precios en el mercado global;

se establecieron topes a las regalías pagables a las corporaciones multinacionales;

se logró frenar las maniobras de las grandes empresas farmacéuticas para ampliar sus derechos de patente exclusivos y la ley ahora permite impugnar nuevas solicitudes de patentes (la amenaza de que se rechazaran sus solicitudes de patentes llevó a las empresas a retirarlas);

los grupos de interés público fueron fuentes esenciales de información técnica y análisis, y de movilización social;

el derecho de proteger la salud pública fue fundamental para promover el acceso de todos y todas a los medicamentos;

una serie de éxitos en los tribunales garantizaron que sigan estando disponibles los diferentes tipos de ARV genéricos;

diferentes grupos que trabajan en temas relacionados con la salud realizaron protestas y brindaron conferencias de prensa para mantener la atención pública enfocada al caso.

El resultado final fue una serie de victorias para personas que viven con VIH y que ahora pueden seguir contando con acceso a tratamiento asequible.

Varias empresas indias han sido adquiridas por transnacionales o se han hecho arreglos con ellas, así que es menos probable que impugnen las patentes.

El uso exitoso de la oposición a las patentes ha inspirado un trabajo similar en otros países. No obstante, lograr el éxito no ha sido fácil y muchos países enfrentan ataques constantes de varias empresas transnacionales. Los países desarrollados no solo usan las negociaciones de los TLC sino también la presión bilateral para defender las patentes de sus corporaciones. El GHW5 hace un llamado a mantenerse vigilantes.

Hasta la fecha la experiencia demuestra los beneficios de utilizar el sistema judicial para hacer progresos en los derechos de las personas. Lo más importante es la evidencia de que los grupos comunitarios son de vital trascendencia para el uso exitoso del litigio.

E4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA LUCHA POR LA SALUD

Las experiencias que siguen provienen de dos movimientos en Italia.

Aquí, el movimiento por la soberanía alimentaria dejó claro que no era posible acceder a alimentos saludables en el país sin luchar en contra de la explotación prevaiente, el acaparamiento de tierras y la devastación ambiental, y sin practicar formas alternativas de gobernanza arraigadas en las comunidades locales y autónomas. El trabajo del grupo que apoyó la lucha de una comunidad en contra de los efectos nocivos de los asbestos, se convirtió en un ejemplo y una inspiración internacional para la lucha contra la contaminación ambiental y la violencia en muchas comunidades.

