

América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales (a)

Latin America: Capital Accumulation, Health, and the Role of International Institutions

Antonio Ugalde¹, Núria Homedes²

¹ Doctor en Sociología por la Universidad de Stanford, California. Profesor Emeritus de Sociología, Universidad de Texas-Austin. EE.UU. augalde@mail.la.utexas.edu

² Doctora en Salud Pública. Profesora de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas-Houston. EE.UU. nhomedes@utep.edu

RESUMEN Durante la segunda mitad del siglo XX se han dado grandes transformaciones en la organización social y política del mundo. Al tiempo que se desmantelaba el sistema colonial se construían instituciones internacionales y se empezaban a formar las grandes empresas transnacionales que asumían la función de acumulación de capital para la nueva burguesía transnacional. Este trabajo analiza esta transformación en el sector salud, y presenta información sobre el rol que las instituciones internacionales juegan en la acumulación de capital. Se utilizan como ejemplos el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio, así como las agencias de cooperación internacional. Se analizan dos políticas importantes: las reformas de salud, y las políticas de medicamentos. A través de su análisis se demuestra que el objetivo de las reformas y de las políticas de medicamentos no ha sido el cumplimiento del mandato constitucional de los países de América Latina que exige de los Estados salud para todos, sino la acumulación de capital. Las empresas transnacionales han utilizado las instituciones internacionales para asegurar su objetivo de acumular capital, y se concluye sugiriendo que fueron creadas para ello.

PALABRAS CLAVE Banco Mundial; Medicamentos; Políticas Públicas de Salud.

ABSTRACT During the second half of the 20th century, there have been great transformations in the world's social and political organization. While the colonial system was being dismantled, international institutions were being built and the large multinational enterprises that took on the function of capital accumulation for the new transnational bourgeoisie began to emerge. This paper analyzes such transformation in the health sector and provides information on the role of international institutions in capital accumulation. The World Bank, the International Monetary Fund and the World Trade Organization are used as examples, as well as international cooperation agencies. Two major policies are addressed: health reforms and medicine-related policies. The analysis shows that reforms and medicine-related policies have not aimed at complying with the Latin American countries' constitutional mandate requiring Governments to provide health services to everyone but at accumulating capital. Multinational enterprises have used international institutions to ensure their aim of accumulating capital, and the paper concludes by suggesting that they were created for that purpose.

KEY WORDS World Bank; Drugs; Health Public Policy.

El derecho a la salud fue reconocido por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948, que proclamó que todos los seres humanos tienen el derecho a "un nivel de vida adecuado que les asegure (...) la salud y el bienestar (...) la asistencia médica y (...) el derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad, invalidez..." (1).

Si se interpreta correctamente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que el Estado tiene como principal responsabilidad asegurar que la organización social y económica no sean un obstáculo para el bienestar y la salud de los ciudadanos.

Para ello el Estado debe garantizar el acceso a una vivienda digna y saludable; a una alimentación que satisfaga las necesidades nutricionales; a agua potable y a sistemas adecuados de eliminación de excretas y residuos industriales; y debe también: velar para que las actividades industriales no pongan en peligro la salud de la población a través de la contaminación medioambiental; exigir condiciones laborales que no pongan en peligro la salud del trabajador; y en general, facilitar la adopción de comportamientos saludables por parte de la población. Además, cuando un ciudadano sufre una enfermedad o accidente, tiene el derecho a recibir los servicios de salud necesarios para recuperar su salud y, si ello no es posible, reducir el sufrimiento. Este listado no es exhaustivo; solo son unos ejemplos para explicar que el derecho a la salud exige actuaciones del Estado en la mayor parte de las actividades de la sociedad.

La mayoría de las constituciones latinoamericanas garantizan el derecho de los ciudadanos a la salud, pero los gobiernos han interpretado lo que significa tener derecho a la salud de una forma muy limitada. En muchos países se ha definido simplemente como el acceso a algunos servicios de atención primaria, con frecuencia de dudosa eficacia y calidad. En América Latina como en otras partes del mundo, la oferta de servicios públicos de salud depende tanto de la ideología política del gobierno como de los recursos económicos, humanos y tecnológicos de cada país. Con excepciones, cuanto más pobre es un país más dificultades tiene para satisfacer el derecho a la salud; pero no tiene por qué ser así.

Pocos gobiernos latinoamericanos han cumplido con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud, y sus ciudadanos están muriendo o sufriendo daños irreversibles a su salud por la falta de acceso a agua potable, a alimentación, a sistemas de saneamiento ambiental, por vivir en casas insalubres, por accidentes laborales prevenibles, por enfermedades infecciosas evitables o por falta de acceso a la atención médica requerida. En América Latina estas deficiencias no se deben a falta de recursos económicos. Exceptuando quizá Haití, el resto de los países de la región tienen los recursos suficientes para proporcionar asistencia primaria y hospitalaria universal, y tienen los conocimientos técnicos necesarios para ejecutar programas de promoción y prevención, así como la capacidad para reglamentar las actividades económicas que pueden crear riesgos a la salud de los ciudadanos.

Sin embargo, desde hace varias décadas se ha documentado la incapacidad de los políticos de llevar a cabo las intervenciones requeridas para que el mandato constitucional de asegurar el derecho a la salud de todos los ciudadanos sea una realidad. Desde Alma Ata ha habido numerosas evaluaciones de los sistemas de salud de casi todos los países de la región. De estos estudios se puede concluir que los gobiernos no han querido enfrentarse a los grupos que representan intereses especiales de empresas, organizaciones profesionales y sindicatos, cuando los intereses de éstos van en contra de la salud de los ciudadanos. Se ha documentado que no ha habido una financiación adecuada de los servicios de salud, sobre todo de atención primaria; ni de los programas de prevención, educación y promoción de la salud y de acceso a medicamentos necesarios. Por otra parte, los políticos han demostrado indiferencia, y en algunos casos complicidad, frente a la corrupción institucionalizada tanto del sector privado como del público.

El modelo de desarrollo seguido en América Latina ha favorecido el crecimiento económico a expensas de la calidad de vida de la mayoría de los ciudadanos. Se ha promovido la industrialización y el desarrollo agrícola incluso cuando producía degradación medioambiental, contaminaba el aire y el agua, y tenía consecuencias negativas para la salud. Se ha incentivado la exportación agrícola. El incremento de la

exportación ha exigido la transformación de una agricultura de subsistencia (pero no necesariamente ineficiente como muchos proclaman) que satisfacía las necesidades nutricionales de muchas personas a una de productos agrícolas de lujo tales como flores, frutas tropicales y vegetales que satisfacen "las necesidades" de los países del primer mundo. La exportación ha beneficiado a las grandes empresas agrícolas, a los intermediarios, ha creado grandes latifundios, y ha empobrecido aun más a la población rural que ha tenido que salir masivamente en busca de empleo a los centros urbanos. La proliferación y crecimiento de tugurios, callampas, villas miseria, conventillos y favelas es un claro testimonio que confirma las limitaciones del modelo de desarrollo que América Latina ha seguido durante los últimos cuarenta años.

Muchos observadores han reconocido que las reformas promovidas por las organizaciones internacionales, supuestamente para ayudar a los países a solucionar los problemas de la pobreza, no lo han conseguido. Algunos críticos van aún más lejos y afirman que los han aumentado. Así, la Organización Mundial del Comercio (OMC) limita el poder legislativo de los gobiernos para proteger y mejorar la salud de los ciudadanos. Por ejemplo, el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de la OMC identifica el tipo de semillas, fertilizantes y pesticidas que los campesinos pueden utilizar, y los gobiernos no pueden prohibir aquellos productos que consideren peligrosos para la salud. El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) crea barreras que impiden a los pobres acceder a medicamentos, y beneficia claramente a las empresas farmacéuticas transnacionales. El Acuerdo sobre Barreras Técnicas al Comercio afecta al etiquetaje de productos, incluyendo el tabaco, el alcohol y los medicamentos, lo cual dificulta a los gobiernos la regulación de su uso y comercialización. El Acuerdo General sobre Comercio de Servicios obliga a los gobiernos a abrir las puertas a seguros privados de enfermedad y a cadenas de empresas que proveen servicios de salud; el resultado es una fragmentación de los sistemas públicos de salud y el debilitamiento de la seguridad social.

Estudios empíricos y proyecciones de los impactos ambientales consecuencia del libre comercio muestran serios daños ecológicos. La OMS calcula que cerca del 25% de las enfermedades y accidentes que hay en todo el mundo están asociados a los problemas medioambientales producidos por las industrias que han traspasado su producción a países con débiles regulaciones ambientales y de seguridad.

Además, cuando hay conflictos entre naciones, el tribunal de la OMC adjudica a favor del desarrollo industrial y económico por encima de la salud pública. De los 500 conflictos relacionados con el comercio, el único que se resolvió a favor de la salud pública fue una prohibición del gobierno francés contra la importación de asbestos de Canadá (Septiembre de 2000).

Por otro lado, la OMC resolvió a favor de los exportadores de tabaco contra la prohibición del gobierno de Tailandia de prohibir el uso de tabaco importado para reducir el tabaquismo en el país; en contra de la prohibición de la Unión Europea de importar carne de ganado tratado con hormonas artificiales; en Estados Unidos, resolvió en contra: de establecer niveles de gasolina más estrictos para reducir emisiones, imponer límites a residuos de pesticidas en los alimentos, y del requisito de pasteurizar los productos lácteos.

En este artículo, haremos primero un resumen de las instituciones y agencias internacionales de desarrollo y su rol en América Latina. Por motivos de espacio, limitaremos nuestro análisis al Banco Mundial (BM) –el mayor prestamista para el sector de la salud y el asesor en política sanitaria más influyente en el mundo–, a la OMC, y a los organismos de ayuda bilaterales. Por la misma razón, solamente examinaremos las consecuencias que han tenido estas instituciones al intervenir en la reestructuración de los sistemas de salud, dejando a un lado el análisis del impacto que han tenido en otros factores determinantes para la salud. Finalmente, presentaremos dos estudios de caso (políticas farmacéuticas y reformas sanitarias) para ilustrar cómo las instituciones internacionales de desarrollo han fracasado en ayudar a los gobiernos a cumplir el mandato constitucional de asegurar el derecho a la salud.

LAS INSTITUCIONES INTERNACIONALES Y EL NEOLIBERALISMO

Después de la Segunda Guerra Mundial, se crearon una serie de instituciones mundiales, unas para ayudar a la reconstrucción de Europa, y otras para promover estabilidad económica y política en el mundo y evitar una tercera guerra mundial. Las Naciones Unidas, el FMI, el Grupo del BM, los bancos regionales de desarrollo, las agencias bilaterales y las instituciones privadas de asistencia nacieron en las décadas del '40 y del '50.

La reconstrucción rápida y exitosa en Europa tuvo dos consecuencias adicionales:

- 1) las agencias que habían sido creadas para trabajar en Europa tuvieron que buscar nuevos quehaceres. Por ejemplo, USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) y CARE, que fueron creadas originalmente para ayudar a Europa, empezaron a trabajar en países del tercer mundo;
- 2) hizo que economistas y políticos de EE.UU. creyeran erróneamente que estas agencias tendrían el mismo éxito en otras partes del mundo; es decir que con ayuda técnica y préstamos de capital se podría erradicar la pobreza del mundo y fomentar el desarrollo.

Paralelamente a la reconstrucción de Europa tuvo lugar un hito importante en la historia de la humanidad. Se empezó a dismantelar el sistema colonial. En general, las potencias coloniales no pusieron objeciones a la descolonización. La experiencia de Estados Unidos en América Latina había demostrado que era posible explotar a los pobres de los países del tercer mundo y acumular capital sin necesidad de mantener un control político formal. El capitalismo transnacional enseguida descubrió que podía utilizar las instituciones y agencias de "desarrollo" para acelerar la acumulación de capital.

Una de las diferencias esenciales entre el colonialismo y el nuevo orden internacional que algunos han llamado neocolonialismo, es que el nuevo orden utiliza empresas transnacionales para la acumulación de capital en beneficio de la clase capitalista. Por su naturaleza, las

empresas transnacionales, aunque están domiciliadas en un país, son apátridas. Funcionan a nivel mundial y transfieren sus centros de producción a lugares donde maximizan la acumulación del capital, ya sea por que los salarios son más bajos, los gobiernos les ofrecen incentivos fiscales, la legislación ambiental y de seguridad son menos estrictas, tienen infraestructuras adecuadas o profesionales competentes, o porque consideran que la producción en un país va a facilitar el incremento de ventas en ese lugar. En definitiva, ciertas funciones de producción se llevan a cabo en países desarrollados y otras en países menos desarrollados. La decisión no se base en las necesidades de un país sino en la de acumular de capital.

La segunda mitad del siglo XX ha presenciado, mediante fusiones y compras, la creación de gigantescas empresas transnacionales que han acumulado no solamente capital sino también un poder extraordinario. La consolidación continúa y resulta difícil predecir cuándo va a terminar. La mayoría de las transnacionales tienen su oficina central en los países occidentales/industriales, pero la ubicación no es especialmente importante, y vemos que un número cada vez mayor tienen sus sedes en países de ingresos medios (por ejemplo México y Brasil) y en países pobres (como India y China).

Como se verá más adelante, en circunstancias especiales, los gobiernos, al intentar no perder el poder de controlar la economía de sus países, defienden "sus empresas", pero las transnacionales pueden cambiar la ubicación de sus sedes cuando lo consideran oportuno, y los gobiernos no pueden hacer nada para impedirlo. El punto importante es que cada vez se toman más decisiones económicas a nivel mundial por un número reducido de ejecutivos que no piensan en términos nacionales. Lo que estamos presenciando es una transformación donde las fronteras nacionales se están desdibujando y donde la clase capitalista no necesita el sistema colonial para dominar, sino que utiliza las transnacionales para acumular capital y cuando es necesario presionan a los gobiernos para promover sus intereses.

Este análisis no niega la importancia del nacionalismo en las relaciones internacionales y económicas de hoy en día. El espacio de que disponemos no nos permite explicar, con el detalle

necesario, la compleja coexistencia de las fuerzas transnacionales y nacionales. Baste decir que cuando es políticamente útil, los políticos –cualquiera que sea su ideología–, utilizan su carné nacionalista y protegen, como hemos indicado antes, empresas "transnacionales" que se consideran símbolos nacionales aunque estas intervenciones provoquen tensiones dentro del capitalismo transnacional. Se pueden mencionar como ejemplos la intromisión del gobierno francés a favor de Danone y Aventis, dos empresas que la ciudadanía francesa identifica como símbolos franceses. Es importante destacar que estas intromisiones fueron criticadas por los directivos de otras transnacionales "francesas". El gobierno italiano impidió la compra de Autostrada SpA, una transnacional de origen italiano que administra por concesión el sistema de carreteras de peaje en Italia y en otros países, por una transnacional "extranjera"; el gobierno, sumergido en ese momento en una profunda crisis política y financiera, no consideró oportuno que las autovías italianas, una fuente importante de orgullo nacional, fueran administradas por una transnacional "extranjera". El gobierno de los Estados Unidos es más sutil e invoca el principio de seguridad nacional cuando transnacionales "extranjeras" intentan adquirir compañías aéreas, petrolíferas o administradoras de servicios portuarios e ignora las quejas provenientes de otras transnacionales "estadounidenses". La tensión existente entre estas dos tendencias –nacionalismo y transnacionalismo– seguirá presente, probablemente, por muchos años. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los capitalistas, cualquiera que sea el país en que nacieron, comparten una cultura transnacional; por ejemplo, un capitalista de la India o de México, se siente más cómodo en compañía de capitalistas de otros países que en la de los residentes de las colonias marginadas de Bombay o de campesinos de Oaxaca respectivamente.

Las tensiones entre lo transnacional y lo nacional no han impedido que el FMI, el BM, los bancos regionales de desarrollo y organismos de ayuda bilaterales contribuyeran a la acumulación de capital transnacional, en lugar de ayudar a erradicar la pobreza. Lo consiguen obligando a los países a implementar políticas que benefician

a las transnacionales. En tanto, en cuanto las transnacionales no tienen que dar cuenta de sus acciones a parlamentos nacionales, toman las decisiones que consideran más beneficiosas para ellas cualquiera que sea su impacto para la mayoría de la ciudadanía. Ello, junto con su enorme poder económico, les ha permitido ser promotores mundiales de la más pura ideología neoliberal. El capitalismo transnacional tiene muchos foros para promover la ideología que maximiza la acumulación de capital. Uno de ellos son las reuniones del G-7 (ahora G-8) en donde los líderes de las naciones "democráticas" más poderosas se ponen de acuerdo en las políticas fundamentales que la Junta Directiva del FMI y del BM deben implementar.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que representa 30 naciones (la mayoría de los países europeos, los tres miembros del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, y Japón), provee apoyo analítico y normativo al FMI y al BM; o mejor dicho, las decisiones tomadas por estas instituciones están influenciadas por los mismos intereses y tienden a reafirmarse mutuamente. Las políticas aprobadas por los bancos regionales de desarrollo, los organismos bilaterales como USAID, el Departamento de Cooperación Internacional del Reino Unido, los programas de cooperación de la Unión Europea, y las fundaciones privadas, están, por lo general, en sintonía con las políticas aprobadas por el FMI y el BM. Hay algunas excepciones, como puede ser la Open Society and Soros Foundation, pero la cantidad de recursos de las pocas excepciones es comparativamente insignificante a la que poseen los bancos de desarrollo y el FMI.

Las instituciones internacionales más recientes como la OMC tienen el objetivo específico de promover la acumulación de capital y defender los intereses de las transnacionales. Los conflictos que han surgido como consecuencia del libre comercio entre naciones son, en realidad, conflictos de fracciones, es decir, conflictos entre la clase capitalista transnacional. Cuando los conflictos no se resuelven dentro de la OMC, las transnacionales han utilizado los gobiernos para firmar tratados bilaterales de comercio, aun en contra de la fuerte oposición de la clase trabajadora transnacional.

Los movimientos populares son muy conscientes del uso que el capitalismo transnacional hace de las instituciones internacionales. En julio del 2005, la II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos, que reunió a 1.300 delegados provenientes de 80 países bajo el lema "La salud es un derecho humano, no una mercancía", puso de relieve el impacto del capitalismo transnacional en todas las naciones al decir: "La campaña incesante a favor de los beneficios de las corporaciones, dirigida por la OMC, el Banco Mundial y el FMI, ha tenido como resultado la privatización de la asistencia sanitaria a expensas de la salud pública. Los derechos que tienen todos los ciudadanos a agua potable y saneamiento, a aire limpio, a viviendas seguras, a tierra y alimentos suficientes –en resumen, a aquellas condiciones que determinan la salud de las personas– han sido sacrificados por ser impedimentos al *derecho a las ganancias*" (2).

En una economía global, es muy difícil formular políticas que la clase capitalista transnacional esté dispuesta a aceptar. Cuando organismos de las Naciones Unidas, como la OMS, el PNUD y la UNESCO, han implementado o intentado implementar programas que podrían tener un impacto negativo en la acumulación de capital, dichos programas han sido con frecuencia abortados. Los responsables en la toma de decisiones de las Naciones Unidas tienen que prever y tener en cuenta la reacción del capital transnacional antes de tomar decisiones, lo que lleva a la atenuación de políticas y programas que podrían haber sido beneficiosos para la mayoría de la población mundial.

Armada, Muntaner y Navarro (3) documentan detalladamente la convergencia de las decisiones de la OMS, el BM y las transnacionales. El Movimiento para la Salud de los Pueblos, una red internacional compuesta por profesionales de la salud, académicos y ONG, expresó su consternación y decepción con la OMS por la Carta Estatutaria de Bangkok para la Promoción de la Salud. Según el Movimiento, la Carta "...no destaca que el modelo actual que gobierna la economía mundial sea la causa principal del incremento de (...) los problemas de salud de la población". De la misma forma, según el Movimiento también es relevante: "la

ausencia [en la Carta] de cualquier referencia a los impactos negativos para la salud que tiene la política neoliberal, o la explotación de los recursos naturales y humanos por parte del sector empresarial (...) o la referencia al rápido aumento de la concentración de riquezas (...) Mientras que la Carta de Bangkok menciona declaraciones anteriores de que la salud es un derecho humano, no aprovecha la oportunidad para exigir que se dé prioridad a los derechos humanos y los derechos a la salud por encima de las disposiciones de la política económica vigente y los tratados de comercio y financieros" (4).

A finales del siglo XX, la diferencia de riqueza entre la clase dominante y los pobres aumentó en el mundo. Después de más de cuarenta años de actividades de desarrollo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) presentó en el año 1992 un gráfico en forma de copa de champaña con una ancha abertura en la parte de arriba (que significaba que el 20% de la población del mundo era dueña del 83% de la riqueza mundial), que se estrechaba rápidamente en forma de una elegante y fina base que indicaba que el resto de la población recibía un porcentaje muy pequeño de la riqueza, y que el 20% más pobre sobrevivía con sólo un 1,4% de la riqueza mundial. Utilizando el índice de Gini, el PNUD cuantificó el cambio que tuvo lugar en la distribución global de la riqueza entre 1960 y 1990: el índice aumentó de 0,69 a 0,87; dicho de otra forma, en el año 1960, el quintil más rico tenía unos ingresos 30 veces mayores que los del quintil más pobre; en 1990, eran 59 veces mayores. En el 2002, la situación había empeorado y el 5% más rico de la población mundial recibía 114 veces los ingresos del 5% más pobre; y la riqueza del 57% de la población más pobre igualaba al del 1% más rico. En un informe del año 2005 sobre la pobreza, las Naciones Unidas presentan el incremento continuo de desigualdad en el mundo (5). Después de cientos de miles de millones invertidos en ayuda para el desarrollo, las organizaciones internacionales creadas para mejorar la estabilidad política y económica mundial y ayudar a los pobres, han logrado, con éxito, crear una sociedad global más desigual y acelerar la acumulación de capital.

EL IMPACTO DE LAS INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO EN LA SALUD

En la sección anterior se ha indicado que las instituciones que fueron creadas para reducir la pobreza, de hecho han facilitado la acumulación de capital transnacional. Nuestro análisis de América Latina nos ayudará a entender mejor el impacto que las instituciones para el desarrollo tienen en la salud. Expondremos dos estudios de caso (el acceso a los medicamentos y las reformas sanitarias) para explicar con detalle de qué manera el BM y otras instituciones internacionales han subvertido su mandato de erradicar la pobreza para beneficiar a las transnacionales.

SALUD, MEDICAMENTOS Y TRANSNACIONALES

Numerosos estudios han documentado que los pacientes pobres se acercan a los centros públicos de salud generalmente para obtener medicamentos, y que aquellos centros que no los ofrecen tienen índices de utilización bajos. El comportamiento de los pacientes tiene una lógica fácil de entender. Con mucha frecuencia lo que los pacientes buscan no es tanto un diagnóstico sino una solución a su condición; si no pueden conseguir medicamentos gratuitos o asequibles, piensan que el tiempo, el esfuerzo y, a menudo, el dinero empleados en llegar al centro de salud han sido en vano. Por consiguiente, las intervenciones para mejorar los sistemas de salud requieren la adopción de políticas farmacéuticas adecuadas.

En el mundo hay unos dos mil millones de personas que no tienen acceso a medicamentos necesarios. En América Latina hay países en donde casi un 50% de la población tampoco lo tiene. En esta región alrededor del 72% de los gastos farmacéuticos corren a cuenta de los ciudadanos; la población pobre gasta un porcentaje desproporcionado de sus ingresos en medicamentos (el decil de ingresos más bajos gasta en medicamentos el doble que el de más altos ingresos). Hay estudios que demuestran que la distribución gratuita de medicinas necesarias tiene un impacto distributivo muy elevado; por ejemplo, en Argentina, el programa nacional Remediar

que ofrece acceso gratuito a 36 medicamentos básicos ha mejorado la equidad en los gastos de los hogares en medicamentos en un 60%. También hay que tener en cuenta que el gasto en medicamentos reduce la compra de otros bienes necesarios tales como comida, agua, ropa, vivienda y transporte.

Se empieza a reconocer que el acceso a medicamentos debe ser considerado como un derecho humano. Por ejemplo, en la 57ª Sesión de la Comisión de Derechos Humanos, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (6) aprobó una resolución que estableció que, en caso de pandemias, como el VIH/SIDA, el acceso a medicamentos es un derecho humano básico. Desde nuestro punto de vista, esta declaración es demasiado restrictiva. Pensamos que tener acceso a todos los medicamentos que son necesarios para salvar la vida, para reducir el dolor, y para recuperar la salud es un derecho humano universal. Así lo ha reconocido un grupo integrado por personas pertenecientes a organizaciones civiles, gobiernos, agencias internacionales y académicos que en el año 2005 firmaron en Montreal un documento titulado "Los derechos humanos y el acceso a medicamentos esenciales: el camino futuro" (7).

Se calcula que, en el año 2003, los gastos en medicinas en América Latina fueron de unos US\$19 mil millones. Esta cantidad puede que no fuese suficiente, pero es bien sabido que gran parte de este dinero se desperdicia porque muchos de los medicamentos que se compran no son necesarios, porque los diagnósticos, las prescripciones y la dispensación de los medicamentos son incorrectas, y los médicos recetan frecuentemente antibióticos y agentes psicoterapéuticos innecesarios. También hay bastante desperdicio porque muchos usuarios no utilizan debidamente los medicamentos disponibles o porque la pobreza obliga a los pacientes a comprar tratamientos incompletos, una práctica que puede convertirse en un gasto inútil y a veces iatrogénico; la preferencia de médicos y pacientes por medicamentos de marca en vez de genéricos o copias es muy costosa e innecesaria; y cientos de miles de personas malgastan sus escasos recursos en medicamentos orientados a cambiar el estilo de vida, incluyendo un número cada vez mayor de jóvenes latinoamericanos que, sin padecer

disfunciones sexuales, se dejan engañar por técnicas de marketing inteligente que les inducen a utilizar Viagra, Cialis o Levitra.

De todo lo anterior se puede concluir que una política de salud requiere políticas apropiadas para facilitar el acceso y mejorar el uso de los medicamentos. Las agencias para el desarrollo deberían haber tenido todo ello presente al preparar recomendaciones para mejorar los servicios de salud y las reformas sanitarias. Lamentablemente, éste no ha sido el caso, pero sorprendentemente hay una excepción. El BM en su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 (8) tiene una breve sección en la que presenta unas recomendaciones sobre medicamentos que contradicen su ideología neoliberal.

El Informe afirma que las políticas farmacéuticas es "el área más prometedora para aumentar a corto plazo la eficiencia [de los sistemas de salud]" (8, p. 159). A este fin recomienda el uso de las listas de medicamentos esenciales que la OMS elaboró en 1977 y que va actualizando periódicamente. La versión del 2005 incluye 310 medicamentos que, según los expertos, excluyendo las enfermedades denominadas raras, pueden resolver la gran mayoría de las necesidades farmacéuticas. Con algunas excepciones, los medicamentos que se incluyen en la lista no están protegidos por patente. Según el Informe, la lista de la OMS debería servir como guía para el registro de medicamentos. En América Latina, esta recomendación es muy importante. En sus mercados se venden miles de medicinas innecesarias que sólo sirven para aumentar los costos de los medicamentos y las ganancias de las empresas. México tiene 7.000 fármacos en 9.000 presentaciones, Honduras 15.000, la República Dominicana tiene 14.000, Nicaragua y Perú más de 11.000, Ecuador, Colombia y Bolivia, más de 8.000 y la mayoría de los otros países superan los 5.000.

El Informe también recomienda la utilización de medicamentos genéricos y el uso de criterios de costo-efectividad a la hora de escoger entre todos los fármacos disponibles dentro del mismo grupo terapéutico. Esta recomendación también es muy válida ya que como es bien sabido el uso de genéricos puede suponer reducciones drásticas de precio. En México y Brasil, los medicamentos genéricos son entre un 30 y un 40% respectivamente más baratos que los de

marca. En Brasil el costo anual de un tratamiento antirretroviral por persona se redujo de US\$4.860 en 1997 a US\$1.000 en el 2003, gracias a la utilización de genéricos y a la negociación exitosa con las transnacionales incluyendo amenazas con la expedición de licencias obligatorias, esto es, de quebrar las patentes. A los pocos meses de la aprobación de la ley de prescripción de genéricos en Argentina, los precios de los productos farmacéuticos recetados con más regularidad disminuyeron un 8% y, en algunos casos, hasta en un 45%.

El Informe de 1993 pone de relieve los beneficios de hacer compras centralizadas, competitivas y transparentes de medicamentos, beneficios que están bien documentados; y también recomienda el uso de distribuidores sin fines lucrativos, como UNICEF y la Fundación IDA. En Guatemala, la adquisición centralizada de medicamentos para todo el sector público, incluidas las Fuerzas Armadas, tuvo como resultado ahorros del 65 y del 23% para el Ministerio de Salud y para el Instituto del Seguro Social, respectivamente.

Una cuarta recomendación del Informe es la de fortalecer las autoridades reguladoras de medicamentos, de dotarlas con más recursos, de forma que puedan garantizar que todos los medicamentos que entran en el mercado sean de calidad, seguros y eficaces. Esta recomendación fue y sigue siendo muy apropiada. Hay estudios que indican que hay empresas farmacéuticas en América Latina que no cumplen con las prácticas internacionales de buena manufactura y farmacias que venden sin receta medicamentos que solo deberían dispensarse tras la presentación de la receta médica. Igualmente, los dependientes y expendedores de medicamentos en muchas farmacias de la región tienen muy poca o ninguna formación farmacéutica. Además, en los mercados de América Latina se están encontrando cada vez más medicamentos no registrados y falsificados. La industria, con frecuencia, infringe leyes y códigos éticos de promoción de medicamentos y de ensayos clínicos en seres humanos, manipula los precios, vende medicamentos para enfermedades para las cuales no fueron aprobados, e incurre en acciones ilegales para demorar la entrada en el mercado de versiones genéricas de sus fármacos de marca.

El Informe también recomienda intervenciones para mejorar el uso adecuado de medicamentos y propone cambios de conducta para los pacientes, los médicos, los farmacéuticos y la industria. Entre las acciones que sugiere, se encuentran la de educar a los consumidores a reducir la automedicación y la demanda de inyectables. En muchos países, por tradición cultural los usuarios prefieren inyecciones, en especial para algunos medicamentos, por ejemplo los antibióticos, pero las inyecciones tienen mayor riesgo de infecciones y de transmisión de enfermedades como la hepatitis y el VIH cuando las dispensan personas sin formación o cuando se reutilizan jeringuillas para ahorrar. Para los médicos y farmacéuticos, el BM recomienda una educación farmacológica continuada y el uso de formularios. Estas recomendaciones son muy importantes ya que existen muchos estudios que documentan las limitaciones de las prácticas actuales de prescripción y de dispensación, la falta de adherencia de los pacientes a las recomendaciones médicas, y la insistencia de algunos pacientes en exigir medicamentos aunque sus médicos consideren que no los necesitan.

Si el BM hizo las recomendaciones citadas anteriormente en su documento normativo más importante sobre salud, cabría esperar que los préstamos para la salud que concedieron a América Latina después de 1993 incluyeran fondos para implementar sus propias recomendaciones. Hemos revisado todos los préstamos del Banco Mundial que incluyen algún programa de medicamentos para América Latina entre el 1991 y el 2002 (9) y descubrimos que la inmensa mayoría de los fondos estaban destinados exclusivamente a la compra de medicamentos. De los 37 préstamos concedidos, la mayor parte del dinero de 31 de ellos se invirtió en la adquisición de medicamentos; siete incluían fondos para mejorar la gerencia de medicamentos tales como el desarrollo de sistemas de gestión de información, y eficiencia de la adquisición, distribución y sistemas de almacenamiento; seis para mejorar el control de calidad de los fármacos, y dos para la organización de fondos rotatorios de medicamentos (una estrategia para vender medicamentos a los pobres).

¿Cómo se puede explicar la falta de coherencia entre lo que el BM propuso en el

Informe de 1993 y su conducta posterior? Una posible explicación es que en 1993 el BM no tenía ningún experto en medicamentos. Hubiera sido imposible que un informe en el que se presentan las directrices de las políticas de salud del BM no incluyera una sección sobre este tema teniendo en cuenta la inmensa suma de dinero que se gasta a escala mundial en la compra de medicamentos (alrededor de US\$500 mil millones en 2003), y aun más si recordamos que el mismo BM había indicado que el sector farmacéutico era el más prometedor para conseguir incrementar la eficiencia del sector salud. Por ello el BM tuvo que contratar consultores externos para preparar la sección de medicamentos. En la lista de agradecimientos de dicha sección aparecen los nombres de especialistas mundialmente reconocidos, que en nuestro entendimiento fueron los que hicieron las recomendaciones y hubiera resultado difícil cambiarlas.

Probablemente, los consultores contratados por el BM no compartían muchos de sus principios neoliberales. Por esta razón sus recomendaciones no se implementaron porque si se hubiesen implementado, las consecuencias económicas para las farmacéuticas transnacionales hubieran sido catastróficas. El uso de las listas de medicamentos esenciales para controlar el registro y la adquisición hubiera supuesto que todos los fármacos "me-too" (fármacos que no añaden valor terapéutico a los ya existentes) y los orientados a cambiar el estilo de vida hubieran quedado fuera del mercado, reduciendo radicalmente los beneficios de las transnacionales. La venta de medicamentos innecesarios, atribuible a la promoción que se hace a través de anuncios agresivos y a menudo poco éticos, también se hubiera reducido considerablemente. Como ya hemos comentado, el uso de fármacos genéricos reduce los beneficios económicos de las grandes transnacionales que son las dueñas de las patentes. Por ejemplo, Pfizer perdería US\$2.500 millones al año, es decir un 19% de todas sus ventas, solamente por dejar de vender Lipitor, su medicamento para reducir el colesterol, dada la existencia de estatinas genéricas más baratas en el mercado.

Sin duda, las presiones de las transnacionales farmacéuticas a los gobiernos de EE.UU., Japón, Suiza y la Unión Europea tuvieron su efecto en el BM (estos son los países que aportan la gran mayoría de los fondos del BM). La

presencia en la sede central del BM en Washington de un representante de la industria farmacéutica apoya esta hipótesis. Desde hace unos años la asociación que representa a las grandes compañías farmacéuticas innovadoras envía tres currículos para que el BM escoja uno. El representante seleccionado tiene un despacho en el Banco, acceso a todos los documentos y participa como si fuera un miembro del staff del Banco en los debates sobre políticas farmacéuticas; de hecho es un cabildero de la industria. En el 2002, el representante pertenecía a Pfizer, la empresa farmacéutica más grande por capitalización bursátil del mundo (US\$284 mil millones en abril de 2004), y le siguió un profesional de Novartis, la cuarta empresa más grande (US\$118 mil millones en abril de 2004).

El silencio adoptado por el BM en la reunión de la OMC cuando se presentó el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en 2002 y en los debates que siguieron revela el poco interés del BM por el derecho a la salud. El Acuerdo sobre los ADPIC extendió el período de exclusividad, es decir de monopolio, de un nuevo producto en el mercado, a 20 años. El Acuerdo también limita el uso de licencias obligatorias (o los permisos para romper el monopolio de la patente), así como la importación paralela (importación de medicamentos más baratos protegidos por patentes). Como hemos señalado anteriormente, ha habido muchos movimientos sociales y ONG, incluyendo Médicos Sin Fronteras, que se han opuesto al papel de la OMC en promover el libre comercio sin tener en cuenta el impacto en los derechos humanos. Además, en el caso de los medicamentos, el libre comercio debería hacer posible que un gobierno importara medicamentos de los países que los vendieran más baratos. El monopolio de medicamentos va en contra del derecho humano a la salud.

Asimismo, el BM se ha mantenido al margen de los debates sobre tratados bilaterales o regionales de libre comercio entre los Estados Unidos y los países del tercer mundo. Tratados que, presionados por las farmacéuticas transnacionales, incluyen cláusulas mucho más restrictivas que las establecidas por los ADPIC ampliando la exclusividad de las patentes, y hacen más

restrictivas las importaciones paralelas y las licencias obligatorias. Por ello se han denominado ADPIC+. Teniendo en cuenta que el BM, en su Informe del 1993 repetía constantemente que los monopolios eran uno de los obstáculos principales para aumentar la eficiencia del sector salud, su silencio ante los acuerdos de los ADPIC y ADPIC+ solo se puede interpretar como una clarificación de sus verdaderas alianzas e intereses. Muchos países latinoamericanos, incluyendo México, Chile, Colombia, la República Dominicana, países de América Central, Panamá, y Perú han firmado, o están en proceso de hacerlo, acuerdos de comercio bilateral/regional con los Estados Unidos que contienen cláusulas ADPIC+.

No es necesario repetir que el BM no reconoce que el acceso a los medicamentos necesarios sea un derecho humano. Por si quedaran algunas dudas, basta recordar que en la década del '90, el BM se opuso, por su elevado costo, al uso de antirretrovirales en países en vías de desarrollo. Ahora sabemos que los precios astronómicos de los antirretrovirales no estaban relacionados con sus costos de producción. Las transnacionales empezaron a vender el tratamiento anual de antirretrovirales a un precio por encima de US\$10.000; muy pocos años después, aparecieron genéricos fabricados en la India a un precio inferior a US\$300. Durante esos años muchos pacientes murieron por no tener recursos para pagar los precios extravagantes que la industria había puesto a los antirretrovirales.

El BM también se opuso al programa del gobierno de Brasil de distribución gratuita de antirretrovirales (10). Este programa ha sido considerado ejemplar por la OMS y por todas las ONG destacadas. El gobierno de Brasil, a través de la fabricación pública de fármacos, del uso de genéricos y del regateo agresivo con las transnacionales, implementó un programa económicamente sustentable para que todos los enfermos de Sida tuvieran acceso gratuito a antirretrovirales. El programa ha reducido a la mitad los índices de mortalidad por Sida, ha conseguido que los ingresos hospitalarios por Sida se reduzcan en un 80%, lo cual ha producido un ahorro de más de US\$2.000 millones desde el año 1997, y ha disminuido la incidencia de tuberculosis y de otras infecciones oportunistas. Estos ahorros son

más que suficientes para cubrir los gastos en las compras de los antirretrovirales, hecho que pone en duda la competencia de los economistas del BM y nos lleva a debatir un tema tan importante como es el impacto que tiene la ideología en el análisis de datos económicos. Las políticas miopes, basadas únicamente en la acumulación de capital, a costa de la equidad y el bienestar de la mayoría, explican la indiferencia del BM a considerar el acceso a medicamentos necesarios como un derecho humano.

REFORMAS SANITARIAS Y BENEFICIOS

Hacia finales de la década del '70, la mayoría de las economías latinoamericanas entraron en una recesión que tuvo un serio impacto en la gente pobre. Aumentó el desempleo y bajaron los salarios; en México, por ejemplo, entre 1980 y 1989, los ingresos de la clase trabajadora disminuyeron más de un 50%. Muchos de los recién desempleados perdieron los subsidios de la seguridad social, incluyendo los seguros de salud; y, debido a las devaluaciones de la moneda, los precios de los medicamentos se dispararon (muchas medicinas se fabrican en América Latina, pero se importan prácticamente todos los principios activos). El FMI y el BM aprovecharon la crisis para imponer el "Consenso de Washington" como condición para obtener préstamos nuevos que necesitaban para refinanciar las enormes deudas nacionales que los países habían acumulado. Entre otras cosas, el Consenso exigía la devaluación de las monedas y la reducción del gasto público. La reducción de los fondos presupuestales asignados a la salud colapsó los servicios de atención médica, que ya se encontraban en plena crisis. Según la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina (11), tanto el FMI como el BM fueron responsables en una buena parte del colapso.

El daño ocasionado a los servicios de salud pública de América Latina por estas dos instituciones internacionales no acabó aquí ya que exigieron a los gobiernos que ejecutaran reformas neoliberales. Las reformas estaban guiadas por dos principios:

1) la creencia de que el sector privado es más efi-

caz y menos corrupto que el sector público, un principio invocado para promover la privatización de los servicios de salud;

2) la convicción de que la competencia mejora la calidad de los servicios; en base a este principio, se promovió la participación de seguros de salud privados para que compitieran entre ellas y con los sistemas públicos de seguridad social. Como un paso hacia la privatización, el Banco Mundial ha fomentado y apoyado la autonomía gerencial y fiscal de los hospitales públicos. Además, para reducir la carga fiscal del gobierno nacional y liberar fondos para pagar la deuda pública, las reformas neoliberales han promovido también la descentralización de los servicios nacionales de salud pública transfiriendo los servicios y sus gastos a los gobiernos provinciales y municipales.

Las consecuencias de reformar los sistemas de salud de Latinoamérica siguiendo las directrices del FMI y del BM han sido desastrosas (12). Algunos países acabaron con reformas que quedaron a medio camino, otros implementaron una descentralización parcial, y solo Chile y Colombia siguieron más rigurosamente las recomendaciones neoliberales. Antes de la reforma neoliberal, Chile tenía un Sistema Nacional de Salud (SNS) y todos los chilenos tenían derecho a los servicios del SNS. El SNS fue el resultado de muchos años de trabajo por parte de los gobiernos de centro-izquierda. Pocos años después del golpe de Estado del 1973 que llevó a Pinochet al poder, el gobierno militar empezó las reformas neoliberales. La privatización abrió las puertas a las empresas transnacionales de seguros de salud. A finales de la década de 1990 el sector privado ofrecía una amplia variedad de programas para aquellas personas que puedan pagarlos: ¡8.800 planes de salud! La única opción para los trabajadores y personas con menos recursos es el seguro público que cada día hace más oneroso su uso al ir aumentando los co-pagos.

Se ha documentado que las empresas de seguros privados se benefician de subsidios cruzados del seguro público de salud. Además, los seguros privados, utilizando vacíos legales o evadiendo la ley, encuentran formas de reducir gastos. Por ejemplo, incluso aunque ya es ilegal, las compañías de seguros siguen cancelando el

seguro a pacientes que contraen enfermedades crónicas costosas. En Chile, la calidad de la asistencia privada no es mejor que la del sector público; por ejemplo, para una intervención complicada que requiere tecnologías de alta complejidad los asegurados privados utilizan los servicios de salud públicos, aun cuando ello sea ilegal. Por otro lado, la afiliación de personas más ricas –que en general tienen niveles de educación más altos y mejores condiciones de salud y por lo tanto utilizan menos los servicios de salud– al sector privado reduce los ingresos del seguro público, lo que tiene un impacto negativo en los servicios que se ofrecen a aquellas personas que no pueden pagar las pólizas de los seguros privados, y rompe con el principio de solidaridad que había guiado al SNS.

La descentralización de la atención primaria a los municipios no ha hecho reducir las desigualdades de salud; a pesar de las transferencias que reciben de los fondos solidarios, los municipios pobres no pueden ofrecer la misma calidad y variedad de servicios que los que ofrecen los municipios más ricos. En el año 1996, los municipios en el decil de ingresos más alto gastaron 9.000 pesos *per capita* más que los que estaban en el decil más bajo (1US\$ = 407 pesos). En 2003 el Ministerio de Salud declaró que el sistema sanitario de los chilenos era "sumamente inequitativo" y diseñó el programa AUGE para reducir las inequidades y en el 2006 se anunciaron nuevas reformas para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población de 65 años y a los menores de cinco años.

Colombia, cuyas autoridades sanitarias eran conscientes de los riesgos de la reforma chilena e intentaron evitarlos, presenta un panorama devastador. A los hospitales públicos se les dio autonomía y, desde el momento en que se lanzó la reforma, en 1993, hasta la actualidad, el número de cierres y quiebras no ha disminuido. La reforma colombiana está basada en la expansión del seguro médico. El gobierno subvenciona las primas de seguro de la población en los deciles de ingresos más bajos. En teoría, todas las personas aseguradas, independientemente de sus ingresos, deberían poder elegir su proveedor de atención médica. En la práctica, las compañías encuentran formas de evitar la inscripción de los pobres que son los que tienen peores condiciones

de salud y, por lo tanto, usan más servicios de salud; por ello los pobres tienen que recurrir a los servicios públicos. El gobierno y el BM consideran que es un enorme éxito de equidad el hecho de que todos los pobres tengan derecho a un seguro de salud, pero estudios independientes muestran que en 1999 solo el 61% de la población estaba "asegurada", mientras que antes de la reforma, el 75% tenía acceso a algún tipo de cuidado. En Colombia, estar cubierto por un seguro médico no es sinónimo de tener acceso a servicios médicos, porque muchos de los usuarios no pueden hacer los co-pagos que se exigen. Las cifras indican que las desigualdades sanitarias han aumentado. En Bogotá, entre 1993 y 1997, los gastos de bolsillo para la atención médica de los hogares en el quintil de ingresos más altos bajaron de 50.043 a 30.674 pesos, mientras que los de las familias en el quintil más bajo subieron de 17.881 a 24.658 pesos (en 1997, US\$1 = 1.064 pesos).

Los economistas del Banco Mundial estaban nuevamente muy equivocados cuando pensaron que las reformas neoliberales podían traducirse en ahorros importantes para los gobiernos. Para hacer que el nuevo sistema fuese viable, el gobierno colombiano aumentó considerablemente las contribuciones al sector salud. Las mejoras prometidas en eficiencia no se materializaron, en parte debido a los grandes aumentos en los costos administrativos y de personal, porque el sector privado no es necesariamente más eficiente ni menos corrupto que el público. Por ejemplo, en el año 1994, los costos de personal representaban el 50% de todos los gastos operativos de los hospitales, y tres años más tarde el porcentaje había subido hasta el 70%; y entre 1996 y 1998, los costos operativos del sistema de salud se habían incrementado en términos reales en un 24%, mientras que la producción de servicios creció solamente un 4%.

Lamentablemente, el haber aumentado los gastos públicos, no ha mejorado la calidad; de hecho, quizá ha ocurrido lo contrario. Las estadísticas indican que los programas de salud pública han empeorado: la cobertura de vacunación ha descendido, el predominio de las enfermedades transmitidas por vectores ha aumentado, y el control de la tuberculosis se ha debilitado. Además, según los datos de una encuesta, el 66% de los

especialistas médicos encuestados afirmaron que las actividades preventivas y de promoción de la salud no habían mejorado, y el 62% manifestó que la calidad de la atención médica había empeorado.

Los enfermeros y enfermeras expresaron opiniones parecidas y señalaron que la privatización de la atención médica había hecho aumentar sus niveles de estrés e insatisfacción laboral y destacaban que a causa del deterioro salarial tenían que buscar múltiples empleos y que las nuevas tareas burocráticas que tenían que llevar a cabo como resultado de la reforma y para las cuales no estaban formados, no les permitía atender a los pacientes. Los enfermeros y enfermeras reconocían que los pacientes tenían motivos para pensar que el personal de enfermería no tenía interés por los enfermos y que eran distantes, ya que no tenían tiempo para estar con ellos.

En México los sindicatos interrumpieron los intentos del BM de privatizar los institutos de seguridad social y en El Salvador un programa piloto de privatización de la atención médica primaria del Instituto del Seguro Social fracasó por razones económicas. En la República Dominicana, un grupo de médicos prestigiosos construyó con fondos de la reforma un complejo médico privado de alta y lujosa tecnología que, por su alto costo, solo beneficiaba a la clase alta.

El proceso que el BM ha seguido para introducir reformas en los países merece un comentario. Típicamente, el Banco Mundial organiza una unidad de reforma dentro de los ministerios de salud, y los ciudadanos contratados por esta unidad reciben un sueldo desproporcionadamente más alto que el resto de los profesionales del Ministerio. Estos empleados, con la ayuda de consultores extranjeros pagados por el BM preparan los proyectos de reforma neoliberal. Las unidades de reforma trabajan en secreto. Los cambios que se diseñan no se discuten ni con los miembros de los parlamentos, ni con el personal de los ministerios, ni con otros profesionales de la salud, ni con los sindicatos, ni tampoco con el público en general. En el caso de México, la prensa descubrió la existencia de un préstamo del BM de US\$700 millones para llevar a cabo la privatización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los dirigentes del Congreso no eran conscientes del préstamo ni del alcance de la reforma. Una vez que la noticia acerca del

préstamo salió a la luz, los sindicatos se movilizaron rápidamente y se paralizó la privatización del IMSS.

El fracaso de la descentralización en América Latina se ha documentado en prácticamente todos los países de la región (13). USAID sigue financiando y proporcionando asistencia técnica a los programas de descentralización sin tener en cuenta que el éxito de la implementación depende de una serie de requisitos que en muchos países no existen. Por ejemplo, los países necesitan tener una distribución de la riqueza relativamente equitativa geográficamente; si no es así, la calidad de la atención puede deteriorarse considerablemente después de la descentralización en los estados o provincias de menos recursos. Los dirigentes locales deben tener un mínimo de educación básica y de madurez política. De lo contrario, las decisiones locales pueden resultar costosas y perjudiciales. En algunos municipios pequeños, los alcaldes son analfabetos funcionales. Los políticos locales deciden construir hospitales incluso en municipios sin la suficiente población para mantener índices ocupacionales adecuados, y sin capacidad para atraer especialistas. En Perú para conseguir fondos para la construcción de hospitales, algunos municipios decidieron cobrar cuotas de recuperación en la atención primaria. El nuevo gobierno de este país está una vez más promoviendo la descentralización a nivel municipal sin tener en cuenta el fracaso de esta política en la mayoría de los países de la región. Su principal objetivo, como lo sugiere el BM, es ahorrar fondos al gobierno central al transferir los gastos de los servicios a los municipios.

La decisión de descentralizar un sistema sanitario es una decisión política que debe estar basada en el contexto histórico, cultural y político de cada país, y que no se puede imponer desde fuera por razones muy cuestionables. La descentralización que se ha llevado a cabo en América Latina, de una parte, no ha resuelto los problemas que ya existían antes, en algunos casos los ha agravado; y de otra, se han gastado grandes sumas de dinero. Según cifras oficiales, el primer intento fallido (1938-1988) de descentralización de los servicios de salud pública en México costó US\$452 millones, y cabría añadir que solo 14 de los 31 estados participaron en el intento. Algunos años más tarde, México empezó a descentralizar de

nuevo; esta segunda descentralización continuó hasta el 2004 cuando la implementación de nuevas políticas puso de nuevo un hiato a la descentralización. El costo adicional por año de este segundo intento solamente por pagos de sueldos es de US\$420 millones.

Después de 25 años de promoción y financiación de la descentralización por todas partes del mundo, algunos economistas del BM han empezado a admitir que quizás la descentralización no es una política que se debería recomendar a todos los países. Por ejemplo, en un estudio sobre la pobreza en México dirigido y financiado por economistas del BM y publicado en el 2004 por el BM (14), los autores reconocen que la descentralización en México pudo haber contribuido al aumento de las desigualdades y a la disminución del uso eficiente por parte de los estados de los recursos federales de salud que se conceden para programas para los pobres. Sin embargo, oficialmente, el BM no ha renunciado a la política de descentralización.

CONCLUSIÓN

Otros autores que han estudiado el papel de las instituciones internacionales en otras regiones del mundo han documentado las consecuencias no anticipadas de las reformas neoliberales de salud, así como las consecuencias perniciosas para la salud de los pobres debidas a las actuaciones de las empresas transnacionales y las instituciones internacionales (15,16). Basándonos en las investigaciones realizadas en otras partes del mundo y en nuestro trabajo en América Latina, podemos concluir que, con el fin del colonialismo después de la Segunda Guerra Mundial, la clase capitalista no perdió tiempo en encontrar nuevos métodos para la acumulación de capital. Las instituciones internacionales, que en aquel momento se crearon para ayudar a los países pobres a desarrollarse y reducir la pobreza, fueron redirigidas para ayudar a las transnacionales.

Con el paso del tiempo, la ideología neoliberal ha ido calando cada vez más en las instituciones internacionales. Se podría decir que sus profesionales y directivos han sido aculturados en el neoliberalismo; los que no lo compar-

ten no pueden sobrevivir en esas instituciones. Simultáneamente, a través de fusiones y compras, las transnacionales han crecido en tamaño y en poder, y cabe afirmar que, actualmente, hay una interacción simbiótica entre las transnacionales y las instituciones internacionales. La suma de sus recursos económicos es de tal envergadura que no tienen problemas en cooptar a las universidades más prestigiosas, a fundaciones y a firmas consultoras, y utilizarlas para difundir y poner en práctica sus programas.

Contrariamente a lo que afirman, el objetivo de las instituciones internacionales no es la erradicación de la pobreza. Si lo fuera, sus esfuerzos habrían fracasado estrepitosamente y, en consonancia con sus principios neoliberales, ya tendrían que haber dejado de existir. Aunque la pobreza extrema mundial ha disminuido en algunas partes del mundo, ha aumentado en otras, y allá donde ha disminuido, principalmente en China, el FMI, la OMC, el BM y USAID no estuvieron presentes. Nuestros estudios de medicamentos y de reformas de salud indican que las decisiones tomadas por las instituciones internacionales han ayudado a las transnacionales farmacéuticas y de seguros más que a los pobres.

El papel de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados ha sido un tanto ambivalente. La mayor parte de estos organismos no han desarrollado una cultura de neoliberalismo. Por otra parte, como tienen presupuestos ordinarios reducidos, la mayoría de sus recursos programáticos provienen de los países que promueven empresas transnacionales. A veces, los organismos especializados de las Naciones Unidas se oponen a las políticas de las instituciones internacionales; pero otras veces son cooptadas o silenciadas por otras instituciones internacionales, por el poder de las transnacionales o por las amenazas de los gobiernos neoliberales.

Lo que es cada vez más decisivo para mejorar la salud de la población y hacer realidad el principio del derecho a la salud, es el trabajo de los movimientos sociales. Como ya se ha indicado a lo largo de este trabajo, los movimientos sociales han criticado el papel que las transnacionales y las instituciones internacionales han tenido en la salud. Los movimientos sociales son independientes por naturaleza, y su falta de recursos queda compensada por el número de

participantes y la dedicación de muchos de ellos. En el comienzo del siglo XXI, la alternativa más prometedora, quizá la única, para enfrentarse al capitalismo transnacional son los movimientos sociales, los cuales algunas veces tendrán que formar coaliciones o alianzas entre ellos para

apoyar o enderezar a las Naciones Unidas, y otras veces aunar esfuerzos con organizaciones que trabajan en favor de la clase trabajadora transnacional.

NOTAS FINALES

a. Este trabajo es una versión corregida y actualizada de: Ugalde A, Homedes N. Latin America: Capital accumulation, health, and the role of international institutions publicada en Public Sociologies Reader compilado por Judith Blau y Keri E. Iyall Smith. Nueva York: Rowman & Littlefield Publishers; 2006. Basado en la traducción de Núria Barberà.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. Universal declaration of human rights. General Assembly Resolution 217 (A) (III). New York: United Nations; 1948.
2. People's Health Assembly. Health is a human right, not a commodity. Cuenca (Ecuador): 2nd International People's Health Assembly; 2005.
3. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the

World Bank, and Transnacional Corporations. International Journal of Health Services. 2001;31(4):729-768.

4. People's Health Movement. WHO's Bangkok charter a big disappointment. Bangkok: Peoples Health Movement; Press Release, August 18, 2005.

5. United Nations. Economic and Social Affairs Department. The inequality predicament. Report on the World Social Situation 2005. New York: United Nations; 2005.

6. United Nations High Commissioner for Human Rights. Access to medications in the context of pandemics such as HIV/AIDS. Commission on Human Rights Resolution 2001/33. Ginebra: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2001.
7. Pogge T. Montréal statement on the human rights to essential medicines. Cambridge Quarterly of Health Care Ethics. 2007;16(1):97-108.
8. World Bank. World development report 1993. Oxford: Oxford University Press; 1993.
9. Homedes N, Ugalde A, Rovira Forns J. The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America. International Journal of Health Services. 2005;35(4):691-717.
10. Galvão J. Brazil and access to HIV/AIDS drugs: a question of human rights and public health. American Journal of Public Health. 2005;95(7):1110-1116.
11. CEPAL. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Pan-American Health Organization; 1994. (Serie Documentos Reproducidos N° 41)
12. Homedes N, Ugalde A. Why neo-liberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005;71(1):83-96.
13. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. Gazeta Sanitaria. 2002;16(1):18-29.
14. World Bank. Poverty in Mexico. An assessment of conditions, trends, and government strategies. Washington, DC: The World Bank; 2004.
15. Fort M, Mercer MA, Gish O. Sickness and wealth. The corporate assault on global health. Cambridge, Mass.: Southend Press; 2004.
16. People's Health Movement. Global health action 2005-2006. Londres: Zed Books; 2005.

FORMA DE CITAR

Ugalde A, Homedes N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. Salud Colectiva. 2007;3(1):33-48.

Recibido el 5 de febrero de 2007

Versión final presentada el 6 de marzo de 2007

Aprobado el 16 de marzo de 2007