

EDITORIAL

Salud y políticas de las instituciones económicas internacionales

Román Umaña-Peña¹ y Carlos Álvarez-Dardet²

¹ Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante. España.

² Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Epidemiología política.

En la declaración de Alma Ata (1978) la Organización Mundial de la Salud planteó la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia a seguir para alcanzar el objetivo de Salud para todos en el año 2000. La APS abarcaba la idea de acción intersectorial, que ponía de relieve la necesidad de actuar no solo directamente sobre los problemas de salud, sino también sobre sus determinantes sociales. Posteriormente, en la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud, la OMS subrayó la importancia de la concienciación sobre el efecto en la salud de las políticas instauradas desde todos los sectores y niveles del poder público (1). Asimismo, la OMS apoyó la intervención en salud desde las políticas, al utilizar y hacer suya la noción de política pública saludable previamente desarrollada por Nancy Milio (2). Esta aproximación a los problemas de salud desde las políticas, ha permitido reconocer el papel de éstas como determinantes de la “distribución social de los determinantes sociales” de la salud, asignándoles a su vez una perspectiva que las ha convertido en objeto de estudio desde la epidemiología (3). Este planteamiento se ha desarrollado en investigaciones de epidemiología política, definida como el estudio de los efectos sobre la salud de las decisiones asumidas o no asumidas por las instituciones derivadas del poder político (4).

Las políticas pueden impactar la salud

directamente, como sucede cuando se originan en el sector sanitario y tienen como objetivo mejorar la salud (ej. calendario vacunal), sin embargo también pueden hacerlo indirectamente como ocurre cuando ni su origen ni su objetivo son sanitarios, pero tienen un impacto en salud reconocido por políticos, profesionales y opinión pública, al momento de su implementación (ej. políticas agrícolas, regulación industria alimentaria). Por último, hay políticas con origen y objetivos no relacionados con la salud pero con impacto en salud no intencional y no reconocido al momento de su implementación (ej. utilización del asbesto como material de construcción). En el caso de las políticas directas la aplicación de la epidemiología como herramienta de evaluación ha alcanzado el nivel máximo de desarrollo, mientras que en las indirectas es donde más evolución se ha observado en los últimos años (3).

Políticas de la globalización económica

Poco después de la publicación de la estrategia de Atención primaria en salud (APS), las políticas internacionales adquirieron gran notoriedad en los debates académicos, por el impacto que tuvieron los programas de ajuste estructural exigidos a los países en desarrollo, por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), como respuesta a la crisis económica de principios de los años 80. Estos programas, asentados en los principios de

austeridad fiscal, privatización y liberalización del comercio (5), exigieron a los gobiernos la reducción del gasto público, en gran medida destinado a servicios sociales y de salud (6), y favorecieron la desregulación y privatización de los servicios públicos (7). Además, conllevaron la adopción de políticas con efecto en salud como la congelación de salarios y la reducción de subsidios en productos de primera necesidad como alimentos y transporte, entre otras (8). De tal manera, la implementación de los programas de ajuste estructural supuso un obstáculo para la intervención intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud como se había planteado en Alma Ata (9).

Los programas diseñados desde el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional no solo fueron su respuesta a una situación coyuntural, sino también una herramienta para crear las condiciones para la consolidación de sus políticas de privatización y liberalización comercial. La liberalización supone que los países abran sus mercados locales a la inversión extranjera, eliminando obstáculos al comercio en los sectores de bienes y servicios. Estos obstáculos en el sector de bienes corresponden a aranceles y en el de servicios a medidas (leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, etc.) adoptadas a nivel nacional o regional cuyo objetivo sea limitar o condicionar la entrada de servicios o proveedores de servicios extranjeros a los mercados locales. Para reglamentar e impulsar la liberalización comercial, en 1995 se creó la Organización Mundial del Comercio (OMC) que actualmente cuenta con 160 países miembros que representan más del 97% del mercado mundial. La OMC reglamenta la liberalización de los sectores de servicios, bienes y propiedad intelectual, por medio del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), el Acuerdo General de Aranceles y Comercio (GATT) y el Acuerdo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), respectivamente. Los países miembros de la OMC negocian compromisos de apertura comercial al momento de su adhesión a la organización y en las sucesivas rondas de negociación y se

comprometen a mantenerlos. Esta característica de los acuerdos ha generado controversia por la pérdida de autonomía política que supone para los gobiernos posteriores, ya que la complejidad y el costo de la modificación o eliminación de los compromisos los hace prácticamente irreversibles (10).

De tal manera, la acción conjunta de diferentes organismos internacionales ha empujado a los países en desarrollo hacia el suministro privado y la internacionalización de sus sectores económicos. Por una parte el BM y el FMI promoviendo el desarrollo del sector privado y por otra la OMC impulsando la liberalización (11). Además este proceso de liberalización económica, uno de los principales componentes del fenómeno de la globalización, ha expuesto a los países a las decisiones políticas asumidas desde instancias internacionales. Por este motivo el impacto de estas políticas ha sido objeto de estudios en diversas investigaciones. Estudios de casos, que evaluaron las consecuencias de las políticas de ajuste estructural, hallaron que las privatizaciones de los servicios de salud habían perpetuado las inequidades en el acceso, no habían mejorado la calidad ni la eficiencia, y por el contrario aumentaron los gastos administrativos, llegando incluso a cuestionarse la sostenibilidad de los sistemas (6, 12). Además se ha visto que estos procesos de apertura y privatización, al favorecer la entrada de nuevas tecnologías, han derivado en modelos asistenciales de mayor costo (13) y orientados principalmente hacia procedimientos curativos (14), en detrimento de la promoción y prevención. Una aproximación desde la epidemiología política ha evidenciado que en América Latina y el Caribe los programas de ajuste estructural tuvieron un efecto negativo en la mortalidad infantil (15) y la pobreza (16).

El impacto de los acuerdos de la OMC también ha sido objeto de análisis. Especial atención ha recibido el ADPIC ya que sus cláusulas para la protección de los derechos de propiedad intelectual, mayoritariamente pertenecientes a empresas de países desarrollados, incrementaron los precios de los medicamentos

antirretrovirales, reduciendo los recursos públicos para los programas de atención primaria en dichos países (17). Asimismo, en los países en desarrollo las patentes redujeron los mecanismos legales para la producción de medicamentos genéricos, más económicos, sobrecargando los presupuestos públicos de salud (18).

Por otra parte, la liberalización del comercio de servicios promovida por la OMC, por medio del AGCS, generó incertidumbre por sus efectos potenciales sobre la salud de los países miembros. La liberalización se basa en los supuestos de que un régimen comercial abierto, que garantice la estabilidad política, favorecerá la inversión extranjera y por lo tanto la transferencia de tecnología, la competencia y la eficiencia, incrementando a su vez el volumen y la variedad de los servicios (19). No obstante, en los mercados de servicios la inversión privada tiende a concentrarse en hospitales y clínicas urbanas que atienden a poblaciones de bajo riesgo y alto poder adquisitivo, dejando de lado zonas rurales, periferias urbanas y los segmentos de la población con mayor riesgo y necesidades (20). Para afrontar estas situaciones los gobiernos deberían poseer mecanismos de regulación de los mercados, con marcos regulatorios y capacidad institucional adecuados (19, 21). Estas características sin embargo no han sido prevalentes en gran parte de los países en desarrollo, enfrentados a carencias en infraestructura, habilidades administrativas, recursos financieros y humanos (19, 20, 22). Pese a esta perspectiva, desde la epidemiología política no se ha hallado evidencia de asociación alguna entre los niveles de liberalización en servicios de salud al amparo del AGCS y la variabilidad de los principales indicadores de salud como la mortalidad infantil, mortalidad materna y la esperanza de vida (23).

La liberalización comercial se ha promovido argumentando que al estimular la inversión extranjera favorece la creación de empleo, contribuyendo al crecimiento económico y por lo tanto a la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones (19). No obstante, estudios

que han explorado el impacto sobre la salud de la liberalización del comercio de bienes, arrojan resultados heterogéneos, algunos encontrando asociaciones favorables entre liberalización, crecimiento económico y por lo tanto salud (24), y otros matizando que tales beneficios se han observado en un limitado número de países concentrados principalmente en Asia, los cuales contaban con infraestructuras físicas y humanas adecuadas, instituciones de regulación sólidas, y ritmos de implementación de los procesos de liberalización propios, ajenos a los establecidos por los organismos financieros internacionales (25). Respecto a la liberalización del comercio en servicios bajo el AGCS, la evidencia disponible no detectó asociación significativa entre mayores niveles de liberalización y mayores o peores progresos en indicadores de salud como mortalidad infantil, mortalidad materna y esperanza de vida, en un total de 114 países desde su adhesión a la OMC. En este estudio, una mayor riqueza y una menor desigualdad en el ingreso, fueron los factores determinantes de mejores desempeños en estos indicadores de salud (23).

Las políticas son claros determinantes de los estados de salud de las poblaciones, y con el proceso de globalización las inequidades en salud cada vez más son resultado de las actividades de actores transnacionales con diferentes intereses y grados de poder como las empresas transnacionales y los estados, entre otros (26). Aunque es complejo el estudio de estos contextos globales, entre otras razones por las limitaciones en la disponibilidad de datos, la epidemiología política ha demostrado ser una herramienta útil, no solo para la evaluar el impacto en salud de políticas surgidas desde organismos internacionales, sino también de las condiciones políticas de los propios estados (4). Dada la cada vez mayor susceptibilidad, a este tipo de políticas, de determinantes de la salud como el ingreso, el acceso a los medicamentos, los sistemas de salud, el acceso al agua potable, el saneamiento básico, la seguridad alimentaria y las condiciones laborales, entre otros (27), es necesario continuar desvelando los hilos que conectan los resultados en salud con las

decisiones asumidas por instituciones derivadas del poder político.

Bibliografía.

1. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Milio N. Promoting health through public policies. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
3. Álvarez-Dardet C. El papel de la epidemiología en la definición de políticas. Hacia la salud pública que se necesita. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(Supplement 1):8-13.
4. Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ*. 2004; 329(7480):1421-3.
5. Stiglitz JE. Globalization and Its Discontents. New York: W.W. Norton; 2002.
6. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(3):210-20.
7. Shaffer ER, Waitzkin H, Brenner J, Jasso-Aguilar R. Global trade and public health. *Am J Public Health*. 2005 Jan; 95(1):23-34.
8. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries--a critical overview. *Int J Health Plann Manage*. 1998 Jul-Sep; 13(3):199-215.
9. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Umana-Pena R, Alvarez-Dardet C. [General Agreement on Trade in Services and its implications for public health]. *Gac Sanit*. 2005 Nov-Dec; 19(6):475-80.
11. Holden C. Privatization and trade in health services: a review of the evidence. *International Journal of Health Services*. 2005; 35(4):675-89.
12. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005 Jan; 71(1):83-96.
13. United Nations. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity. Santiago de Chile: United Nations, ECLAC; 2006.
14. Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. *Lancet*. 2009 Feb 14; 373(9663):593-601.
15. Palma-Solis MA, Alvarez-Dardet C, Franco-Giraldo A, Hernandez-Aguado I, Perez-Hoyos S. State downsizing as a determinant of infant mortality and achievement of Millennium Development Goal 4. *Int J Health Serv*. 2009; 39(2):389-403.
16. Palma-Solis M, Gil-Gonzalez D, Álvarez-Dardet C, Ruiz-Cantero MT. Political and social context of not attaining the Millennium Development Goal to reduce poverty. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86:772-9.
17. Labonte R. Globalization, Health, and the Free Trade Regime: Assessing the Links. *Perspectives on Global Development and Technology*. 2004; 3(1-2):47-72.
18. Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc*. 2011; 14(15).
19. World Health Organization, World Trade Organization. Secretariat. WTO agreements & public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization: World Trade Organization; 2002.
20. Bayliss K, Kessler T. Can privatisation and commercialisation of public services help achieve the MDGs? an assessment. Brasilia DF: United Nations Development Programme. International Poverty Centre.; 2006.
21. World Health Organization. The world health report 2000 health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
22. Lagomarsino G, Nachuk S, Singh Kundra S. Public stewardship of private providers in mixed health systems: Synthesis report from the Rockefeller Foundation—sponsored initiative on the role of the private sector in health systems. Washington, DC: Results for

- Development Institute; 2009.
23. Umaña-Peña R, Franco-Giraldo Á, Álvarez-Dardet C, Ruíz-Cantero MT, Gil-González D, Hernández-Aguado I. Assessment of the Association of Health with the Liberalisation of Trade in Services under the World Trade Organisation. PLoS ONE. 2014; 9(7):e102385.
24. Dollar D. Is globalization good for your health? Bull World Health Organ. 2001; 79(9):827-33.
25. Cornia G. Globalization and health: results and options. Bull World Health Organ. 2001; 79(9):834-41.
26. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. The Lancet. 2014; 383(9917):630-67.
27. Globalisation Knowledge Network. Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Final Report of the Globalisation Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.